

UNIVERSITE DE PROVENCE (AIX-MARSEILLE I)

U.F.R. De PSYCHOLOGIE

Année: 2010-2011

MEMOIRE DE MASTER 2

Discipline: *Psychologie*

Mention: *Psychologie clinique et Psychopathologie*

Présenté et soutenu par: Eva RISCHMULLER

Le 6 Juin 2011

Mémoire de recherche en praxéologie clinique

« Analyse des modalités d'inscriptions temporelles chez les personnes âgées
institutionnalisées »



Mémoire sous la direction de Mr. BREJARD Vincent.

Psychologue référent : Mr BERNERD Fabrice.

Stage réalisé à l'EHPAD Rivoli, 1 rue de Rivoli, 13006 Marseille.

Membres du jury: Mr BREJARD Vincent, Mr PEDINIELLI Jean-Louis & Mr BERNERD Fabrice.

REMERCIEMENTS

Je souhaite adresser dans un premier temps mes sincères remerciements à toutes les personnes qui ont de près ou de loin participé à mon année universitaire et à l'élaboration de ce mémoire.

Un grand merci tout d'abord à toute l'équipe pédagogique de l'Université de Provence et les intervenants responsables de la formation en psychologie clinique et psychopathologie pour avoir assuré les fondements théoriques nécessaires à ma pratique.

Je remercie grandement Monsieur Bréjard pour m'avoir suivie tout au long de la construction de la réflexion des fondements de ce mémoire, pour son aide à l'élaboration clinique, ses conseils à la rédaction, sa riche supervision et son suivi régulier tout au long de l'année.

Un remerciement sincère aux membres de mon groupe de réflexion sur la pratique qui ont su porter un intérêt particulièrement constructif aux élaborations communes et un soutien indéfectible tout au long de cette année cheminée ensembles. Merci à Alexandra, Annie, Elodie, Florian, Julia, Lorène et Monique.

Un grand merci également à Mr Pédinielli dont le partage de connaissances pendant les cinq années précédentes a participé au fondement de l'édifice de mon intérêt et des bases de ma pratique et pour son soutien.

Je tiens à remercier tout particulièrement et à témoigner toute ma reconnaissance aux personnes suivantes, qui m'ont permis d'élaborer une réflexion clinique, une pratique engagée et pour leur implication dans cette dernière et riche année universitaire.

Mes patients, et plus largement les résidents aux contact desquels j'ai approfondi la découverte de la pratique de la psychogérontologie et qui ont accepté chaleureusement de me permettre d'obtenir le matériel clinique nécessaire et de m'avoir autorisé à l'utiliser.

Je tiens à remercier chaleureusement et très sincèrement Mr Bernard Fabrice, mon psychologue référent qui m'a permis d'intégrer la résidence retraite Rivoli. Merci pour son soutien, son implication dans mon travail, son intérêt pour ma pratique, son ouverture d'esprit et sa disponibilité ainsi que ses conseils avisés et la formation qui ont participé à accroître encore davantage mon intérêt pour la pratique psychogérontologique.

Merci à l'équipe soignante, administrative et plus généralement à toute l'équipe de Rivoli pour son accueil chaleureux, sa grande disponibilité, et son envie de partager ses connaissances dans le même souci envers les résidents, pour cette collaboration riche et fructueuse.

Enfin, un grand merci à tous les membres des équipes pluridisciplinaires de l'Université et de la résidence Rivoli pour la gentillesse de leur accueil, leur intérêt pour la psychologie et leur envie de partager leurs connaissances et leur expérience. Ainsi que pour m'avoir permis de mener à bien cette recherche en praxéologie clinique et de comprendre le fonctionnement de l'institution et les problématiques des personnes âgées par leur partage sincère et passionné.

Table des matières

<u>INTRODUCTION</u>	7
<u>PARTIE 1: LE CADRE DU TRAVAIL DU PSYCHOLOGUE</u>	11
1. DESCRIPTION DU CADRE.....	12
A. La description du lieu de stage.....	12
B. Les missions des maisons de retraite.....	12
C. La population des résidents.....	13
D. Les problématiques exacerbées par cette tranche d'âge et le rôle du psychologue.....	13
E. Le suivi médical.....	14
F. Les activités proposées.....	14
G. Le fonctionnement de l'équipe.....	14
H. L'esprit de l'équipe.....	15
2. VISION ACTUELLE DES CARACTÉRISTIQUES DU VIEILLISSEMENT.....	16
A. La représentation de l'avancée en âge dans nos sociétés.....	16
B. Le vieillissement normal et le vieillissement pathologique.....	17
C. Le vieillissement physiologique.....	17
D. Les pertes et les deuils au grand âge.....	19
E. Le concept de fragilité.....	24
F. La dépression du sujet âgé.....	26
<u>PARTIE 2: CONCEPTIONS THEORIQUES</u>	29
1. PROBLEMATIQUE.....	30
2. PARTIE THEORIQUE: UNE APPROCHE PURIDISCIPLINAIRE DU TEMPS ET DE LA TEMPORALITE.....	34
A. Introduction.....	34
B. Conceptions sociologiques du temps.....	35
C. Conceptions philosophiques du temps.....	39
La relativité du temps selon Bergson.....	40
Selon Saint Augustin.....	41
D. Conceptions psychanalytiques.....	42
E. Temporalité et vieillissement.....	44
F. Troubles de la temporalité.....	48
La déchronologisation du temps.....	49

La réduction du présent à l'instant et la perte de l'évidence du monde.....	49
L'effondrement du projet et la suspension de l'être-pour-la-mort.....	51
La perspective d'un possible dans un présent figé.....	53
G. Une réinscription possible dans son historisation?.....	53
Le clinicien comme guide de la restitution du sens.....	53
Transmission et filiation.....	54
Fantasme d'infini, fantasme d'éternité.....	57
Les fonctions du passé dans la vie psychique des personnes âgées.....	58
Le retour sur le passé, un gage de développement de soi?.....	59
Conclusion.....	65
<u>PARTIE 3: APPROCHES PRATIQUES</u>	67
Mme P.....	68
1. SYNTHÈSE DE QUELQUES ENTRETIENS AVEC MME P.....	69 69
1er entretien: la rencontre.....	69
2ème entretien:.....	70
3ème entretien:.....	71
4ème entretien:.....	72
5ème entretien:.....	73
6ème entretien:.....	74
7ème entretien:.....	75
8ème entretien:.....	77
9ème entretien:.....	80
2. ANALYSE D'UN RAPPORT A LA TEMPORALITE: le cas de Mme P.....	83 83
2.1. RAPPORTS A LA TEMPORALITE.....	83
A. Temps et discours figés en entretien.....	83
B. Refus d'aborder le souvenir, l'exclusion du passé?.....	84
C. Exclusion du passé, un refus de transmission et de filiation? Pour quel avenir?.....	86
2.2. ANALYSES DU TRANSFERT ET DU CONTRE-TRANSFERT.....	92
A. Le gel de la pensée, un contre transfert difficile B. Un travail sur la mélancolie? Transfert négatif entre sadisme et masochisme.....	92 94
2.3. ENTRE THEORIE ET PRATIQUE: LE TRAVAIL AVEC MME P.....	98

A. Agressivité, destruction, un travail sur la pulsion de mort.....	98
B. Un travail sur le désir de mort.....	98
C. Un travail sur l'étayage du narcissisme.....	100
D. Sécuriser la relation: la confiance et la solidité.....	101
E. Un dépôt pour continuer à exister: s'assurer un avenir en l'autre?.....	102
F. Investir les pulsions de vie: maintenir les liens sociaux.....	103
Mme G.....	105
3. SYNTHÈSE DE QUELQUES ENTRETIENS AVEC	106
MME G.....	106
1er entretien: la rencontre.....	106
3ème entretien:.....	108
4ème entretien:.....	111
4. ANALYSE D'UN RAPPORT A LA TEMPORALITE: LE CAS DE MME G.....	113
4.1. RAPPORTS A LA TEMPORALITE.....	113
A. Comprendre l'inscription temporelle dans l'ici et maintenant?.....	114
B. Une faille temporelle dans le passé: un défaut de mémoire?.....	115
C. La comorbidité, rencontre singulière	120
D. La question du regard porté sur la démence: le contre-transfert.....	123
E. La réactualisation d'un questionnement sur la place familiale?.....	123
F. Préparer ensemble l'avenir: demain je ne marcherai plus?.....	126
<u>SYNTHÈSE</u>	129
<u>CONCLUSION</u>	133
<u>BIBLIOGRAPHIE</u>	136

INTRODUCTION

INTRODUCTION

Les études les plus récentes montrent que « la population mondiale vieillit. Le nombre de personnes âgées de plus de 65 ans ou de plus de 80 ans a fortement augmenté au cours de la deuxième moitié du 20ème siècle. Il continuera d'augmenter au cours de la première moitié du 21ème siècle. »

« Les analyses statistiques font donc apparaître que le nombre de personnes dites âgées a triplé de 1950 à 2000 et va vraisemblablement encore tripler d'ici à 2050. » Ce vieillissement s'explique par plusieurs facteurs: l'augmentation de la durée de la vie, la diminution de la mortalité infantile ainsi que les progrès en matière d'hygiène et de soins.

Le vieillissement de la population n'est donc pas sans poser de problèmes sociaux et individuels. Qui va prendre en charge la retraite des personnes âgées dans un pays où un système de retraite socialisée a été mis en place? Qui va assurer le coût financier des soins des personnes âgées? Jusqu'à quel âge une personne âgée peut-elle vivre de manière autonome? Quels milieux de vie pour organiser et optimiser la vie des personnes âgées?

La question du vieillissement est donc une question complexe, qui, pour y répondre requiert des données aussi bien de sociologie que de psychologie. » (Lemaire & Bherer, 2005).

Sur un versant psychologique, les personnes âgées, se trouvent face à des problématiques bien spécifiques. L'avancée en âge amène des réflexions et des cortèges de questions sur la vie, la mort, la finitude et s'associe à une longue lignée de pertes.

La période de la retraite, se couple souvent au départ par la perte du travail et de l'identité professionnelle, de la vie sociale ou des réseaux sociaux et d'amitié. Dans un âge plus avancé, la perte de la bonne santé, de l'autonomie, du domicile privé, du conjoint ainsi que la perspective de la perte prochaine de la vie sont autant de difficultés qui nécessiteraient un soutien et une aide par des personnels formés aux problématiques de l'avancée en âge.

Cette période est aussi celle de l'apparition des maladies neurodégénératives comme les maladies de Parkinson ou d'Alzheimer, qui nécessitent des prises en charge particulières aussi bien en terme d'infrastructures médicales que de soutien psychologique.

A ce carrefour, « la psychogériatrie est une approche globale, pluridisciplinaire du malade âgé et de son environnement humain et matériel, au carrefour de la médecine, de la sociologie et de la psychologie, de la médecine somatique et de la psychiatrie. Il est difficile parfois, dans l'abord d'un

malade âgé, de savoir si la pathologie prédominante a une origine organique ou si elle décompense sous un masque somatique, à l'occasion d'un deuil, d'un événement vécu comme traumatique, une souffrance antérieure jusque là enfouie, ou même un état psychiatrique plus précaire qu'il n'apparaissait à l'entourage. » (Thomas, 2008)

Le psychique et le somatique s'entremêlent ce qui demande une bonne coordination des équipes de soins et un travail en parallèle.

On peut ainsi dire que la psychologie de la personne âgée s'éloigne de la sémiologie des plus jeunes et demande encore beaucoup de recherches et de travaux dans ce domaine pour être à même de répondre aux besoins particuliers d'une population de plus en plus grandissante.

C'est dans cette perspective que l'une des grandes nouveautés de la réforme de la tarification en EHPAD est la place faite aux psychologues en établissements. La présence d'un psychologue est donc pour la première fois reconnue dans les maisons de retraite et ses domaines d'action définis: compétences vis-à-vis des résidents, de leur famille du personnel et de l'institution.

Il est donc de la responsabilité des professionnels d'anticiper la demande à venir et de mettre en place les infrastructures qui vont venir répondre au besoin d'une population toujours plus vieillissante.

C'est dans cette perspective que j'ai mis en place cette réflexion sur le vécu temporel des personnes âgées institutionnalisées, comme tentative d'éclairage de différentes rencontres autour de multiples vécus des temporalités afin de permettre au clinicien d'ouvrir la voie à une véritable rencontre avec les patients.

L'intérêt porté à ce sujet est issu d'un stage, la pratique de terrain m'ayant permis de rencontrer des résidents et de proposer un suivi. Au fil de la pratique je me suis interrogée sur les raisons possibles d'inscriptions temporelles aussi variées qu'étonnantes.

D'entretiens en réflexion, mon questionnement s'est approfondi et ma volonté de faire appel à l'étude des temporalités s'est renforcée de par la rencontre avec des patients dont le rapport au temps était d'autant plus étonnant qu'il était inhabituel et a pu consister certaines fois en des difficultés dans la relation. Elle avait pour but d'essayer de mettre en lumière les différentes inscriptions temporelles et de tenter de les expliquer pour permettre de les prendre en considération dans le travail avec les personnes âgées et d'ouvrir la voie à une rencontre dont le point de convergence se fait par la perspective temporelle.

Ma réflexion vise à éclairer les différents rapports possibles au temps. Je cherche à déterminer de quelle façon la personne s'inscrit psychiquement dans le temps, quelles sont les

modalités ou les particularités de cette inscription, quels en sont les bénéfices ou les inconvénients et comment travailler en pratique en ce basant sur l'analyse du vécu des temporalités.

Pour ce faire j'ai utilisé la littérature qui aborde les aspects psychopathologiques dans l'âge avancé, que j'ai articulé avec le vécu singulier du temps et des temporalités. Or cette articulation n'est que peu abordée dans la littérature. C'est pourquoi j'ai choisi de l'appréhender d'un point de vue clinique, en présentant et en tentant d'offrir une analyse de rencontres singulières avec des patients.

Le point de vue social met en lumière les différences temporelles au sein d'une même structure institutionnelle. Le versant philosophique pose les bases d'une appréhension du temps selon deux perspectives, le temps partagé et le temps individuel et de quelle façon le sujet s'y inscrit.

La psychanalyse se fonde également sur le versant philosophique pour amener à la singularité des vécus temporeux psychiques.

Ma réflexion utilisera ces différentes perspectives pour illustrer de quelles façons différentes les personnes âgées peuvent s'inscrire dans la temporalité. Je m'interrogerai sur la singularité de leur inscription temporelle. Je proposerai ensuite une lecture potentielle de cette inscription. De quelle manière la personne l'utilise-t-elle? Tire-t-elle certains bénéfices ou au contraire une inscription temporelle peut-elle être source de souffrance?

Comment et pourquoi dans le cadre de la pratique peut-elle être un frein à la relation entre le clinicien et son patient?

Comment en essayant de comprendre le vécu temporel du patient au sein de la séance peut-on surmonter les difficultés qui en découlent?

Le Gouès disait en parlant du travail avec les personnes âgées que « le sujet vieillissant manque de fonds propres. Sa vie mentale se crispe sur le présent, ou sur un passé idéalisé, tellement que l'analyste n'a souvent pas d'autre choix que de travailler la situation actuelle, que de rechercher les moyens de la contenir plutôt que d'interpréter une conflictualité irrecevable à ce moment là.

...Pour atteindre son objectif, il doit investir d'emblée et solidement les processus mentaux de son patient vieillissant tels qu'ils sont dans l'actualité de la séance. »

Selon l'auteur, c'est à la condition que le patient investisse à son tour ses propres mouvements, que des incursions dans son histoire pourront se faire, à la condition qu'elle soient pertinentes et ne viennent pas ébranler son équilibre psychique actuel. Il s'agit pour lui d'une « opération plus difficile à réussir qu'on ne le pense car le patient qui vit une castration réelle, et pas seulement fantasmatisée, en inflige une autre à l'analyste. »

Pour envisager le travail avec les sujets âgés, il est nécessaire d'avoir levé en soi-même la résistance qui faisait considérer la clinique tardive comme un obstacle infranchissable.

Je soutiendrai que l'analyse des temporalités vécues par les patients, qui peuvent être visibles dans le vécu immédiat de la rencontre, participe à élaborer un travail psychique adapté.

J'emploie en effet le mot patient car le choix de cette étude a d'abord eu pour base une rencontre et une relation singulière avec chacun d'entre eux, avec pour objectif d'amoindrir autant que possible la souffrance de chacun d'eux et de les guider vers l'abord d'une vieillesse moins douloureuse.

Les idées soutenues dans ce mémoire sont bien entendu des hypothèses, des propositions de lecture, d'analyse, sont à mettre au conditionnel mais reflètent avec le plus d'honnêteté possible les questionnements et tentatives de réponses qui ont été les miens au cours de mon stage professionnalisant.

PARTIE 1: LE CADRE DU
TRAVAIL DU
PSYCHOLOGUE

1. DESCRIPTION DU CADRE

A. La description du lieu de stage

La résidence Rivoli se trouve au centre de Marseille près de la place Castellane. C'est une maison de retraite ouverte depuis quatre ans. Elle est agréée et conventionnée par l'aide sociale. Elle abrite sept étages. Le sixième et le septième sont réservés aux personnes les plus autonomes. Les étages inférieurs sont graduellement adaptés aux personnes plus dépendantes. Le premier étage est le cantou, unité fermée et lieu de vie réservé aux résidents atteints de démences à des stades plus ou moins avancés. La résidence propose des accueils temporaires et permanents.

Sa capacité est de 81 lits dont 65 chambres individuelles et 8 doubles. La cohabitation en chambre double est à double tranchant. Elle engendre parfois des problèmes de « territoire ». Mais à l'inverse, certains résidents sont rassurés par la présence de quelqu'un avec eux. On retrouve toutes les infrastructures médicales nécessaires comme les fauteuils pour douche les ascenseurs et tout ce qui peut faciliter l'autonomie des personnes âgées et le travail des soignants. La résidence se trouve au centre de la ville, qui offre aux résidents la possibilité de marcher, ce qui permet de ne pas systématiquement rester dans les chambres pour les personnes autonomes. D'autre part, la terrasse du sixième étage est un lieu de convivialité où se retrouvent les résidents.

B. Les missions des maisons de retraite

Les maisons de retraite ont 3 missions à remplir. Tout d'abord, offrir une bonne qualité de vie au quotidien. Cette qualité doit se retrouver dans les éléments d'hôtellerie et d'accessibilité, dans le respect des rythmes de vie des résidents, de leur intimité et la possibilité en fonction de leurs goûts et de leurs désirs de participer à une palette d'activités organisées. L'organisation mise en place par l'équipe de direction doit permettre à chacun de conserver son intimité et que la vie collective soit acceptable pour tous.

Sa 2ème mission est d'aider à assurer la vie quotidienne et les soins de base en offrant les aides requises par chaque résident en fonction de ses besoins. Il s'agit aussi bien de soins médicaux pour

lesquels le contrôle du médecin coordonnateur est garant de l'adéquation des moyens aux besoins des soins chroniques.

La « sanitisation » de l'établissement a pour mission de lui permettre d'assurer en toute sécurité la prise en charge médicale (dont les médicaments) et paramédicale des pathologies chroniques stabilisées des résidents.

La prise en charge des soins palliatifs peut aussi se faire en fonction de la sécurité et volonté du malade et de sa famille.

C. La population des résidents

Les personnes qui y séjournent ou y vivent sont atteintes par des pathologies variées. Certains résidents sont valides mais en perte d'autonomie, d'autres sont semi-valides. Ils cohabitent avec des personnes dépendantes, désorientées, ou handicapées. Dans cette population on trouve des résidents atteints par des maladies neurodégénératives comme la maladie d'Alzheimer, de Parkinson ou encore des pathologies physiologiques.

D. Les problématiques exacerbées par cette tranche d'âge et le rôle du psychologue

Au delà des maladies physiologiques spécifiques aux âges avancés, les problématiques psychologiques sont elles aussi spécifiques et exacerbées par l'avancée en âge.

La compréhension du sujet âgé s'articule autour de la notion de perte: perte de rôle, perte du domicile, deuil d'un certain nombre de capacités fonctionnelles etc...

Les personnes âgées se trouvent face aux deuils inhérents à leur âge. En effet, une longue vie implique aussi statistiquement plus d'événements et potentiellement davantage de pertes et de deuils. Cette population de résidents nécessite donc un suivi spécialisé par des professionnels formés à ces problématiques.

La résidence retraite propose donc un suivi psychologique adapté. En effet le psychologue y travaille à temps plein. Cette présence est considérée comme nécessaire par l'équipe qui se rend compte du besoin et de la nécessité autant pour les résidents, que pour les familles et pour le personnel. L'idéologie de l'équipe en est la preuve. En effet, à la suite d'échanges, de discussions informelles avec les membres de l'équipe, des secrétaires de l'accueil, jusqu'aux médecins, chaque membre du personnel est très intéressé par l'approche psychologique et assez bien informé. J'ai

perçu une très forte demande, de compréhension et d'information et de sollicitations sur et pour le suivi de certains résidents.

E. Le suivi médical

Le suivi médical est assuré par plusieurs médecins extérieurs, le résident ayant de choix de continuer à être suivi par son médecin de famille qui se déplace pour les consultations. Le fait de maintenir un suivi avec leur médecin habituel rassure souvent ces patients et leur permet de maintenir une continuité avec le monde extérieur et avec leur vie passée.

L'équipe soignante est aussi composée d'infirmières salariées, d'aides soignantes. Des kinésithérapeutes libéraux viennent masser ou faire marcher les patients.

Des consultations extérieures avec d'autres médecins spécialisés offrent un suivi complet des résidents.

F. Les activités proposées

En ce qui concerne les activités proposées aux résidents, une animatrice est présente plusieurs jours par semaine et propose des jeux de groupe, des ateliers de stimulation de la mémoire et un suivi de l'actualité mondiale. C'est pour les résidents un espace de convivialité et de stimulation.

Des journées à thèmes sont régulièrement organisées comme la venue d'un chanteur, une chorale d'enfants etc...

Il y a aussi la possibilité pour chaque résident et sa famille d'organiser un goûter d'anniversaire avec les autres résidents de la maison.

Des sorties à l'extérieur de l'établissement sont souvent proposées permettant aux personnes qui ne peuvent pas régulièrement sortir de participer à des spectacles.

G. Le fonctionnement de l'équipe

les transmissions se font entre les infirmières et l'infirmière en chef fait le lien avec les médecins.

L'équipe partage l'accueil des nouveaux résidents et leur suivi. Quant à la répartition des chambres,

les familles et la direction s'accordent en fonction des tarifs et du besoin ou désir du futur résident. L'intervention du psychologue est nécessaire pour proposer au futur résident, un étage adapté en fonction du GIR établi à l'entretien de pré-admission.

H. L'esprit de l'équipe

J'ai remarqué de nombreuses fois l'intérêt de l'équipe soignante pour l'approche psychologique. Les médecins travaillent de concert avec l'équipe et le psychologue au sein de la maison de retraite. Ils refusent les camisoles chimiques, cherchent des solutions pour aider les soignants à supporter le travail quotidien et donc à améliorer les relations avec les résidents et leur vie au sein de l'établissement. J'ai constaté beaucoup de respect à l'égard des personnes âgées, malgré les difficultés rencontrées au quotidien, ainsi qu'un désir de comprendre, d'apprendre, d'être informé et d'être entendus dans la douleur.

Les efforts de toute l'équipe pour maintenir des soins respectueux des résidents ainsi qu'une bonne dynamique, de la convivialité et de la communication au quotidien sont notables.

2. VISION ACTUELLE DES CARACTÉRISTIQUES DU VIEILLISSEMENT

A. La représentation de l'avancée en âge dans nos sociétés

Prendre en compte la vision actuelle de l'avancée en âge permet d'avoir une conscience plus claire des stéréotypes que nous risquons de véhiculer pour s'en détacher, s'en désaliéner.

Nos sociétés contemporaines, maintiennent bien souvent les personnes âgées hors du social, dans un espace enclavé où le soin apporté au corps est roi.

La personne âgée possède souvent le statut non avoué d'élément gênant, source même d'angoisses mortifères.

Au milieu de considérations défectologiques qui mettent uniquement l'accent sur la dégradation du corps et la détérioration du psychisme, la place de sujet est amoindrie.

On n'entend parler des personnes âgées en terme de perte de mémoire, de déficits. Il est indéniable que le troisième et le quatrième âge sont les dernières périodes de l'existence humaine et les vieillissements du corps et de l'esprit sont réels.

Or, lorsque l'on décide d'entrer dans une véritable rencontre, dans laquelle on s'autorise à faire le pari du sens, on peut découvrir combien la psyché regorge de stratégies et de possibilités défensives pour compenser les pertes réelles.

B. Le vieillissement normal et le vieillissement pathologique

L'article de Aquino (2007) nous éclaire sur les conséquences des progrès des connaissances sur le vieillissement. Ces progrès ont permis de passer d'une vision négative de la vieillesse comme modèle « défectologique » à un modèle du « vieillissement réussi ».

Le modèle défectologique amène à une lecture de la vieillesse comme d'une maladie. Or l'auteur explique que la vieillesse est bien un phénomène physiologique normal. C'est pour cela que l'on différencie le vieillissement normal du vieillissement pathologique.

« Le vieillissement et la crainte de ses effets, tels que le risque d'une survenue de dépendance, de pertes de la mémoire, de la maladie d'Alzheimer sont suscités par la peur de vieillir. »

L'auteur y cite des exemples représentatifs comme Juvenal, poète latin du I siècle « Misère pire encore que toutes les déchéances physiques, le vieillard n'a plus sa tête à lui. Il ne se rappelle pas le nom de ses esclaves, il ne reconnaît ni le visage d'un ami avec lequel il a soupé la nuit passée, ni les enfants qu'il a engendrés ». Il décrit probablement une maladie à laquelle le pathologiste allemand, Aloïs Alzheimer, donnera son nom, dix-neuf siècles plus tard.

Il reprend aussi Honoré de Balzac qui affirme que « Le monde a horreur de la vieillesse et de la pauvreté, deux laides choses » et Chateaubriand d'insister sur les conséquences qu'elle engendre « En ce temps là, la vieillesse était une dignité, aujourd'hui elle est une charge ». Et la vieillesse n'est-elle pas un naufrage, formule reprise par de Gaulle, soulignant l'aspect négatif du vieillissement ?

Notre société, dans une vision négative de la vieillesse, nous propose un cortège d'images décrivant la maladie, la dépendance, la solitude, la régression... »

Le vieillissement peut donc s'appréhender sous trois angles: le vieillissement physiologique, les conséquences psychologiques du vieillissement ainsi que le vieillissement au plan social.

C. Le vieillissement physiologique

Le vieillissement physiologique est un processus qui commence dès la conception de l'être humain. Comme le dit Heidegger (1927) « Aussitôt qu'un homme vient à la vie, il est déjà assez vieux pour mourir ». On peut donc le considérer comme un processus normal qui fait partie de l'évolution normale des êtres vivants. Cependant, même si c'est le cas, le vieillissement et son

cortège de pertes, deuils et handicaps entraîne donc des conséquences psychologiques sur celui qui vieillit. Les souffrances associées à ces processus sont prises en compte depuis peu. L'idée que la tristesse est normale dans la vieillesse laisse aujourd'hui place à sa considération sur un versant pathologique.

L'ouvrage de Vidal (2005) aborde les fragilités de la personne âgée qu'il analyse du point de vue du vieillissement physiologique, social et de leurs conséquences en terme de fragilisation de la personne âgée.

Le vieillissement physiologique entraîne des atteintes physiques qui ne sont pas sans conséquences psychiques puisqu'elles entraînent la fragilisation du narcissisme des personnes âgées.

Les déficits sensoriels comme les problèmes ophtalmologiques, auditifs ou stomatologiques constituent des handicaps car ils sont souvent mal appareillés.

Ces déficits sensoriels entraînent des privations et des pertes d'équilibre qui peuvent être profondément déstructurantes pour le sujet. Nous verrons que la chute est une source d'angoisse récurrente de cette population.

Par exemple, il nous dit que l'incontinence sphinctérienne est largement sous-estimée parce que mal déclarée, particulièrement à domicile, et pourtant vecteur de détérioration, d'humiliation et de dépendance.

L'atteinte de la motricité (lenteur, handicaps, immobilisations imposées, chutes) peuvent entraîner des décompensations somatiques avec la réactivation de traumatismes anciens non-élaborés.

Les phénomènes douloureux avec la peur d'avoir mal, sont une urgence gériatrique car ils entraînent anorexie, dénutrition, troubles du sommeil, dépression, perte d'autonomie, syndrome de glissement, ainsi qu'un risque suicidaire important et un retentissement sur l'entourage.

La dénutrition progressive qui s'accroît quand la personne est seule ainsi que la polypathologie car en moyenne un sujet âgé a quatre à six maladies associées qui compliquent le diagnostic.

On retrouve aussi la réduction de la force musculaire et l'affaiblissement intellectuel, avec asthénie et apragmatisme qui sont dus à la diminution de la résistance à l'effort physique et intellectuel.

D. Les pertes et les deuils au grand âge

La proximité de la mort avec le décès des proches, la perte d'autonomie sont des facteurs d'anxiété. Les problèmes de couple, l'altération de l'image de soi, l'isolement, la perte du conjoint, une maladie grave, sont autant de facteurs à l'origine d'un risque élevé de suicide.

Le vieillissement au plan social est marqué par trois événements majeurs:

- La retraite avec la rupture des liens professionnels qui est souhaitée mais tout autant redoutée, surtout chez les hommes. Ses effets tant sur la personne que sur son conjoint ont donné lieu à très peu d'études en France.
- L'isolement social avec l'éloignement des enfants et petits-enfants, les deuils, les déficiences sensorielles non compensées et les syndromes démentiels plus ou moins évolués mais aussi une certaine dysphorie dépressive.
- La diminution des revenus qui confinent certains au seuil de pauvreté et d'autres au seuil de la dépression et de la dévalorisation.

Les pertes auxquelles sont confrontées les personnes âgées sont multiples. Elles sont décrites dans l'article de Monfort (2001) que nous allons reprendre point par point.

Selon lui, la personne très âgée est exposée dans cette période de vie «âge des traumatismes» à vivre «les traumatismes de l'âge» (Briole, et al.)¹ qui peuvent être considérés comme autant de pertes dont voici un échantillonnage:

- Une polypathologie: la perte de la bonne santé. Les maladies les plus fréquentes sont les maladies cardio-vasculaires, les accidents vasculaires cérébraux et les cancers.
- Le recours à un tiers auxiliaire de vie: la perte de l'autonomie.
- Le passage dans un lieu de vie communautaire: la perte du domicile privé.
- La proximité de la mort: la perception de la perte prochaine de la vie.
- La retraite: la perte du travail rémunéré et de l'identité professionnelle.

¹ Briole & al, (1999) cité In Monfort 2001

• Le départ et/ou le décès des amis: la perte du réseau d'amitié.

« Les personnes sont autant de tableaux décorant un mur, lorsqu'elles disparaissent elles peuvent laisser apparaître le mur d'origine avec les marques décolorées des tableaux décrochés » (Simeone and Myslinski)².

Les pertes des proches et la réduction du champ relationnel ont comme conséquence une réduction du nombre des interactions sociales et peuvent contribuer à un isolement, une désafférentation sociale.

Les pertes des proches peuvent être aussi vécues comme des ruptures qui vont mettre à mal le sentiment de continuité de la vie de la personne très âgée: «Je fais quelque chose que je ne faisais pas avant, je compte les morts et les vivants».

Les pertes peuvent avoir un impact psychologique encore plus important lorsqu'elles sont dues à un suicide, une mort voulue. Les survivants présentent un risque plus élevé de mort par suicide.

Le risque de décompensation psychologique majeure est le même lorsque la perte est due à une mort inattendue, une mort chronologiquement illégitime. Il s'agit ici de la mort prématurée lorsque l'enfant meurt avant le parent. Plus la personne est âgée, plus elle est exposée à voir mourir ses descendants, qu'il s'agisse d'un enfant âgé, d'un petit enfant ou d'un arrière petit-enfant. Il nous dit que la pensée associée sera souvent «Pourquoi lui? c'était à moi de partir avant lui». « Être en trop quand un autre se trouve être en moins a une force traumatique marquée » (Briole, et al.)³.

• Le divorce ou le veuvage: la perte du conjoint.

« Les veuves mettraient en moyenne huit ans après la perte du conjoint pour retrouver leur niveau de bien-être antérieur au veuvage » (Bennett)⁴. Nous n'avons pas connaissance d'une étude identique chez les veufs.

• La contention physique: la perte de sa liberté de mouvements.

À domicile, à l'hôpital, ou en maison de retraite, il peut arriver pour des motifs variés, avouables ou non, sur prescription ou non, que les soignants limitent la mobilité de la personne âgée en l'attachant ou en l'empêchant de se lever en mettant par exemple une desserte devant leur fauteuil. La personne âgée pour laquelle une contention est prescrite est le plus souvent confuse et/ou démente. Elle n'en reste pas moins cependant capable de ressentir des émotions. La gamme émotionnelle est étendue et la personne confuse est à risque de devenir encore plus confuse. «Où

² I. Dimensionne & Kolinski M. (1987) cité In Monfort 2001

³ Briole & al, (1999) cité In Monfort 2001

⁴ K.M. Bennett (1996) cité In Monfort 2001

suis-je? Que m'arrive-t-il?» (Moseley)⁵.

Cette limitation des mouvements peut avoir pour conséquences de l'anxiété, une anticipation anxieuse, de la peur ou de la frayeur voire de la terreur et même un vécu de catastrophe (Micas)⁶ l'illustre par une phrase riche en sens: «Quelle va être la prochaine étape de cette descente aux enfers? Ce qui m'arrive est terrible, effroyable, terrifiant: Monsieur, détachez-moi». L'angoisse de mort peut être réactivée selon Chamballon⁷.

La douleur morale et la tristesse peuvent être générées par de nombreuses idées plus ou moins conscientes comme celle d'une perte de liberté: «je suis ficelé, je suis emprisonné», celle d'une mise à l'écart, d'un abandon avec en arrière plan l'idée d'un deuil à faire de sa mobilité, l'idée d'une perte de contrôle.

Un vécu mélancolique peut aussi être présent comme un vécu d'indignité, de mesure attentatoire à la dignité ou encore de mesure vexatoire, d'humiliation, de honte, avec le risque d'une perte d'estime de soi, de déshumanisation: «on m'attache comme un chien». La personne âgée peut se trouver en proie à un vécu d'incurabilité et de perte d'espoir avec risque d'installation brutale d'un syndrome de glissement. A ces derniers s'associent le vécu de culpabilité, de colère, de rage, d'injustice, avec le sentiment de ne pas être compris.

• La mise sous tutelle: la perte de sa liberté économique et de ses droits civiques.

Il s'agit ici de la question de la protection des biens qui vient de l'incapacité d'une personne très âgée à gérer ses biens et qui peut conduire à, soit la mise sous curatelle ou sous tutelle.

La mise sous curatelle consiste à «assister» la personne âgée, alors que la mise sous tutelle qui consiste à la «représenter». Selon l'auteur, les réactions émotionnelles de la personne très âgée qui découvre la perte de la gestion de ses biens et la perte de ses droits civiques peuvent être les mêmes que celles qui sont déclenchées par une contention physique. D'autre part, dans le cadre de la protection de la personne, des décisions sont parfois à prendre, qui ont un caractère personnel, en rapport avec le corps humain: intervention chirurgicale, passage du domicile dans une maison de retraite. Lorsque la personne très âgée est «incapable» de prendre une décision éclairée, la question de la prise de décision se pose. Faut-il que se soit la famille, un tuteur ou encore le juge des tutelles? Le procureur garant des personnes? Souvent, en raison d'un vide juridique partiel, soit une personne décide autoritairement ce qui est bien pour la personne âgée, soit plus souvent encore personne ne prend de décision et l'issue est l'aggravation de la condition de vie de la personne âgée. Celle-ci pourra alors ressentir à juste titre un sentiment d'abandon.

⁵ C. Moseley (1997) cité In Monfort 2001

⁶ M. Micas (1999) cité In Monfort 2001

⁷ R. Chamballon (1990) cité In Monfort 2001

La protection des biens et la (non) protection de la personne ont souvent des conséquences psychologiques négatives sur la personne très âgée. Les tentatives des groupes de travail pour améliorer la loi de 1968, l'adapter aux personnes très âgées, ou au moins changer son nom (loi sur les incapables majeurs), n'ont pas encore abouti.

• Une maltraitance: la perte du sentiment de sécurité.

Nous parlerons ici des maltraitances économiques ou psychologiques qui sont les plus difficiles à repérer. Ces abus peuvent provoquer des décompensations lorsque les personnes âgées prennent conscience qu'elles ont été abusées. Plus que la perte matérielle, c'est l'abus de confiance qui déstabilise les victimes, qui porte atteinte à leur intégrité psychique. Il peut s'agir d'agressions verbales itératives, d'insultes, de propos humiliants, d'intimidations, de menaces, d'isolement de la personne âgée de son entourage, véritable syndrome de «captation affective» ou de l'obligation à aller dans une maison de retraite. Dans la plupart des cas, les personnes âgées acceptent d'être spoliées économiquement en raison d'un non dit implicite: «échange un peu d'argent contre un peu de compagnie». Lorsque l'abus s'amplifie les personnes âgées démunies ne savent plus où se trouve leur intérêt: «J'ai dit oui au début, il me détournait un peu de sous... je veux oublier son visage».

Une autre maltraitance est le comportement de certains conjoints de malades d'Alzheimer, qui présentent à celui-ci leur nouveau compagnon de vie, sans nommer les faits, en imaginant que le conjoint dément a perdu ses facultés de compréhension. Cela peut provoquer une détresse ne pouvant plus être verbalisée faute d'accès au langage.

Ces successions de pertes pourraient avoir selon Monfort, trois types de conséquences psychologiques:

- un vécu négatif. Il peut aller jusqu'à altérer l'image de soi réalisant une «blessure narcissique» (Bianchi)⁸;
- un vécu neutre. Il peut aller jusqu'à une dénégation de la perte. Certaines personnes peuvent par exemple ne jamais prendre en compte le fait que leur compagnon de vie a vraiment disparu;
- un vécu de positivation qui peut aller jusqu'à une hyper-positivation évocatrice d'une excitation hypomaniaque du type: «plus je perds, plus je gagne».

Un autre auteur s'intéresse aux conséquences de ces pertes. Il s'agit de Amyot (2008) qui explique qu'un travail au quotidien avec les personnes âgées et leur famille le place face à « un lieu privilégié pour voir ces chemins où une lutte féroce se livre entre les voies de régression et celles

8 H. Bianchi (1982) cité In Monfort 2001

d'une résistance acharnée au maintien d'une vie psychique. »

Il commence par indiquer au lecteur qu'avec les acquis de la modernité, la majorité des personnes âgées conservent une espérance de vie plus grande (80 ans et un peu plus pour les femmes). Elles demeurent actives plus longtemps, le système de soins est plus accessible, les conditions de logement, d'hygiène et d'alimentation s'étant grandement améliorées. Par ailleurs, même si le vieillissement est reporté dans le temps ses effets indésirables les rattrapent inexorablement. Il développe ensuite la problématique des pertes cumulatives autour de deux axes, celui du narcissisme et celui de la lignée objectale et indique qu' « Avec le vieillissement, le narcissisme de la personne âgée est malmené à plusieurs égards».

De la même manière que Vidal, Amyot (2008) reprend l'idée que le vieillissement physiologique normal va porter atteinte directement à l'intégrité corporelle mais aussi à l'image corporelle. Ces atteintes se traduisent par une diminution locomotrice, de la vision et de l'audition. Pour d'autres, ce seront des atteintes systémiques comme l'insuffisance cardiaque, rénale, hépatique, mais dans tous les cas, en plus des limitations fonctionnelles souvent associées à des douleurs chroniques, ces pertes seront source d'angoisse en plus de porter atteinte à l'image de la personne vieillissante avec son cortège de blessures narcissiques.

Il rajoute ensuite l'axe de la lignée objectale. Il avance que plus la personne avance en âge, plus les pertes relationnelles s'additionnent. Le réseau d'amis se rétrécit. Avec ces pertes, il y a un appauvrissement relationnel associé à un sentiment d'isolement, de solitude et de tristesse.

Il reprend aussi l'idée qu'à cette désertification relationnelle viendra s'ajouter une perte ayant valeur hautement significative. La perte par exemple du conjoint, d'un enfant, d'un petit-enfant, sera vécue comme « une perte en trop, une perte qui ne sera pas facilement métabolisable par la psyché de la personne âgée, une perte qui la fera souvent basculer dans une dépression profonde. C'est comme si cette capacité d'investir et de désinvestir sur le plan relationnel s'émoussait, s'étiolait. »

Les pertes qui guettent les personnes âgées sont donc nombreuses et variées. Elles concernent aussi bien la sphère corporelle, la sphère relationnelle et le psychisme et produit donc des conséquences sur la thymie des personnes âgées, pouvant les conduire à la dépression voire à un syndrome de glissement.

Nous allons donc considérer dans cette seconde partie, les caractéristiques de la dépression de la personne âgée selon les approches contemporaines.

Pour expliquer les conséquences liées à ces pertes certains emploient le concept de fragilité.

E. Le concept de fragilité

Trivalle (2000) dans son article sur le syndrome de fragilité en gériatrie, propose une d'en définir les contours.

Le vieillissement étant un processus évolutif hétérogène, et difficile à caractériser, il en propose trois modes évolutifs principaux.

Tout d'abord le vieillissement réussi aussi appelé « successfull aging » dont la caractéristique est une absence ou une atteinte minime des fonctions physiologiques et une absence de pathologie.

Ensuite il y a le vieillissement habituel ou usuel « usual aging » dans lequel la personne présente des atteintes considérées comme physiologiques, liées à l'âge, de certaines fonctions mais sans pathologie bien définie.

Le troisième se trouve être le vieillissement avec pathologies sévères évolutives ou compliquées et/ou handicaps le « pathological aging » responsable le plus souvent d'un état de dépendance majeure.

Le concept de fragilité peut se concevoir comme un vieillissement intermédiaire entre le vieillissement habituel et le vieillissement pathologique. L'auteur suggère que ce terme évoque un état d'instabilité avec risque de perte fonctionnelle ou de majoration de la perte fonctionnelle existante. L'incapacité du sujet n'est pas installée mais peut survenir à l'occasion d'une pathologie aiguë ou d'événements extérieurs, que l'on retrouve également dans le cas du syndrome de glissement.

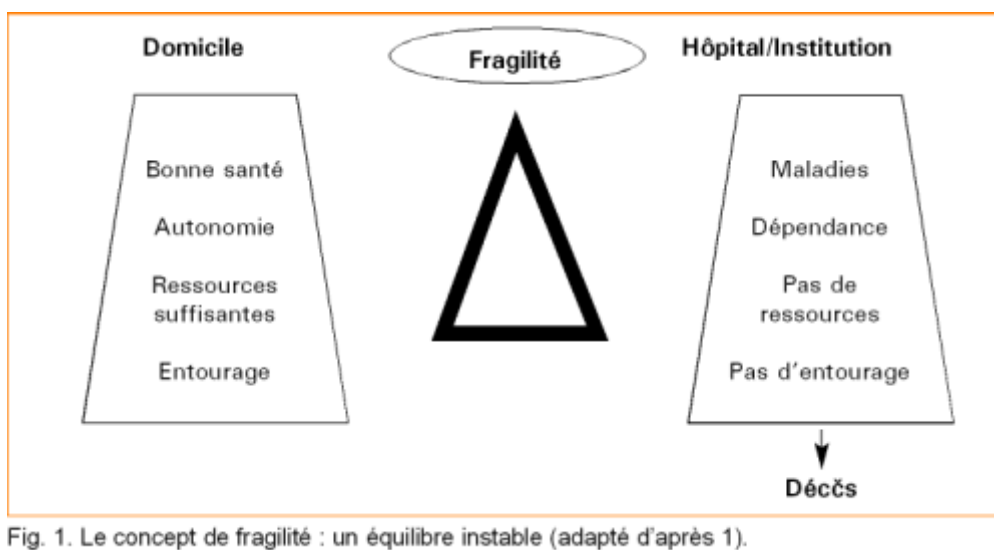
Nous pouvons donc mettre ces deux syndromes en relation. Winograd en 1991, cité dans l'article a défini les facteurs favorisant de l'état de fragilité.

Selon lui c'est le cas de l'âge, de l'absence d'exercice, d'une alimentation inadaptée, des facteurs génétiques, des facteurs immunologiques, et des modifications hormonales ainsi que d'autres pathologies associées comme la polyopathie, les troubles cognitifs et la dépression.

Nous pouvons rajouter à cela les médicaments et enfin les facteurs environnementaux (isolement social, décès du conjoint). Le syndrome peut selon l'auteur associer plusieurs signes et symptômes mais de façon variable que sont la fatigabilité, l'asthénie, l'anorexie, la déshydratation, l'amaigrissement, les troubles de la marche et de l'équilibre. Les motifs de consultation et d'hospitalisation des personnes qui présentent ce syndrome sont souvent un syndrome confusionnel, une chute, de l'incontinence, l'alitement ou les escarres. A cela peuvent suivre des complications

comme le syndrome de glissement et le décès.

Ainsi, les pertes et deuils et les facteurs environnementaux évoqué par l'auteur qui fragilisent la personne âgée, nous incitent à considérer les nouvelles approches de la dépression de la personne âgée.



F. La dépression du sujet âgé

Pour cela nous nous basons sur l'article de Thomas et Hazif-Thomas (2008) qui traite des nouvelles approches de la dépression de la personne âgée. Les auteurs présentent des formes de dépression spécifiques aux sujets âgés qui prennent en compte les problématiques spécifiques de l'âge qui peuvent être à l'origine des divers types de dépressions. Les dépressions sont aussi variées que la dépression avec troubles exécutifs, avec caractéristiques psychotiques. Ils traitent de la dépression dans le cadre de la démence, dans le cadre des troubles somatiques ainsi que les causes psychologiques de la dépression des personnes âgées.

Selon leur point de vue, les raisons de la survenue d'une dépression dans le grand âge sont nombreuses. Elle peut être la conséquence de facteurs sociaux comme la pauvreté des échanges affectifs, la solitude, le vécu de rejet, l'isolement combinés à d'autres facteurs psychologiques.

La perte d'emprise d'une personne âgée sur son environnement, parce qu'elle devient dépendante, est moralement douloureuse et a des conséquences négatives sur l'estime de soi.

Selon les auteurs, une estime de soi positive est nécessaire pour vivre de façon satisfaisante et s'adapter aux sollicitations affectives de la vie courante autant qu'elle est nécessaire pour s'engager dans les actes qui permettent de se construire.

La mésestime de soi favorise la désafférentation sociale et la dépression, particulièrement dans cette population.

Selon les auteurs, « la caractéristique particulière du vieillissement apparaît à Balier⁹ comme un problème d'économie narcissique. L'isolement affectif de l'individu et les transformations de son corps, les limitations imposées par l'environnement ne sont pas sans rappeler les problématiques d'une autre période de transition de la vie, l'adolescence, qui sont vécues comme une atteinte à l'intégrité du Soi. Le vieillissement est un lieu d'équilibre dynamique précaire fait d'investissement et de désinvestissement narcissique. Le *«vieillissement apparaît comme une antinomie entre investissement narcissique de la personne et désinvestissement destructeur, situé à la confluence de facteurs biologiques, psychologiques et d'environnement»*

L'auteur amène également une réflexion sur le syndrome de glissement « Chez l'hystérique, la perte de production d'un effet sur autrui des comportements séducteurs, progressive avec l'âge, conduit à une décompensation de l'équilibre psycho-affectif du malade, avec escalade symptomatique dont la résultante peut être catastrophique en débouchant sur un syndrome de glissement. Celui-ci vient

⁹ C. Balier (1973) cité In Thomas, P., & Hazif-Thomas, C. (2008)

témoigner alors des conséquences dramatiques du handicap communicationnel, nœud central de la problématique hystérique du sujet âgé, incapable de trouver un mode d'expression adéquat ».

D'autre part, il intègre aussi les concepts de Moi et d'Idéal du Moi. Selon lui la dépression névrotique peut encore être le résultat d'un écart progressif entre un moi confronté à une réalité qui se dérobe et un idéal du Moi, immature car mal élaboré. Plus l'idéal du Moi est prégnant et coupé des forces de vie et de l'accès aux « bons » objets intériorisés et plus le sujet est à risque de dépression. Ceci vient d'un mécanisme de déception non pas du Moi comme dans la démence, mais ici de l'Idéal du Moi. L'échec du Moi à satisfaire les exigences irréalistes de l'idéal du Moi mine alors l'estime de soi. Le malade oscille dans cette forme de dépression, maladie de l'idéalité, entre une attitude de défi, de provocation, d'auto et d'hétéro-agressivité et des sentiments d'insuffisance susceptibles de conduire à la mélancolie ou au syndrome de Cotart (Braconnier & al)¹⁰. « Chez le sujet mélancolique, toutes les illusions venant compenser ordinairement les exigences de l'idéal du Moi semblent avoir disparues, sans que le sujet aspire à se réinvestir dans un espace de vie moins contraignant »

Dans la partie concernant la dépression et les troubles somatiques, les auteurs mentionnent que la dépression de la personne âgée est parfois intriquée à des problèmes organiques. Des difficultés exécutives sont ainsi fréquemment associées à la dépression de la personne âgée dénutrie accompagnant le ralentissement psychomoteur et l'atteinte de l'anticipation. La réduction du métabolisme des amines cérébrales, la perte neuronale et le terrain vasculaire peuvent expliquer que certaines dépressions soient liées à un vieillissement pathologique du cerveau. Les pathologies somatiques chroniques, anesthésiantes, handicapantes ou douloureuses retentissent avec le temps sur la thymie des personnes âgées. « Les somatisations sont fréquentes chez elles, par carence d'écoute authentique, pour attirer inconsciemment l'attention de ceux qui pourraient leur porter de l'intérêt, ou dans le versant psychosomatique, par incapacité à élaborer ses tensions intérieures. »

En ce qui concerne les aspects cliniques de la dépression de la personne âgée, Frémont dans son article de 2004, présente les grands cadres diagnostiques en référence au DSM 4. Il aborde ensuite la clinique de la dépression et ses particularités chez le sujet âgé.

Il évoque en particulier dans son article les causes inhérentes au sous-diagnostic des dépressions chez les personnes âgées.

Selon lui, le sous-diagnostic tient moins à la spécificité de la dépression du sujet âgé qu'à l'attitude des cliniciens face au vieillissement. Pour appuyer sa thèse il informe que les auteurs soulignent actuellement le caractère indépendant de l'âge dans les critères de la dépression majeure. « La

10 Braconnier A. (2006) cité In Thomas, P., & Hazif-Thomas, C. (2008)

dépression majeure est le même trouble à tous les moments de la vie, les critères sont donc identiques. »

Selon lui l'attitude des cliniciens va dans le sens d'une assimilation entre tristesse et vieillesse, surtout après 80 ans.

Or les conceptions actuelles appuient particulièrement sur le fait que la dépression ne fait pas partie du processus de vieillissement normal mais s'avère être de l'ordre du vieillissement pathologique.

« L'attitude projective qui tend à considérer un sentiment de tristesse, voire un désir de mort, comme normal lorsqu'il est exprimé par un sujet qui présente par ailleurs des troubles somatiques ou des conditions de vie difficiles, doit donc être largement remis en question. »

Avant lui, en 2001, Monfort avait déjà mentionné les difficultés de faire la part du normal et du pathologique. « La difficulté à cet âge est de repérer le vécu dépressif parmi les plaintes usuelles du grand âge. », ce vécu dépressif étant méconnu trois fois sur quatre chez l'adulte et encore plus chez le sujet âgé.

Monfort (2001), détaille les plaintes attribuées à tort, à tout, sauf à un épisode dépressif. L'insomnie prise pour le sommeil fragmenté du sujet âgé, le manque d'appétit attribué à la prise des repas en solitaire. La fatigue considérée comme normale pour l'âge, les troubles de mémoire et de concentration banalisés. Les plaintes somatiques sur un mode hypocondriaque attribué à l'âge et au caractère. Ainsi que le vécu de tristesse et de solitude imputé à l'isolement et l'irritabilité voire l'hostilité et la violence imputées à une personnalité caractérielle.

Frémont (2004) rajoute à cela d'autres facteurs mis à tort sur le compte du vieillissement normal. Par exemple l'asthénie considérée comme fatigue qui explique le ralentissement. La perte de poids attribuée à la négligence des courses ou de l'abandon de l'activité de cuisiner ou aux problèmes dentaires.

A cela, il rajoute qu'on ne peut pas parler de sujet âgé sans évoquer la question des co-morbidités, puisque maladies somatiques et dépressions sont souvent intriquées.

C'est donc dans ce contexte de problématiques que le clinicien va tenter de guider ses patients âgés vers un abord de leur avancée en âge moins difficile.

C'est face à ces difficultés, que je me suis penchée sur une lecture du vécu temporel des patients.

Je vais présenter ma problématique, les questionnements qui sont à l'origine de ce travail et les hypothèses et pistes de réflexion que j'aborderai dans le détail dans la partie monstration.

PARTIE 2:
CONCEPTIONS
THEORIQUES

1. PROBLEMATIQUE

Le travail avec les personnes âgées est considéré à tort par certains comme inutile voire irréalisable. Freud avait dit, dans une conférence en 1904, que les personnes de 50 ans et plus ne sont plus aptes à être prises en psychanalyse parce que: « elles ne disposent plus de la plasticité des processus psychiques sur laquelle s'appuie le thérapeute...et en outre que la quantité de matériaux à défricher augmente indéfiniment la durée du traitement. » (Freud, 1904)¹¹

Or, sans aller jusqu'à parler de cure psychanalytique, le travail que l'on peut faire avec les personnes âgées dans le cadre par exemple de thérapies de soutien, peut-être riche et fructueux dès lors que le clinicien a franchi la barrière du vécu mortifère immédiat qui peut s'imposer à lui, pour s'offrir une nouvelle perspective à travers un changement de regard sur la personne âgée.

Pour ce faire, une condition nécessaire est d'accepter l'écart important et pourtant réel entre l'idéal thérapeutique et la pratique de terrain.

Le clinicien est alors un dépositaire, qui doit utiliser sa capacité de penser l'impact de la rencontre dans la perspective du temps qui passe, de la vie et de la mort. (Colpé, 2007)

En effet, dans ce contexte, la notion du temps tient une place particulière en relation avec l'inévitable proximité de la mort.

Une des lectures possible pour le clinicien est de passer par une réflexion sur la conception du temps. D'abord comme catégorie universelle sensée être partagée par tout un chacun, à une conception des temporalités qui laisserait la place à la multiplicité des expériences subjectives.

L'intérêt pour la compréhension des temporalités permet de rendre compte des transformations des modes d'organisation psychique à un âge avancé.

En effet, certaines difficultés sont indéniables dans la rencontre avec la population des aînés institutionnalisés.

Dans les rencontres sur le terrain, j'ai été confrontée à de nombreuses interrogations sur les multiplicités des inscriptions temporelles de mes patients.

Les nouvelles perspectives en psychogérontologie comme illustrées dans l'article de Aquino (2007), nous permettent de distinguer trois types de vieillissement: le vieillissement avec succès, se distingue du vieillissement normal, habituellement observé dans lequel on constate une régression

¹¹ Freud (1904) cité par Quinodoz 2002

marquée des capacités fonctionnelles, mais aussi du vieillissement pathologique, accéléré ou aggravé par des maladies et/ou handicaps.

Le vieillissement peut-être considéré autour de trois types de changements qui vont le rendre normal ou pathologique pour la personne vieillissante. Le vieillissement s'articule autour des axes physiologiques, psychologiques et environnementaux.

Le vieillissement physiologique normal va porter atteinte à la sphère corporelle ainsi qu'à l'image que la personne a de cette sphère. L'avancée en âge augmente en effet considérablement la probabilité d'apparition d'une maladie somatique, susceptible d'entraîner des douleurs, une perte d'autonomie et des atteintes corporelles pouvant fragiliser le narcissisme de la personne vieillissante.

Le vieillissement psychologique peut s'accompagner de troubles cognitifs liés à une maladie neurodégénérative. Mais on peut lire également ce vieillissement au travers de ce que la personne en perçoit.

Le vieillissement autour de l'axe environnemental concerne plus particulièrement le maintien ou l'appauvrissement des relations sociales. En effet le contexte psychologique va influencer les relations sociales qui ont une importance fondamentale sur la qualité du vieillissement. Dans le cas d'un appauvrissement des relations sociales, qu'elles soient familiales ou amicales, le champ des intérêts extérieurs est réduit et se trouve souvent être à la source d'un isolement pouvant aller jusqu'au désespoir.

Le vieillissement apparaît alors comme un processus objectivable dans des changements touchant à la fois les composantes physiques et psychologiques des individus. Ce processus est nécessaire et irréversible : on ne peut pas ne pas vieillir. Le vieillissement (et donc la vieillesse) est lié à une problématique temporelle, à une "marche du temps". Et cette programmation aboutit inexorablement à la détérioration et à la mort. Avancer dans le temps revient à s'approcher de la mort. La relation vieillissement-temps-mort est inévitable.

Mon questionnement se base sur la capacité du sujet âgé à modeler la réalité temporelle comme pour compenser l'évidence du vieillissement par l'activité symbolique.

Selon la définition qu'en donne Calevoi (2008), on entend par temporalité psychique, la manière dont les processus psychiques créent leur propre gestion du temps en fonction des trois possibilités que constituent la régression, la fixation et l'anticipation.

Il s'agit d'une élaboration psychique qui s'inscrit dans la durée. Le temps occupe une place centrale

dans la vie psychique appuyant que le psychisme est dynamique et en constant développement. Mais on peut alors se demander ce qu'il advient du psychisme si le vécu subjectif vient rompre les mouvements du psychisme qui permettent aux personnes de s'inscrire dans leur histoire.

Pourquoi s'intéresser à la question de la temporalité? Car aucune problématique ne peut faire l'économie de la dimension temporelle puisqu'elle est un des aspects qui définit le psychisme. Le temps n'est pas appréhendé de la même façon aux différents âges de la vie et peut varier en fonction de l'état psychique du sujet. Chez les personnes âgées, le travail de réappropriation de l'histoire interne demande la capacité du patient à s'inscrire dans sa propre histoire et se réapproprier le fil de sa vie sans confusion des temps. Le passé ne doit ni encombrer le présent, ni entraver le futur. Pour arriver à cette capacité, le patient doit avoir la mémoire des différents événements de sa vie.

Selon Roussillon, il n'y a pas de temporalité sans mémoire. Le fonctionnement psychique organisé autour du temps nécessite l'existence de la mémoire.

Le temps s'offre donc comme un axe orienté, cadre idéal pour décrire, repérer et mesurer toutes les transformations. Le sujet s'inscrit alors dans un devenir permanent et son développement, son vieillissement, peut se réduire à une avancée dans le temps: vieillir c'est accumuler du temps sans jamais pouvoir revenir dessus. (Calevoi, 2008).

Ma réflexion aura pour base pratique, deux rencontres singulières. Le premier questionnement sur le rapport aux temps émane de la rencontre avec Mme P.

Cette patiente provoquait chez moi un intense ressenti d'enlissement dans le présent. J'ai été sollicitée sur le plan contre-transférentiel comme si quelque chose de l'ordre de l'affect m'empêchait de penser la relation. Je me situerai donc dans ce champ transféro-contretransférentiel, afin de tenter d'analyser la relation au temps de cette patiente.

Ma première hypothèse clinique concernant cette patiente dans son rapport au temps est que son présent était comme figé. Je me suis interrogée sur la raison de cette immobilité du temps présent, par la répétition incessante de sa plainte et de sa souffrance.

J'aborderai ce que m'a donné à penser le temps et le discours figé en entretiens.

Je tenterai d'éclairer par la suite les raisons de son refus d'aborder le souvenir, de réactualiser le passé.

Je me baserai sur l'analyse de la relation pour ensuite illustrer de quelle façon j'ai en pratique, tenté de surmonter les difficultés pour permettre d'amener à un autre rapport au temps par la singularité de la relation.

Ma seconde analyse se portera sur la rencontre avec Mme G.

A l'inverse de l'impression d'engluement dans le présent, les rencontres avec cette patiente ouvraient sur une impression de glissement du présent hors du temps, d'une accélération, d'un emballement temporel amenant avec lui un cortège de questions sur ce que l'on peut lire comme son inscription temporelle.

Pour ce faire je mettrai en lumière un thème récurrent dans le discours de cette patiente, ce que j'appellerai « une faille temporelle » dans le passé.

Je m'interrogerai sur la possible réactualisation dans le présent d'une problématique plus ancienne. J'essaierai également de mettre en perspective son inscription temporelle actuelle avec une potentielle maladie physiologique et je me demanderai si celle-ci pourrait se faire la voie d'expression de conflits plus anciens, comme une ultime chance à un âge avancé de pouvoir le résoudre.

Ma réflexion sera émaillée de questionnements sur l'inscription de ces patientes dans le passé, le présent et le futur. Je tenterai d'articuler théorie et pratique, en essayant de me baser sur les conceptions de la littérature pour ouvrir des voies de réflexion à des difficultés rencontrées sur le terrain. L'analyse de la pratique me permettra également de montrer l'usage de la théorie sur le terrain ainsi que ses limites.

J'entreprendrai d'exposer comment dans l'ici et maintenant de la relation, l'on peut essayer de saisir l'essence du ressenti du patient, se questionner sur ce ressenti et chercher à savoir quels en sont pour lui les bénéfiques ou les inconvénients.

J'analyserai comment une inscription temporelle qui peut apparaître comme un frein à la prise en charge d'un point de vue défectologique peut s'avérer être un processus défensif viable et en bon état de fonctionnement.

Je m'appuierai sur mes expériences de terrain pour montrer de quelle façon dans la pratique, j'ai analysé et utilisé les rapports aux temporalités de nos patients pour les accompagner dans la dernière partie de leur existence.

2. PARTIE THEORIQUE: UNE APPROCHE PURIDISCIPLINAIRE DU TEMPS ET DE LA TEMPORALITE

A. Introduction

Le temps est source de nombreuses interrogations, c'est un thème central dans l'existence quotidienne des personnes âgées. On peut souvent entendre surgir du discours des personnes âgées institutionnalisées, des phrases comme: « Combien de temps me reste t-il à vivre? », « Que le temps est long! », « J'ai fait mon temps.... »

Le temps est donc un thème central et omniprésent dans les problématiques des personnes âgées mais qui est vécu de façon très différente par chacun, allant parfois jusqu'à un antagonisme pur.

Alors que certains trouvent le temps long, d'autres ont peur de n'avoir plus assez de temps.

On peut alors s'interroger sur la valeur intrinsèque de la temporalité et de ce qui lui vaut d'être aussi variable.

Les temps de l'institution rythment les journées de la même manière, en fonction des soins, des repas, des activités.

La vie en institution est partagée entre les temps accélérés des soignants, comme un mouvement rapide et rythmé, duquel on entend souvent les résidents se plaindre parce que les soignants n'ont pas le temps. A celui-ci, contrebalance le temps du cantou qui semble suspendu, où les horloges n'ont de raison d'être que pour les soignants.

Le premier constat que l'on peut établir est qu'il n'existe pas un temps unique en résidence retraite.

Mais au moins deux temporalités vécues presque de façon opposées qui ne se rencontrent que très rarement.

Le soignant qui est pressé d'accomplir les tâches quotidiennes ne rencontre souvent qu'à cette occasion le résident dont le vécu temporel est souvent suspendu à l'attente de cette rencontre. La déception est souvent grande pour lui de voir que le soignant ne peut partager plus avec lui, par manque de temps.

Ce constat général, ouvre la porte à une question: qu'en est-il alors dans ce contexte, des temps et temporalités vécus par chacun?

Il serait donc peu hasardeux de s'autoriser à penser qu'il existe en institution, autant de vécus

différents du temps que d'individus.

Les soignants et le psychologue sont pris dans un rythme de travail qui exige une présence limitée sur place alors qu'il s'agit pour les résidents de leur lieu de vie, d'où certains ne sortent que très rarement.

Quel peut être l'intérêt pour le psychologue de comprendre les vécus subjectifs des temps des patients?

De quelle façon le psychologue et les soignants qui partagent en partie ce rythme avec les résidents, peuvent-ils travailler avec eux pour remettre en route un mouvement temporel parfois suspendu?

Que peut-on essayer de comprendre et de mettre en lien sur le rapport au temps et celui du travail avec les personnes âgées?

La partie théorique qui suit va tenter de répondre à ces questions.

Pour commencer, la personne âgée qui vit en résidence est au centre d'un temps partagé, un temps commun dans une vie communautaire. Pour approcher une meilleure compréhension du vécu du temps chez les personnes âgées institutionnalisées, une approche de la vie sociale ne doit pas être désolidarisée d'une approche individuelle.

Nous utiliserons ensuite certaines conceptions philosophiques sur le temps pour aménager une base à notre réflexion.

Nous évoquerons ensuite l'approche psychanalytique du temps pour amener par la suite à aborder le vécu de la temporalité dans le cadre du vieillissement.

Notre dernière partie concernera les potentiels troubles de la temporalité auxquels nous essayerons de donner une perspective, non pas déféctologique mais en essayant d'y lire des fonctions nécessaires à l'équilibre psychique des personnes âgées.

Cette partie théorique a pour objectif d'amener certains concepts déjà étudiés dans les littératures sociale, philosophique et psychologique, afin de poser les bases d'une réflexion clinique du travail sur les temporalités vécues avec les personnes âgées institutionnalisées, dans quelques rencontres singulières qui ont été à la source de ces lectures et réflexions.

B. Conceptions sociologiques du temps

Dans l'article de Membrado (2010), est proposé une mise en lumière des apports de la

sociologie du vieillissement aux conceptualisations du temps.

En effet, avant de s'interroger sur le vécu temporel des résidents en maison de retraite, il est intéressant d'en passer par une analyse sur les temps sociaux. Les résidents partagent leur vie avec d'autres, une vie communautaire qui a ses rythmes propres et qu'on peut supposer influencer sur le vécu temporel de chacun.

Il s'agit pour elle d'analyser le rapport au temps des générations, qui se situent dans la dernière partie du parcours de vie en interrogeant les modèles temporels dominants, pour contribuer à renouveler la sociologie des âges.

« Si vieillir commence tôt, et Elsa Ramos nous le montre dans son texte où les personnes sont amenées, face aux décès de leurs ascendants, à faire non seulement le deuil des disparus, mais aussi celui de leur enfance et des lieux et formes de vie passés, la conscience aiguë du temps caractérise l'épreuve du grand âge (Caradec *et al.*, 2007)¹². Le sentiment que la durée de temps qui reste à vivre est limitée et plus courte que le temps écoulé: « Il y a longtemps qu'on est au monde », dit une dame de 90 ans, s'accompagne plus ou moins tôt d'un sentiment de finitude (Clément, 1994; 1999; 2003)¹³. Les figures temporelles, dont celle du « passage », sont singulièrement présentes dans les récits des personnes âgées. »

L'intérêt de se détacher de ses temporalités propres pour comprendre celle des résidents avec qui l'on travaille tient comme elle le dit, dans la singularité de cette expérience. Il s'agit de mieux comprendre la cohabitation et la confrontation au sein du monde social de temporalités diverses: entre jeune adulte et adulte plus mûr, « le sentiment de l'individualité, le sentiment de sa trajectoire, le sentiment du temps passé et à venir ne peuvent être les mêmes » (Clément, 1994)¹⁴.

Elle souligne que si l'ensemble du parcours de vie est fait de transitions, plus ou moins marquées, celles qui caractérisent sa dernière séquence s'accompagnent du sentiment récurrent d'« avoir fait son temps », de se trouver en décalage avec le temps social présent, de ne plus « coller à son époque », comme on peut souvent l'entendre en résidence retraite.

La société actuelle pose des marqueurs institutionnels. « L'âge de la retraite, la création des clubs 3e âge, la catégorie des « séniors » ou des « vieux dépendants », ont des effets indéniables sur la manière de se définir ou non dans la « vieillesse » (Caradec, 2005)¹⁵, mais ils ne sont pas pour autant suffisants à rendre compte des arrangements singuliers et multiples avec les effets de l'âge. Le vieillir se caractérise par un travail de négociation, plus ou moins serein, avec ses propres

12 Caradec et al. (2007) cité par Membrado 2010

13 Clément (1994; 1999; 2003) cité par Membrado 2010

14 Clément (1994) cité par Membrado 2010

15 Caradec (2005) cité par Membrado 2010

transformations plus ou moins silencieuses (Jullien, 2009)¹⁶ et avec les transformations du monde autour de soi. »

Dans le paragraphe intitulé: « De la routinisation à la déstructuration du temps », l'auteur traite des changements de rythmes de vie dès l'âge de la retraite.

Selon elle, « parmi les expériences temporelles au grand âge, l'imposition de rythmes apparaît comme une stratégie pour s'assurer une sécurité ontologique, un contrôle sur sa vie et sur le monde autour de soi. Balandier (1983)¹⁷, à propos des rituels de la vieillesse, parle de « la routinisation [qui] semble d'autant plus nécessaire qu'elle entretient une amnésie du peu de temps à vivre ». Que ce soit de façon volontaire à son domicile ou imposée en résidence, elle rajoute que la répétition des mêmes gestes, des mêmes phrases est une manière de retenir, de figer le temps, en s'assurant du retour du même. « Cependant, si les routines, parce qu'elles assurent le maintien dans un monde familier et prévisible, sont de l'ordre de la ressource, elles peuvent aussi mener vers une rigidification des gestes et signifier le risque de l'immobilisation (Bouisson, 2007)¹⁸. Parmi les indicateurs de forte déprise, on trouve des signes d'une altération du rapport au temps et une forte tendance à la déstructuration. Il y a brouillage entre le passé et le présent, perte des repères temporels et l'usage de la radio ou de la télévision comme « bruit de fond », par exemple, manifeste le décrochage d'avec le monde, jusqu'au moment où on ne l'allume même plus parce que, dit cette dame de 87 ans, « Tout m'agace, tout » (Clément et Mantovani, 1999)¹⁹. »

Approcher avec plus de justesse le ressenti subjectif des résidents et de nos patients, nécessite de se détacher de notre situation propre. Les caractéristiques de l'âge ont un rôle prépondérant dans le vécu du temps. On ne peut pas ressentir ou vivre le temps de la même façon que l'on soit un adulte jeune, mûr ou plus âgé. Comme le rappelle l'auteur: « Quand on s'intéresse aux personnes âgées, il convient de ne jamais perdre de vue la singularité de leur situation dans le parcours de vie, la plus grande proximité de la mort (Clément, 2007)²⁰, qui imprime et donne du sens à leurs expériences et oriente fortement les décisions et les modes de vivre au quotidien. »

La dernière partie de la vie semble marquée par une modification du rapport au temps. Plusieurs facteurs peuvent en être à l'origine. Comme le signale l'auteur: « plus on s'éloigne de la période de la vie « active » et plus son empreinte s'estompe, plus le rapport aux temporalités qui la caractérisent se transforme. Entre le moment de la retraite et celui de la plus grande vieillesse, si la

16 Jullien (2009) cité par Membrado 2010

17 Balandier (1983) cité par Membrado 2010

18 Bouisson (2007) cité par Membrado 2010

19 Clément et Mantovani (1999) cité par Membrado 2010

20 Clément (2007) cité par Membrado 2010

vie reste à inventer (Lalive d'Épinay, 1991)²¹, dans un temps enfin libéré des contraintes professionnelles, et en partie familiales, le constat se fait qu'« arrivée à un certain âge on ne peut plus se projeter » (Madame D, 75 ans). S'il existe le plus souvent une tension et même un décalage entre l'âge chronologique et l'âge subjectif, avoir 60 ans et en avoir 90 n'a pas tout à fait le même sens au regard de sa situation dans le monde social environnant. »

De même, dans « Du temps personnel au temps collectif », Laborel (2002)²² fait aussi le lien entre le temps vécu, intériorisé et son rapport au temps social.

« L'intériorisation du temps est souvent la résultante d'une conception intime et d'une relation sociale scandée par des obligations. La conception intime correspond à une organisation de ce temps en rapport à la personnalité de chacun. Les obligations sociales renvoient aux occupations familiales que la personne à domicile pouvait quelquefois encore assumer: s'occuper des petits enfants, faire la cuisine, faire ses courses...L'entrée en institution va faire disparaître, partiellement ou totalement, ces deux dimensions.

L'entrée en institution marque en effet avant tout le passage à un temps collectif, c'est-à-dire organisé autour d'obligations institutionnelles dans le but d'en faciliter le fonctionnement. Le résident est confronté à un corpus de règles qui régissent cette vie de type communautaire (heures des repas, plages horaires pour les toilettes, ...). »

Le départ du domicile crée une rupture avec le temps habituel et son organisation. La personne âgée se retrouve donc au sein d'un temps collectif dont il est le destinataire mais pourtant pas l'acteur. Son vécu temporel est par cela bien différent de celui des soignants.

C'est au détour des perspectives sociales de la conception du temps chez nos aînés qu'apparaissent des interrogations sur le vécu subjectif et individuel indéniablement intriqué au vécu temporel communautaire.

Les auteurs qui se sont intéressés aux perspectives philosophiques du temps vont nous aider à poser les fondements théoriques qui nous permettront de mieux appréhender par la suite le temps vécu, subjectif et intériorisé de chacun, d'en comprendre les mécanismes et les troubles potentiels.

21 Lalive d'Épinay (1991) cité par Membrado 2010

22 Laborel (2002) cité par Membrado 2010

C. Conceptions philosophiques du temps

Dans « Philosophie de la vieillesse réflexions sur le temps qui passe », Fiat énonce un premier postulat qui concerne l'efficacité du temps. Il entend par cette expression que le temps, bien qu'il marque chacun différemment, marque tout de façon inévitable.

« L'idée la plus spontanée que tout un chacun se fait du temps, est celle d'une puissance universelle, qui sur toutes choses agit : cela s'appelle, en « patois » philosophique, l'efficacité du temps, terme qui indique que le passage du temps sur un être n'est jamais sans effets. Et certes, le temps altère (rend autre), aliène, corrompt, déforme, abîme, use, transforme tout ce sur quoi il passe: toute puissance du temps! Toute puissance qui se marque certes plus vite sur ce visage-ci que sur ce visage-là, mais se marque cependant sur eux-deux; toute puissance qui se marque certes plus vite sur la rose que sur l'étoile, mais se marque cependant sur elles-deux. Toute puissance dont témoigne également, et au combien, son irréductible irréversibilité. Même *un dieu ne peut pas faire que ce qui a eu lieu n'ait pas eu lieu*, disaient les Grecs. »

Que le passage du temps ait des effets indéniables sur chacun est une chose mais, cependant, le retentissement des effets du temps varie en fonction du vécu subjectif de chaque individu.

Le théorie de Denis Guiot donne à ce propos un éclairage supplémentaire. Comme indiqué dans l'article « Tendances d'âge subjectif: quelle validité prédictive » (2001), Denis Guiot aborde le cadre conceptuel et les fondements théoriques du vécu subjectif de l'âge.

« L'originalité du construit d'âge subjectif réside dans une étude pluridisciplinaire associée au développement de nombreux outils de mesure. L'analyse des différents courants de recherche en gérontologie, psychologie et marketing, permet de formuler des hypothèses concernant sa validité prédictive.

Issu principalement des théories du vieillissement psychologique, l'âge subjectif a été pour la première fois mis en évidence par Tuckman et Lorge (1954)²³ puis par Blau (1956)²⁴. Ces travaux ont révélé un nombre important de personnes âgées de plus de 60 ans, se qualifiant de « jeunes » ou de « moyennement âgée » et ceci même au delà de 80 ans.

L'âge subjectif a été initialement défini comme l'âge ou le groupe d'âge de référence auquel un individu s'identifie en fonction des rôles sociaux qu'il lui attribue.

En se basant sur les paradigmes de la psychologie du développement, une appréciation de

²³ Tuckman et Lorge (1954) cité par Guiot 2001

²⁴ Blau (1956) cité par Guiot 2001

l'évolution de l'identité en fonction de l'âge et des modèles des crises normatives ont été développées dans le champ de la psychologie.

La confrontation d'un âge objectif (l'âge chronologique) à un âge subjectif suggère l'existence d'une certaine similarité entre ce dernier concept et celui de la perception du temps et de la durée. »

Dans ce cadre, l'auteur rajoute que « fondée sur les différentes approches du temps développées en économie, en sociologie et en psychologie, la recherche en comportement du consommateur oppose le temps externe objectif au temps interne subjectif. La première conception du temps est celle du calendrier, temps linéaire, continu, mesurable. Le deuxième est celle d'un temps personnel, où « la subjectivité de l'individu », « les sentiments qu'il éprouve à l'égard de situations spécifiques », déterminent « son impression de durée » (Bergadaà, 1989)²⁵. Celle-ci concerne la perception des segments de temps impartis à des activités et peut s'appliquer à l'expérience subjective de la durée de la vie. Selon Rosenfeld, Kastenbaum et Slater (1964)²⁶, la tendance d'âge subjectif reflète le sentiment de l'écoulement du temps et peut être considéré comme un indicateur du temps passé comme de celui qui reste à vivre.

Ce sentiment résulte d'une construction qui structure la perspective temporelle d'un individu. Il reflète la recherche d'un équilibre entre le désir persistant d'un horizon illimité et le sentiment de finitude lié à l'idée de l'approche de la mort. L'étude empirique de Cooper et al. (1981)²⁷ suggère l'existence d'une relation entre l'âge subjectif et le nombre perçu d'années restant à vivre. »

Les travaux sur la subjectivité du temps appuient l'idée que sa perception subjective est tout relative et renvoie aux travaux et réflexion philosophiques sur le sujet.

Deux approches que sont celles de Bergson et de Saint Augustin sont un apport bénéfique dans la conception du temps.

Dans son article Souffrance et temps, Porée (2000), fait part au lecteur des conceptions du temps de Bergson et de Saint Augustin.

La relativité du temps selon Bergson

Selon les conceptions de Bergson, le temps est « tout puissant, parfaitement régulier, uniforme, irréversible, homogène, n'est pas le temps tel que les hommes le vivent, et dont ils ont

²⁵ Bergadaà (1989) cité par Guiot 2001

²⁶ Rosenfeld et Slater (1964) cité par Guiot 2001

²⁷ Cooper et al. (1981) cité par Guiot 2001

expérience. La distinction bergsonienne du temps mathématique (ou temps des horloges) et du temps psychologique (ou durée) est inoubliable, et explique assez bien pourquoi certaines de nos heures passent vite, et d'autres pas; pourquoi le temps passe plus vite pour le soignant pressé que pour la personne âgée qui l'attend.

Car si le temps des horloges est homogène, régulier, absolu et uniforme, la durée est en revanche hétérogène, irrégulière, relative et polymorphe. » (Porée, 2000).

Selon Saint Augustin

« Pourrait-on parler d'un « antérieur » et d'un « postérieur », d'un « avant » et d'un « après », sans un centre de perspective unitaire? Ce centre de perspective, saint Augustin ne le découvre pas dans la nature mais dans l'âme humaine. Certes, pour lui aussi, le temps est, en un sens très large, la mesure du mouvement ; mais cette mesure est celle que nous effectuons dans notre esprit par le souvenir, par l'attente et par l'attention. Ainsi ce que nous appelons un long avenir n'est en réalité qu'« une longue attente de l'avenir » et ce que nous appelons un long passé, « un long souvenir du passé ».

Il faut remarquer cependant que c'est au présent que j'attends et que c'est encore au présent que je me souviens. Aussi n'est-ce pas « user de termes propres » que de dire: « Il y a trois temps: le passé, le présent et l'avenir »; mieux vaudrait dire: « Il y a trois temps: le présent du passé, le présent du présent, le présent du futur. Ce privilège du présent caractérise la conception psychologique du temps; il marque la séparation introduite par Augustin entre le temps de l'âme et le temps de la nature. »

Ces conceptions nous permettent d'envisager le temps comme un temps de la conscience, un temps vécu de façon individuelle et subjective.

Ces fondements philosophiques nous amènent à penser le temps sous une perspective psychanalytique. L'intérêt pour la compréhension de la pluralité des temps psychiques sur lesquels nous allons nous interroger peuvent participer à ouvrir des perspectives de réflexion sur le vécu des temporalités chez les résidents en EHPAD.

D. Conceptions psychanalytiques

Dans « La pluralité des temps psychiques », Porret (2000) définit des concepts différents du temps en psychanalyse.

« Du point de vue psychanalytique, tout essai de compréhension du temps psychique semble nécessiter de concevoir l'existence d'une pluralité de temps qui, tout en occupant des niveaux différents, se recoupent partiellement entre eux, qui sont branchés les uns sur les autres et dont les modes d'articulation sont multiples et fort complexes. »

Ainsi on est amené à procéder à quelques distinctions et à ébaucher les définitions d'un certain nombre de termes et de notions.

Nous différencierons donc la temporelléité, la temporanéité, le temporisation, l'anticipation, la temporalité, la temporalisation, et l'historisation. »

Il explique que la temporelléité concerne la conception traditionnelle du temps, le temps mesurable des horloges et le temps divisé des calendriers en comprenant le temps de la durée (chronométrie) et de la successivité (chronologie). A l'irréversibilité du temps qui passe, à celle de la succession continue du temps sont liées les grandes catégories chronologiques: présent passé-futur. Dans la cure comme dans la vie hors cure d'ailleurs, ce temps objectif, réel, objectivable et objectivé par un instrument de mesure, s'oppose à un temps subjectif, fantasmatique, vécu, qui acquiert une dimension abstraite. Cette conscience du temps objectif et du temps subjectif, de même que celle de leur opposition possible, est assurée par le Moi.

Selon l'auteur, on peut parler non seulement de transfert sur le cadre, de résistance par le transfert qui s'exerce sur cette dimension temporelle du cadre, mais aussi de résistance contre l'établissement du transfert opérant par le biais de cette même dimension temporelle.

La temporanéité est un temps rythmique qui permet la perception de la temporelléité en le scandant. Comme le remarque J. Laplanche (1989)²⁸, un « véritable temps du temps » et concerne le temps perceptif immédiat dans l'écoulement de l'instant présent », autrement dit l'instantanéité. Elle renferme en elle une potentialité de négation de la successivité et c'est peut-être par l'intermédiaire de cette potentialité de négation qu'instantanéité et successivité s'articulent l'une avec l'autre. « D'après Freud, le fonctionnement du système perceptif tourné vers le monde extérieur est propre à fonder dans le Moi conscient, une représentation de la perception du temps ou une représentation du temps perçu subjectivement. L'activité de la perception externe se produirait de manière périodique

28 Laplanche (1989) cité par Porret 2000

et discontinue, selon une modalité rythmique imposée vraisemblablement davantage par le Moi que par le ça ou par l'inconscient extérieur au Moi.

Cette rythmicité consiste en ce que ce réservoir de libido qu'est le Moi envoie momentanément dans le monde externe des quantités d'investissements chargées d'explorer, de sonder celui-ci, pour être ensuite retirées.

Cette modalité périodique et discontinue de l'activité perceptive trouve sa justification dans la nécessité de désengorger le Moi conscient des contenus représentationnels, afin d'être en mesure d'en accueillir de nouveaux, et dans la nécessité de filtrer les perceptions externes, de les dépouiller de leur massivité et de leur intensité traumatogène pour le Moi conscient.

Le Moi recourt à divers mécanismes qui sont en rapport avec le temps de la durée et de la successivité. Il en va ainsi de l'anticipation et de la temporalisation qui est liée à l'attente, à la capacité de différer, par exemple, la réalisation d'un désir conscient. »

Selon J. Laplanche la temporalisation, est le mouvement suivant lequel le sujet s'organise et se réorganise dans le temps en fonction des grandes catégories chronologiques: présent-passé-futur, mais aussi en fonction des désirs qui les traversent.

Alors que l'historicité serait référable à l'histoire de l'humanité, au temps de la mémoire collective, les rapports du sujet à sa propre histoire psychique sont mis sous le terme d'historisation. Elle correspondrait au remaniement des événements psychiques sous les effets conjugués de l'historicité, de la temporalité et de la temporalisation.

Compulsion et contrainte de répétition:

La rencontre avec certains patients dont le rapport au temps semble suspendu voir arrêté, nous amène à nous intéresser à la compulsion ou la contrainte de répétition.

Elle est décrite comme le retour du même et, évoque inmanquablement un temps circulaire, qui vise en fin de compte à abolir le temps, celui de la durée, mais pas de la rythmicité. Il semble qu'elle soit pour Green liée à la « mémoire amnésique » du fonctionnement pulsionnel. La contrainte de répétition peut étendre son influence au registre de l'acte. Attachée aux pulsions de destruction, elle s'exerce dans un au-delà du principe de plaisir en abolissant le temps circulaire et n'est plus figurable comme un mouvement qui parcourt le même cercle comme pour ramener à un autre point, mais comme l'arrêt sur un seul et identique point.

Cette variété de contrainte de répétition correspond à celle que Freud a décrite le plus précisément en 1914. Elle est compatible avec la conservation des liens et avec la prédominance de l'activité de liaison sur la déliaison. Elle est rattachable au fonctionnement interne des pulsions sexuelles de la première théorie des pulsions et à celui des pulsions érotiques de la seconde. Elle demeure sous l'égide du principe de plaisir (quête du plaisir et évitement du déplaisir) dans l'inconscient et cherche à provoquer le réinvestissement des mêmes traces mnésiques qui ont été source de plaisir dans l'inconscient, sans se soucier du déplaisir que cela peut susciter dans le conscient. « Dans ce cas, le principe de plaisir est réduit purement et simplement au principe de nirvana (réduction des tensions au niveau zéro) où il est subverti en un principe de déplaisir (quête du déplaisir et évitement du plaisir) qui établit son hégémonie et qui peut développer ses effets jusqu'à la douleur psychique affectée d'une pure atemporalité. Ce n'est plus le retour au même et du même, mais l'installation de l'éternel identique qui renvoie à l'inertie psychique par viscosité, prise en masse de la libido ou par dégradation de celle-ci, par liquéfaction des investissements.

Cette contrainte de répétition mortifère, dont il est difficile de donner une image, pourrait être comparée à la fixation sur un seul point atemporel, qui signe l'arrêt du temps et qui sacre, pour ainsi dire, l'éternité du déplaisir dans une espèce d'omnipotence négative.

Elle anéantit le temps de la durée et celui de la rythmicité, car seul le déplaisir possède le pouvoir de libérer le sujet de tout impact du temps et de toute surprise émanant de ce dernière; contrairement au plaisir auquel le temps met toujours une fin à un moment donné, le déplaisir peut être suscité en tout temps, pour ne pas dire éternellement. »

Cette suspension dans une sorte d'atemporalité serait donc le lieu d'existence d'une souffrance psychique figée, hors du temps, comme une défense face aux effets néfastes de ce dernier.

On peut donc parler de temporalités psychiques au pluriel, comme autant d'inscriptions dans les temps passé, présent et futur.

E. Temporalité et vieillissement

Même si nous partageons des journées communes dans un lieu de vie commun, il va sans dire que le vécu subjectif de chacun, qu'il s'agisse de la journée de travail des soignants ou de la journée des résidents ne rend que très fine la ligne de rencontre du vécu subjectif du temps.

Lors des rencontres avec les patients-résidents, apparaît souvent l'attente. L'attente des soins,

des soignants ou une attente sans but défini qui donne une impression de suspension du temps dans le présent.

C'est ce que souligne Fiat en ce qui concerne l'attente. « (...) le temps ne passe pas de la même manière pour qui travaille et pour qui ne travaille plus, pour qui attend et pour qui n'attend pas. Or il est certain que l'attente est l'une des données essentielles de la vie de nos personnes âgées.

Pouvoir aimer le temps où on a du temps semble alors le fait des plus privilégiés de nos aînés, de ceux que leur richesse personnelle, affective, morale et spirituelle prémunit souverainement des affres de l'attente comme de celles de l'ennui. »

Qu'il s'agisse des personnes encore à leur domicile ou des personnes institutionnalisées, l'auteur rajoute d'ailleurs que « trop nombreuses sont les personnes âgées dont le temps est temps de l'attente plutôt que du loisir: attendre le passage du facteur, attendre la visite de la petite fille, ou celle du Docteur, attendre dans la salle d'attente du médecin, attendre le retour de la douleur lancinante, attendre la mort. Le temps des personnes âgées apparaît alors comme un temps *suspendu*, qui a bien des égards est en décalage avec le temps bousculé de la modernité. Or il est certes possible de jouir de ce temps suspendu, quand on en jouit avec quelqu'un: ce temps suspendu n'est-il pas la condition de ce que Proust appelait le temps retrouvé? Mais trop souvent seules, les personnes âgées ressentent généralement leur suspension comme une attente, et leur attente comme une souffrance, précisément parce qu'il y a dans l'attente une dimension de passivité, d'ignorance et d'impuissance.»

Ce qui caractérise l'attente, c'est ordinairement cette tension vers l'avenir attendu, qui s'accompagne souvent, soit d'une indifférence, soit d'un mépris agacé pour le présent. Comme le dit Nicolas Grimaldi²⁹, « l'attente est manière de s'expatrier du présent en le disqualifiant : parce que le propre de l'attente est d'être uniquement attentive à ce qu'elle cherche et jamais à ce qu'elle trouve, parce que le présent est par définition vide de ce qu'on attend, l'attente le considère généralement comme aussi peu que rien. » Aussi celui qui attend se montre-t-il généralement terriblement injuste à l'endroit du présent! Parce qu'il sait que ce qu'il cherche ne s'y trouve pas, le présent le plus riche lui apparaît comme la pauvreté même, et le temps qui le sépare de l'arrivée de ce qu'il attend n'a pour lui que la morne et agaçante consistance d'un délai « Quoi de neuf aujourd'hui grand-mère ? –Rien... »

L'auteur choisi de terminer son texte par une éloge de la patience.

« La patience n'est pas maîtrise, mais accueil du temps. Elle ne consiste pas à répondre à la puissance du temps par la puissance de la volonté, mais par une volonté de non-puissance. Elle est

29 Grimaldi (2003) cité par Fiat.

manière paradoxale d'attendre, manière de prendre plaisir à l'attente.(...) Etre patient, c'est savoir attendre, c'est se laisser envahir par le temps de l'autre, c'est donner du temps au temps de l'autre. (...) Accueil aimant du présent, vertu qui donne au temps sa chance: voilà ce qu'est la patience. Et si l'attente impatiente nous met à distance de nous-même et fait de tout délai une souffrance, la patience attentive nous réconcilie avec nous-même et fait du délai une source de plaisir, et d'approfondissement. Et même le temps passé dans l'attente de la mort peut-être dès lors un temps pleinement vécu! »

Mais bien au delà de cette patience que l'on peut considérer comme une attente sage, peut-être est-il nécessaire de rajouter qu'une attente est liée à un but qui mettra un certain temps à être atteint. Mais qu'en est-il alors chez les personnes âgées pour lesquelles l'attente a pour seul but la mort. Et entre-temps, l'attente avec l'angoisse de sa dégradation, la peur de la perte de ses capacités. Peut-on dans ce cas s'attendre à la patience comme une vertu?

On peut alors se demander, si le psychisme humain possède les ressources pour « attendre patiemment » dans ce contexte.

N'existe-t-il pas alors des possibles emplois de la temporalité qui permettraient de soulager l'angoisse de la mort au même titre que les mécanismes de défense plus classiquement connus?

Chez les personnes âgées souvent en proie à toutes formes de dépression, on peut se demander si leurs temps vécus ressemblent aux nôtres?

Ce qui apparaît de façon récurrente dans les discours des personnes âgées est un rapport aux temps particulier. Leur avenir les tourmente, le discours amène un lot d'inquiétudes et d'angoisse sur un avenir sombre, fait de douleurs et de dégradation. Plus rien n'est à envisager. Mais comment peut-on alors se placer face à l'avenir si ce qui n'y est vu n'est qu'angoisse? Si plus aucun désir ou possible source de plaisir n'est à espérer alors, que devient l'être si il se considère à venir comme privé de toute possibilité de désirer et donc d'espérer et d'exister?

Le psychisme a-t-il à un âge avancé les ressources pour continuer à être au monde sans espérance, sans avenir?

Qu'en est-il alors de la personnalité, de l'identité? Dans une perspective sans perspective ne devient-t-on pas un être du présent ou du passé? Quel peut-être le rapport au présent et au passé?

Cette curieuse impression que l'on peut ressentir en maison de retraite que le temps est comme figé, suspendu, est-ce seulement une impression ressentie par des personnes de passage qui ne partagent pas les mêmes temps?

Le temps suspendu pourrait-il avoir des avantages dans la sauvegarde du psychisme humain?

De la même façon, les personnes âgées dont le discours en boucle sur le passé dont on entend souvent dire « tu vis dans le passé », cet agrippement au passé a-t-il une raison d'être particulière? S'agit-il de distorsions du temps particulières? De vécus subjectifs du temps et quels en sont les raisons?

Dans son article sur le sens du temps et vieillesse, Fromage (1994) s'intéresse aux distorsions du temps dont il nous dit cela: « Les expériences de distorsion du temps peuvent être décrites dans la monographie psychiatrique. Ainsi dans la pathologie de dépression le temps est vécu comme "une pathétique immobilité, une suspension de l'existence, une syncope...la mélancolie est un arrêt".

Elle est non seulement un figement de l'action mais aussi l'impression pour le malade d'une marche à contre-courant par rapport au temps. Straus (cité par Ey)³⁰ parle de rétro-activité du temps vécu. Apparaît ainsi une forme de cinétique qui se caractérise soit par un ralentissement, voire un arrêt (mélancolie) soit par une accélération (manie) du vécu subjectif de l'écoulement temporel. Citant un schizophrène, Vichon, J. évoque la transformation du présent en éternité: "La pensée se tenait immobile, oui tout se tenait immobile comme si le temps n'existait plus. Je m'apparaissais moi-même comme un être intemporel... comme une formule mathématique". Paradoxalement plus le "maintenant" expérimenté par le sujet se resserre dans l'instant (caractère ponctiforme) et moins le patient "existe" dans le temps (rétraction de l'horizon temporel) mais plus il échappe au temps, à l'histoire, au devenir, à la mort. »

Même si les données collectées portent sur différents aspects de la notion de temps (horizon temporel, perception, estimation...) et appartiennent à divers domaines, elles confortent l'idée que ces expériences réelles ne peuvent pas toutes se résorber, se conceptualiser dans un temps uniforme conçu à partir de l'expérience à l'état de veille. Si la représentation du temps permet d'identifier comme temporels, en qualité comme en quantité, les contenus de conscience qui appartiennent à l'expérience humaine du temps ce modèle ne peut ni occulter ni intégrer une forme d'expérience où le temps est perçu, ressenti, élaboré comme immobile.

La fixation du temps dans le présent pourrait-elle alors être considérée comme une défense? L'auteur dans son paragraphe sur la prépondérance du temps de l'instant fait l'hypothèse que:

« Contre les dangers provenant du passé et de l'avenir qui menace son intégrité, la personne âgée, à l'instar des déportés victimes de la guerre décrits par Baruk³¹ "ne vit plus dans le présent et a aboli

³⁰ Ey (1954) cité par Fromage 1994

³¹ Baruk (1952) cité par Fromage 1994

la continuité du passé vers l'avenir. Cette fixation de toute l'orientation psychologique a des conséquences considérables. Elle fait disparaître l'impression du but et de la finalité de la personnalité ainsi que la valeur même de cette personnalité ».

Pour échapper à cette distorsion vécue entre vieillissement objectif et perception subjective de son vieillissement, la personne âgée tenterait d'échapper au temps. « Une de ces formes de sortie pourrait être l'immobilisation du devenir dans un présent tellement étendu qu'il s'en trouve dépouillé de toute activité. Ce présent non ponctiforme "ne se réduit pas au maintenant car il a une étendue non pas déterminée par l'organisation continue d'événements ou d'états de conscience mais uniquement par des situations extérieures saisies non par bribes, mais dans leur ensemble et auxquels le sujet s'adapte à l'aide de lieux communs ou de généralités dont il dispose encore". La personne âgée vit alors détachée du passé comme de l'avenir tout en maintenant une conduite adaptée aux circonstances momentanées où elle se trouve. C'est un peu comme si "au cours de la vieillesse... semaine et mois se ressemblant dans le train monotone de la vie, toutes ces images se superposent et n'en font qu'une»

On peut donc s'interroger sur l'usage du temps comme défense face à la souffrance chez les personnes âgées. C'est en ce sens que se questionne Porée (2000) lorsqu'il analyse le rapport entre la souffrance et le temps.

F. Troubles de la temporalité

L'auteur interroge d'abord l'altération du sens de la temporalité.

« Ce sont ces altérations que je me propose d'analyser à présent. Je me référerai successivement, pour ce faire, aux quatre descriptions que je viens d'esquisser, dans l'idée qu'elles éclairent de quatre manières différentes et complémentaires l'espèce de catastrophe existentielle que représente toujours la souffrance.

Une formule me guidera, que j'emprunte au trésor de significations déposé dans le langage ordinaire : dans la souffrance, dit-on, « chaque instant dure une éternité ».

La déchronologisation du temps

Dans ce paragraphe, l'auteur pose un premier postulat. Le souffrance est intemporelle, hors du temps. Sa perception perd la dimension de durée qui s'écoule. « Cette formule peut être opposée d'abord à la définition aristotélicienne du temps comme « nombre du mouvement ». C'est peu dire, en effet, que la souffrance ignore le nombre: elle n'est que dans son excès. Elle est l'épreuve d'une *démesure* qui abolit les différences que nous établissons ordinairement, en nous référant à la montre, entre une « durée brève » et une « durée longue », ou, en parlant d'un corps en mouvement, entre sa « vitesse » et sa « lenteur ». Dans la souffrance, la durée la plus courte est identique à la durée la plus longue ; le temps se hâte lentement, il s'attarde sur son propre passage. L'instant se trouve déchu ainsi des deux fonctions que lui attribuait Aristote: celle de diviser et celle de réunir la continuité temporelle. Il faut parler, sans doute, de l'*instant du souffrir*, mais cet instant n'est plus la limite, purement virtuelle, qui sépare deux intervalles de durée: actuel et infiniment dense, il contient pour ainsi dire le temps tout entier. Ce qui passe ne peut plus être distingué alors de ce qui demeure. La souffrance entraîne une *déchronologisation* du temps. Elle est le point où le temps et l'éternité se touchent. »

On pourrait alors faire l'hypothèse qu'une personne âgée dont le présent est figé dans la souffrance, perd la notion de début et de fin et s'engluie dans un instant de souffrance étendu à l'infini.

La réduction du présent à l'instant et la perte de l'évidence du monde

Selon l'auteur, « si la souffrance entraîne une déchronologisation du temps, c'est parce qu'elle altère le sens même du *présent* auquel nous nous référons pour distinguer un « avant » et un « après ». Sans cette référence au présent, on pourrait dire en effet, à l'inverse, que la souffrance réduit le temps à la chronologie. »

Il s'agit à ce moment là pour la personne qui souffre d'un uniforme et insupportable défilé des jours, des mois et des années. « Par « déchronologisation du temps », on devra donc entendre plus exactement *l'absence de différence significative entre « hier », « aujourd'hui » et « demain »*. Or ces différences n'existent, selon saint Augustin, que parce que le présent, privé de consistance

propre, est un mouvement pour se nier: sans cette négation interne, il ne serait pas un présent temporel mais un présent perpétuel. La souffrance ignore cette négation. C'est l'avènement d'un temps sans contradiction. Elle sanctionne l'écrasement de la temporalité tout entière sur ce qu'il faudrait appeler un *présent absolu*. »

L'auteur met en perspective la souffrance et la plainte. Nous relevons ses réflexions à ce sujet car ce qui est souvent donné à entendre chez les personnes âgées est la répétition incessante de certaines plaintes et attribuées à tort au radotage du grand âge. La plainte prend sur le terrain une expression circulaire. La personne se plaint, puis passe par l'expression d'une autre plainte, jusqu'à revenir à la première. Elles portent souvent sur le présent, et donnent à l'interlocuteur une impression de circularité du temps qui revient toujours à son point de départ sans que rien n'ait bougé.

Mais à l'écoute de cette expression de la plainte en forme de boucle, donnant au temps de la rencontre cette même circularité, que peut-on entendre en arrière plan du ressenti subjectif de la temporalité, et que peut-on envisager comme bénéfice secondaire à cette plainte figée dans un présent éternel?

« De cette absolutisation du présent témoigne en particulier la souffrance mélancolique. Dans le célèbre cas Cécile Münch analysé par Binswanger³², la forme circulaire de la plainte reflète la forme circulaire d'une existence tournant sans fin sur elle-même. Cécile Münch a perdu son mari dans un accident ferroviaire à l'occasion d'une excursion dont elle avait eu elle-même l'initiative et elle ne peut plus depuis que répéter indéfiniment: « si je n'avais pas proposé cette excursion... », « si nous n'avions pas pris le train... », etc. Certes, l'existence mélancolique a encore un avenir et un passé, si l'on entend par là le propre d'un être capable de mémoire et d'attente. Mais cet avenir est vide. Et ce passé n'est que l'aliment d'un auto-reproche permanent. À la différence du pessimiste ordinaire, qui en doute encore, Cécile Münch *sait* avec une entière certitude que la perte de l'avenir est déjà réalisée. Que cet avenir ne soit que l'ombre portée d'un passé figé lui-même dans une sorte d'éternité, c'est ce qui fait dire parfois que, dans la mélancolie, ce dernier est devenu le foyer de constitution de la temporalité. Mais le reflux de l'avenir et l'afflux du passé signifient en dernier ressort l'aliénation du présent. Ils signifient la réduction du présent à l'évidence absolue que rien, désormais, ne peut arriver, qui ne serait pas la répétition de ce qui un jour est arrivé et qui fit de l'existence non, selon la formule de Sartre, la « conversion d'un destin en liberté », mais la retombée de la liberté en destin. Il faut parler, sans doute, de l'*événement* du souffrir; mais cet événement nous ferme à tout ce qui n'est pas lui. Il rompt l'unité dialectique du même et de l'autre,

32 Binswanger (1987) cité par Porée 2000

de l'identité et de la différence, de la permanence et du changement. C'est un événement *absolu* donné dans l'*évidence absolue* d'un *instant absolu*. Une mère en deuil a rendez-vous avec une amie; elle la retrouve au lieu dit elle partage son repas; elle rentre chez elle: rien n'a changé, rien n'est arrivé. Une seule chose, une fois, est arrivée, et elle est arrivée une fois pour toutes. »

L'effondrement du projet et la suspension de l'être-pour-la-mort

On pourrait alors expliquer pourquoi certains patients se plaignent que le temps est long, trop long, que la souffrance est si étendue qu'elle en devient innommable, qu'aucun mot ne peut traduire cette souffrance suspendue à ce qui paraît être paradoxalement une éternité douloureuse du présent.

« C'est en quoi précisément *la souffrance n'est pas l'angoisse*. Elle ignore la fuite que la mort suscite originellement contre elle-même. Freud remarque que la douleur – distinguée dans ce cas du simple déplaisir – pénètre par effraction dans l'économie subjective et correspond en elle à une immobilisation générale des énergies disponibles. Le sentiment qui domine alors le sujet est celui de quelque chose qui ne se terminera jamais. Souffrir, c'est souffrir sans fin. Comme le temps de l'ennui, le temps de la souffrance est un *temps sans échéances*. »

On peut souvent entendre les personnes âgées dire leur souffrance de n'être pas en capacité physique de mettre fin à leurs jours, d'amener de façon plus ou moins voilée le sujet de l'euthanasie pour ne pas à avoir à subir l'interminable et douloureuse attente de la mort. Alors figer le temps vécu dans un présent presque éternel mais qui ne répond pas aux espérances de la personne âgée pourrait expliquer la souffrance intemporelle souvent exprimée.

Mais pourquoi alors figer le temps dans un présent de souffrance? A quoi de si terrifiant, la personne peut-elle vouloir échapper pour arriver à accepter de payer le prix d'une souffrance éternelle?

Est-ce à l'idée de sa propre finitude que la personne âgée essaie d'échapper en abolissant tout écoulement temporel, en annihilant toute possibilité d'avenir?

Et pour échapper à la souffrance éternelle, le seul moyen est peut-être d'en venir à souhaiter que la mort y mette un terme. Dans ce cas, la mort attendue ne doit peut-être pas être considérée comme un véritable désir de mort mais comme la conséquence en après-coup d'une défense dysfonctionnelle?

De façon caricaturale, et encore une fois circulaire, la personne fuit l'idée de sa mort, elle fige le temps dans le présent, le présent est source de souffrance, une souffrance tellement étendue temporellement que la seule façon d'y mettre un terme est de désirer la mort.

Comme l'explique l'auteur: « C'est ce temps sans échéances qui rapproche la souffrance du désespoir. Kierkegaard l'a montré : nous désespérons moins de mourir que de ne pouvoir mourir. Calypso, qui ne pouvait se consoler du départ d'Ulysse, se trouvait malheureuse d'être immortelle. L'enfer n'a pas par hasard été conçu traditionnellement comme le lieu de la damnation éternelle : il est l'insupportable et irrémédiable attachement de la *vie* à elle-même. À l'homme qui souffre, la mort n'apparaît donc pas comme la première impossibilité mais comme la dernière possibilité. En destituant l'avenir de sa fonction constitutive, la souffrance destitue la mort de sa signification définitive. La mort, autrement dit, *n'apparaît plus en elle comme le sens ultime de la temporalité.* »

Comme nous l'avons traité plus haut, ce que nous pouvons aussi observer, c'est le discours répétitif et plaintif, comme cloué, figé dans le présent de certains patients âgés.

La souffrance qu'ils abordent est actuelle, répétitive, dans une plainte circulaire qui revient en boucle, allant parfois jusqu'à faire perdre la notion du temps à l'interlocuteur. Mais d'un point de vue de la rencontre thérapeutique, comment le psychologue peut-il comprendre cette boucle temporelle pour la travailler si nécessaire avec son patient pendant le temps de la rencontre?

C'est ce que traite l'auteur dans le paragraphe sur l'éclatement du récit et la disjonction des temps.

« L'apparence narrative du discours de Cécile Münch ne doit pas tromper : ce qui est arrivé un jour est arrivé pour toujours de telle manière que rien, après ce jour, ne peut plus arriver et que rien, avant lui, n'était vraiment arrivé. Une narration réduite à un seul événement n'est pas véritablement une narration. L'ordre linéaire du récit n'est pas la forme circulaire de la plainte. Et pourtant...

Et pourtant n'y a-t-il pas, dans la plainte elle-même, un *effort* pour raconter et pour inscrire dans une trajectoire cohérente l'événement insensé du souffrir? »

Le paragraphe suivant illustre l'idée qu'il est possible pour le clinicien, d'ouvrir une brèche dans cette temporalité figée dans la rencontre avec la personne âgée pour lui permettre d'une part un travail sur cette temporalité afin de remettre en route un éventuel mouvement psychique.

La perspective d'un possible dans un présent figé

L'auteur nous raconte le cas Bruno Brandt analysé par Binswanger dans l'ouvrage déjà cité. Ce patient a l'intention de se pendre avec ses bretelles dans la forêt mais, au cours de ses préparatifs, il aperçoit une belette et se dit: « Tu n'as encore jamais vu de belette, donne-toi le temps. » Il observe l'animal une dizaine de minutes, constate que son intention suicidaire n'est plus aussi pressante et retourne à la clinique où il était suivi. Binswanger remarque que, « si nous sommes enclins à dire que "la vie" a ici remporté la victoire sur la mort », c'est que quelque chose a, pour la première fois depuis longtemps, « réussi à captiver toute l'attention du malade », et lui a fourni un « point d'ancrage » auquel il s'est « cramponné comme un noyé » et qui lui a permis d'exister à nouveau. Il faut demander cependant ce qui a permis qu'un tel ancrage fût trouvé; il faut demander, autrement dit, ce qui a permis à l'animal de jouer son rôle libérateur. Ce qui l'a permis, c'est l'ouverture, *à l'intérieur même du présent absolu dans lequel s'enferme l'existence mélancolique, d'une perspective et, par là, d'une attente et d'une croyance indéterminées*: celle que quelque chose pourrait encore arriver, qui rendrait la vie à nouveau possible. Que cette ouverture n'ait pas la forme de l'anticipation, qu'elle ne soit pas l'ouverture « extatique » d'un projet, c'est ce qu'implique la caractérisation première de la souffrance comme une altération radicale de cette dernière. Elle est *ouverture passive à l'inanticipable.* »

G. Une réinscription possible dans son historisation?

Le clinicien comme guide de la restitution du sens

« Mais comment articuler les mouvements apparemment inverses de la révolte et de l'espérance? Il suffit peut-être, pour ce faire, de remarquer que la révolte, loin d'être purement négative, est elle-même la conjonction d'une négation et d'une affirmation. Camus l'a montré : « l'homme révolté » dit à la fois non à ce qui est et oui à ce qui doit être. Au point aveugle où s'immobilise l'existence, où se ferme le monde et où s'abîment les significations, il réclame une nouvelle institution du sens. *C'est la révolte elle-même, ainsi, qui donne carrière à l'espérance.* La

plainte en témoin: pure expression d'une pure impossibilité, elle a d'abord, sans doute, le sens d'un *refus*; mais la parole y survivrait-elle à sa propre ruine, si elle n'avait aussi la forme de l'*invocation* et ne confondait dans la même adresse l'effort impuissant du sujet pour être soi et la conscience de ne le pouvoir que par le secours d'un autre que soi? »

Se laisser guider par le patient dans l'exploration de son vécu temporel, tenter de le comprendre, mettre en perspective la plainte dans la temporalité, peut permettre au clinicien d'explorer avec son patient la ou les significations de ses vécus du temps pour tenter de remettre en sens et en mouvement ce qui s'était alors figé.

Alors comment concilier dans une prise en charge thérapeutique ou de soutien une remise en mouvement d'un présent figé dans la souffrance pour un avenir envisagé comme porteur seulement de souffrance. On peut se demander quel serait alors le bénéfice pour la personne âgée de créer une brèche dans le présent qui la conduirait vers l'avenir si celui-ci ne peut être envisagé que dans le déclin et la mort de l'être?

Certains auteurs ont analysé dans ce contexte, que la douleur d'un avenir peut-être pondéré par la filiation ou l'absence de filiation.

Déposer dans l'autre quelque chose de soi reviendrait à détourner la mort en continuant à exister à travers l'autre.

Le thérapeute pourrait alors « ouvrir » un lieu de dépôt en lui. La personne âgée sans descendance viendrait alors y déposer d'elle, continuant à exister dans cet autre, ce qui pourrait remettre en mouvement un vécu temporel figé et diminuer la souffrance du présent ou celle de l'avenir. Il est donc intéressant de se pencher sur les analyses et théories qui se rapportent à la transmission de soi. En effet, nous avons remarqué que lorsque les patients âgés figent leur discours sur la plainte du présent, il est très difficile d'obtenir un discours sur leur passé. Certains patients s'y refusent catégoriquement ce qui ne permet d'avoir accès qu'à de très rares éléments d'anamnèse, et d'histoire de vie soit, de son historisation.

Transmission et filiation

Pour se faire nous allons emprunter les apports de M. Membrado ainsi que de D. Quinodoz au sujet de la filiation et de la transmission.

Dans son article intitulé « Les expériences temporelles des personnes âgées, M. Membrado explique que « cette expérience, le plus souvent positive, consiste, à travers le don d'objets ou la transmission d'une passion à reconnaître le temps écoulé comme nécessaire à l'accomplissement de la vie, comme porteurs de valeurs qui ne s'épuiseront pas avec la mort. Dans cette transmission, la référence au passé et aux multiples liens qui composent une vie permet aux personnes du grand âge de « se rassembler », de constituer de soi une image cohérente qui puisse donner du sens à sa vie, une manière d'assurer son intégrité face à l'irréversibilité du temps. »

Le récit de soi à la vieillesse manifeste un certain nombre de caractéristiques qui sont présentes de manière générale au cœur de l'identité narrative: le procédé réflexif de l'identité est inséparable de sa mise en récit, de sa mise en intrigue, dirait Ricoeur qui définit ainsi l'identité narrative:

La compréhension de soi est une interprétation qui trouve dans le récit une médiation privilégiée; cette dernière emprunte à l'histoire autant qu'à la fiction, faisant de l'histoire d'une vie, une histoire fictive ou, si l'on veut, une fiction historique.

Cette volonté et cette capacité, certes inégalement réparties socialement, répondent à la nécessité de reconnaître le temps écoulé et de se situer sereinement dans une histoire familiale ou collective.

La reconstruction narrative de soi peut consister à donner une image valorisante de soi et le plus souvent à se définir comme « autre que vieux ». Le recours au passé dans la mise en récit est une manière de mettre en scène les multiples faces de son identité, les multiples fragments de sa vie qui rendent compte d'une trajectoire où l'« être vieux » ne représente qu'un moment de son histoire. C'est ce qui est exprimé par cette dame, sur un ton enjoué : « Oui, j'en ai fait des voyages, si je vous le disais, vous ne le croiriez pas! »

Cependant, il y a un risque à n'envisager la construction identitaire des vieilles personnes que sous le registre du rappel du passé. L'intérêt pour la question de la mémoire et des processus de réminiscence chez les personnes en fin du cycle de vie peut conduire à leur « éjection » de la scène présente, comme si elles faisaient déjà figures révolues. Perçues comme « bibliothèque » ou comme transmetteurs d'une histoire passée, les personnes âgées seraient invitées à désertier le monde présent. Pourtant, tous et toutes ne se définissent pas dans la transmission, qui est une façon de reconnaître le temps écoulé. »

En effet s'inscrit dans sa propre histoire en la revisitant et en se l'appropriant revient à

reconnaître le temps, la vie passée et donc aussi le temps qu'il reste à vivre. Or pour cela, on peut supposer qu'il faille des ressources suffisantes pour envisager l'idée de sa propre finitude.

Chez les Birman, dans les prisons, les prisonniers se poussent, sans lever les yeux vers le condamné à mort qui traverse la cour. De cette façon, l'homme sur le point de mourir voit sa souffrance diminuée de quitter le monde en étant déjà plus qu'une ombre.

Peut-être que de la même façon, se cacher du monde, en ne donnant aucun accès à son histoire personnelle, permet de se faire oublier et à la façon des Birmans de disparaître en étant déjà une ombre.

Il semble que certains processus psychiques comme l'inscription dans la temporalisation (selon la définition de Laplanche), aient pour fonction de rendre moins douloureuse la disparition du monde pour les personnes âgées.

Que mettre alors en place dans sa pratique pour faire émerger de la boucle temporelle de la souffrance et de la plainte, un travail susceptible de permettre à la personne âgée de construire ou de reconstruire son histoire?

Comme le souligne J. Gaucher dans l'article « Bilan de vie et travail psychique de l'après-coup, l'expertise des vieux » (2009), « ce que Balier appelle le « bilan de vie », ce que Quinodoz comprend comme le « travail du vieillir » montrent un intérêt particulier à la fonction du passé chez les personnes âgées. Ces concepts convergent selon lui vers « cette reconnaissance d'un mouvement psychique complexe qui intègre une trajectoire de vie, qui n'était pas encore intégrée et cela sur un dispositif valorisant qui permet, comme le proposait Balier, à l'idéal du Moi, de consolider un Moi en fin de parcours, un Moi en prise avec des problématiques fortes de détachement d'avec le monde objectif, de séparation d'avec les investissements d'objets accomplis jusque là. »

Dans son article « Psychothérapie de personnes âgées: le point de vue d'une psychanalyste » Danielle Quinodoz questionne ce que veut dire reconstruire sa propre histoire interne.

« La plupart des personnes âgées expriment, le plus souvent de façon latente, cette même demande, lorsqu'elles s'adressent au psychanalyste: elles aimeraient porter un regard sur l'ensemble de leur histoire personnelle interne afin de pouvoir situer la fin de leur vie dans la trajectoire totale de leur propre vie. Elles ont besoin de trouver une cohérence intérieure à leur existence. »

Pour cela il ne suffit pas de juxtaposer simplement les événements de sa vie pour en faire une histoire; il s'agit d'en faire une histoire totale qui ait un sens. Cette histoire totale est ressentie comme un tout dont le sens est modifié par chacun des moments qui la constituent, et dont chaque moment voit son sens se modifier au fur et à mesure que l'histoire totale se crée. Cela nécessite de

quitter en fantasme le plan linéaire de la répétition événementielle du quotidien, sans pourtant le perdre de vue, pour prendre de la distance et considérer la totalité de sa propre histoire telle que chacun peut la reconstruire pour soi-même.

Il arrive souvent qu'une personne âgée nous dise: «Tous les jours se ressemblent, rien ne se passe, à quoi bon vivre?» Il s'agit d'une forme de réaction dépressive qui consiste à figer le temps et l'espace. Des actes répétitifs de la vie sont alors vécus comme dépourvus d'utilité ou de signification, et sans évolution avec le temps. Cela fait penser à une personne qui pédalerait sur place et ne s'intéresserait qu'à son pédalage, alors qu'une autre personne pourrait accomplir les mêmes mouvements de pédalage avec une bicyclette qui avancerait, et en pensant à l'ensemble du voyage, ce qui changerait tout.

Il y a des moments où le voyageur de la vie, surtout en fin de vie, oublie qu'il est en train de faire un voyage; il a quitté la vue aérienne du trajet: il ne voit plus que la juxtaposition d'instantanés répétitifs. Il a alors parfois besoin de l'aide d'un psychanalyste ou d'un psychothérapeute pour considérer l'ensemble du voyage, pour reconstruire sa propre histoire interne.

Le besoin de trouver une cohérence à sa vie peut s'intensifier au moment de la quitter car c'est une façon d'en prendre possession. Je pense, en effet, qu'il est difficile de céder sa place avant d'en avoir trouvé une, de quitter la vie en paix avant d'avoir le sentiment d'en avoir une, de terminer son histoire interne avant qu'elle soit devenue une «histoire totale», la sienne. »

Fantasme d'infini, fantasme d'éternité

Cela nous amène à distinguer chez nos patients deux types différents de représentation du temps que j'ai appelés fantasme d'infini et fantasme d'éternité (Quinodoz, 1994).

Le fantasme d'infini se rapporte à une représentation d'un temps monotone où rien de marquant ne se passe et qui donne une illusion de temps sans fin, infini. Il suscite la passivité car la répétition monotone donne l'illusion que le futur pourrait être repoussé si loin qu'il n'y aurait plus de mort.

Ce fantasme du temps sans fin est bien différent de ce que j'ai appelé fantasme d'éternité, qui, lui, ne fait pas un déni du caractère limité de notre durée de vie. Nos patients nous parlent de cette expérience lorsqu'ils vivent des moments intenses où ils ont le sentiment de toucher à une autre dimension temporelle: par exemple lorsqu'ils éprouvent le choc de la beauté, de l'amour, de la

joie, de l'art mais parfois aussi de la souffrance psychique. Le patient prend en compte alors une dimension temporelle qui lui permet d'embrasser d'un seul regard, ou plutôt dans un seul instant, tout ce qui est vécu dans la durée, et de percevoir en même temps sans les confondre, passé, présent, et projets futurs. Je veux souligner que cette vision d'un «temps total» ne correspond en aucun cas à «la vision de Dieu»: elle est une expérience bien humaine. Je pense à un homme âgé qui sortait de la salle de réanimation après une grave alerte cardiaque: de sa fenêtre il apercevait un petit coin du lac; il me disait, ému et émerveillé: «Regardez! C'est tellement beau, un bateau qui passe!» Il avait besoin que j'éprouve la profondeur de l'expérience qu'il faisait: capter dans le présent un peu de beauté qui dépasse le temps sans le nier. Il touchait alors à ce que j'appelle le fantasme d'éternité et non plus au fantasme d'infini (un temps sans fin). J. Prévert a pu ainsi parler de la petite seconde d'éternité qui condense dans une seconde présente, toute la durée, avec son début et son futur, sans les confondre. Il s'agit d'une seconde précise, mais vécue dans un temps d'éternité qui réunit le début et la fin. C'est une expérience que nous faisons avec nos patients en analyse dans les moments d'insight. Il s'agit de quelques moments privilégiés au cours d'une analyse lorsqu'une interprétation permet une prise de conscience ancrée dans l'instant présent, qui éclaire le passé et le futur et donne un sens à l'ensemble. »

Les fonctions du passé dans la vie psychique des personnes âgées

Etudier de plus près les possibles fonctions du passé, a pour but de permettre de mieux comprendre le rapport ou les rapports des personnes âgées à leur passé. En effet, dans la pratique on rencontre des patients qui refusent parfois catégoriquement d'aborder leur passé.

A l'inverse, certaines rencontres sont l'objet d'un retour massif sur le passé, avec autant de questions laissées en suspend qui reviennent sur le devant de la scène psychique comme une ultime chance de tenter de les réinscrire dans une histoire de vie?

Quel regard peut-on porter sur ces rapports si différents au passé et en quoi peut-il aider à la prise en charge de certains patients?

C'est autour de la question plus précise des rapports au passé que les auteurs suivants vont nous aider à appréhender plusieurs questions.

Tout d'abord autour de l'intérêt du travail d'élaboration autour du passé, gage de santé psychique, que Jacques Gaucher et all exposent.

Il s'agit pour eux d'une exploration tardive de la mémoire autobiographique qui permet comme le stipule Guillaumin en 1981 à la personne âgée de resignifier son passé.

L'auteur s'interroge si le retour d'un intérêt pour son passé est chez la personne âgée un simple repli nostalgique ou un réel travail de construction et d'élaboration psychique.

Le postulat de base est que la personne âgée est en prise avec une question fondamentale qui est celle de sa propre mort. Chez les personnes âgées, la question de la mort s'inscrit dans une logique du temps qui est imparable.

« A les entendre, il n'en est pas de même. Certaines personnes âgées revendiquent la mort, l'attendent et la souhaitent. Elles ne sont pas dépressives mais demandent que s'accomplisse ce moment ultime de leur vie. Dans ce même mouvement de demande, cette mort comme « bout du chemin » elles la craignent et la science semble n'être pas en mesure d'y répondre. Les personnes âgées vivent au quotidien cette présence de leur mort comme terme légitime, parfois surprises, souvent décontenancées, face à laquelle elles cherchent à se situer, à comprendre le sens de tout cela. »

Ce constat appuie l'hypothèse que nous avons énoncé plus haut qui consiste en l'attente et le désir de mort pour venir rompre la circularité de la souffrance dans le temps présent.

C'est pour cela que quand certains figent le présent, d'autres font appel à une temporalisation différente comme nous l'explique l'auteur.

« Si la mort est une capacité à signifier la vie, elle n'en reste pas moins une source d'angoisse liée à l'inconnu, à la solitude de l'extrême, et constitue en ce sens un réservoir d'angoisse et de peurs. La mort au bout du chemin est déprimante (Cappeliez, 2000). La personne âgée peut-elle prendre le risque de la dépression et y sombrer? Certaines s'y perdent, d'autres se positionnent autrement. Elles tentent de resignifier leur vie et leur identité en faisant appel à leur passé. Elles le convoquent, le considèrent, le ré-explorent et tentent de le redéfinir dans le but de construire le sens de leur vie. Balier, Guillaumin, Quinodoz & Gaucher ont exploré cette psychodynamique de l'âge avancé et ont retenu de ces mouvements psychiques certaines particularités propres à la vieillesse. »

La visite de son propre passé, passe donc par un travail de transmission par un travail de mémoire.

Le retour sur le passé, un gage de développement de soi?

Que l'on parle de bilan de vie, de travail du vieillir ou que l'on fasse appel à d'autres

concepts, il s'agit pour la personne âgée de faire un retour plus ou moins spontané et attendu sur son passé. En effet, le passé fait retour. Il est parfois envahissant, obsédant. Il se présente avec ses moments glorieux et d'autres plutôt, voire franchement, traumatiques. Ce passé mémorisé, que la personne âgée croyait oublié parfois, s'impose au quotidien et interroge le présent de la personne âgée.

Certaines traces de ce passé sont particulièrement narcissisantes parce qu'elles évoquent des exploits, des réussites, des joies et satisfactions attendues dans un parcours de vie. Souvent soumis à un travail de mémoire qui a su habilement déformer les traces initiales, les contenus de la mémoire cherchent à répondre à un besoin de ressourcer le narcissisme de la personne âgée. De fait, vieillir aujourd'hui et dans notre culture n'est pas en soi un facteur de valorisation personnelle. Comment compenser ce déficit narcissique sinon que d'entreprendre une valorisation du passé en le resignifiant, en lui donnant une dimension d'après-coup qu'il n'avait pas auparavant.

La fonction de l'après-coup est connue en psychologie clinique comme étant la chance que le Moi se donne d'une élaboration psychique des éléments insuffisamment élaborés, tels les traumatismes, pour en faire une contribution à la construction de l'identité, à l'émergence d'un Soi unifié qui présiderait à la destinée du sujet.

Ce retour massif du passé, chez la personne âgée, peut s'entendre comme une sorte vicariante d'un présent trop pauvre, d'un futur privé de toute perspective. Nous proposons, à la lumière de la clinique, de le comprendre comme un mouvement psychique dont l'essence même est la capacité, d'une part, à assurer la valorisation du Moi en déplaçant l'Idéal du Moi du futur (comme c'est le cas pour le plus jeune) pour le loger dans le passé, chez l'âgé.

22Par ailleurs, le retour du passé conduit à un retour des éléments traumatiques non élaborés qui attendent parfois depuis plusieurs décennies d'être pris en compte et de trouver leur place dans un « tissu identitaire » qui nécessite d'être consolidé pour affronter l'échéance qu'est la mort de la personne. »

Le clinicien peut donc parcourir ce chemin avec son patient, se poster pendant le temps de la rencontre à des points de vue sur les temps et rapports aux temporalités que lui présente le patient avant de choisir le chemin à parcourir par la suite.

Par un solide étayage du clinicien, il est possible de créer un cadre dans le présent de la rencontre, qui soit résistant aux attaques temporelles comme le présent qui se crispe ou le refus d'aborder le passé.

Le clinicien pourra alors venir offrir dans ce cadre une possibilité de dépôt de parts de son patient

en en passant par la visite de son histoire.

J. M. Talpin (2003) s'interroge également sur l'impératif de la transmission psychique tardive chez le vieillard sans enfant.

On peut alors se demander pourquoi certains patients présentent des résistances à ce travail de dépôt en l'autre. Pour se faire nous allons nous intéresser à ce que l'auteur nomme la transmission au négatif, la filiation et l'affiliation.

Le postulat de l'auteur est que ce qui se manifeste par un refus de la transmission peut en fait suggérer un refus de la filiation.

« La configuration dans laquelle ce refus de la transmission dans les générations se repère dans notre clinique renvoie principalement à des patients âgés sans enfant qui, lors d'une hospitalisation, rejouent transférentiellement ce refus en s'opposant à toute communication avec les soignants. Les dynamiques sous-tendant ce comportement peuvent être fort diverses, allant de la dimension persécutoire à la dimension hystérique.

Dans les dispositifs cliniques avec les personnes âgées, comme avec les enfants ou les adolescents, la différence d'âge, de génération, perceptible dans la réalité, provoque des effets qui vont de sa négation (ainsi d'une patiente âgée de vingt ans de plus que moi qui mit ses confidences sous le signe de notre âge identique qui était pour elle une garantie de ma compréhension) au transfert parental ou au transfert filial. Comme tout autre indicateur de la réalité, la question de l'âge n'est pas évoquée dans toutes les situations cliniques avec les sujets âgés. La mobilisation de cet axe de différence est un indicateur de ce qui organise transférentiellement la relation, le clinicien étant alors pris dans un transfert filial, l'âgé l'investissant en tant qu'il est (ou serait) de la génération des enfants ou, *a fortiori*, des petits-enfants qu'il n'a pas eus. Nous sommes alors dans un processus narcissique d'affiliation transférentielle de l'autre qui permet en outre de réduire ce que son altérité pourrait avoir de menaçante. Cette affiliation transférentielle est délicate à mettre en travail car elle renvoie le sujet âgé à sa propre finitude et à la problématique de la disparition, non seulement de soi, mais aussi de toute trace de soi dans l'autre faute de descendance pour assurer cette fonction d'inscription et faute de l'investissement d'objets de substitution tels que nièces, neveux, amis... À cet égard, cet article, en particulier avec les évocations cliniques qui vont venir, témoigne, du point de vue du patient, d'une réussite transférentielle puisqu'il demeure vivant dans ma pensée, dans mes propos, que la transmission se poursuit par d'autres voies. En miroir est aussi potentialisée chez le sujet âgé la question du devenir chez lui de ce dont il a hérité : c'est une question centrale pour ces

personnes âgées sans descendance directe qui ne se sont donc pas acquittées de la « dette de vie », sauf à en déplacer les enjeux sur des proches, voire sur le thérapeute. »

Alors d'où peut émaner ce refus? Quelle est la fonction du refus?

« Si l'on postule (nous y reviendrons) que le fait de ne pas avoir eu d'enfant manifeste le refus de s'acquitter de la dette de vie en transmettant celle-ci, on voit dans ces transferts de transmission sur le thérapeute une modification de la position psychique du sujet par rapport à cette question, du fait de la proximité (réelle et/ou fantasmée) de sa disparition. En effet, le sujet semble tardivement s'inquiéter de rester sans descendance dans laquelle inscrire sa mémoire et il investit alors le thérapeute comme objet de substitution. »

Lorsque le sujet âgé ne peut transmettre certains aspects de son psychisme aux générations ultérieures (ce qui renvoie tout à la fois à un défaut d'existence de l'enfant et à un défaut d'investissement de figures du remplacement), la question du futur en lien avec l'idéal du moi et donc avec le narcissisme, d'un futur dont le sujet peut s'envisager absent, vient le solliciter. Faute d'un futur dans lequel s'inscrire en étant porté par un autre, le passé, les représentations-souvenirs du passé risquent soit de disparaître dans l'engloutissement mnésique démentiel, soit de faire collapsus avec le présent, ce que l'on rencontre dans les démences, dans les épisodes confusionnels mais aussi dans la nostalgie qui constitue l'une des pathologies du deuil.

Ce refus radical n'apparaît que rarement comme tel dans les discours des sujets âgés ; ce qui se donne à entendre est plutôt de l'ordre de la plainte ou de la soumission à une supposée fatalité (en fait fatalité de la répétition psychique). »

Comme nous l'avons indiqué plus haut, un cadre résistant aux attaques semble être une condition sinéquanone à l'établissement de la transmission dans le cadre du transfert. L'auteur en parle en disant que « le dispositif psychothérapeutique, dès lors qu'il s'offre comme espace potentiel pour le transfert et donc pour la transmission, n'est pas pour autant seulement un espace de transmission psychique du préexistant mais aussi, dans les cas suffisamment favorables, de transformation de ce préexistant psychique, transformation qui passe en particulier par la mise en récit de sa vie, par un nouveau tissage qui tend à la totalisation, à la mise en cohérence du sens d'une vie. »

Pour l'auteur, il s'agit davantage d'un relais pour « trouver chez le thérapeute un contenant qui ne soit pas défectueux du fait de la démence, un contenant qui ne soit pas, pour le sujet âgé, affecté de l'indice de la mort, ce qui renvoie une fois encore à la différence générationnelle entre le patient et

le thérapeute et, enfin, un contenant qui permette d'échapper à la répétition des expériences primaires négatives de la contenance maternelle.

Dès lors, il n'est pas étonnant que le clinicien soit particulièrement sollicité comme objet-clé par les sujets sans descendance qui se pensent à l'ombre de leur propre disparition. En effet, ces sujets seraient, sinon, condamnés à un travail strictement endopsychique intenable car beaucoup trop violent. Le psychothérapeute, mis en position d'enfant (plus ou moins idéal) qui survivra (du fait de son âge mais aussi, dans un autre registre, du fait de sa résistance aux attaques inconscientes du sujet âgé), devient le dépositaire d'une partie du narcissisme de celui qui peut ainsi envisager sa propre disparition, au moins partiellement. »

Pour conclure, l'auteur indique que selon lui, dans l'absence de descendance chez la personne âgée, la dette de vie se joue comme un échec car n'ayant pas été acquittée. Pour compenser ce qui peut donc être vécu comme un échec, apparaît la possibilité pour le patient d'exister au-delà de soi-même dans les générations et ce, dans le rôle de substitut que peut jouer à ce moment là le clinicien.

L'auteur propose de s'arrêter sur la mobilisation tardive de la transmission au regard de la dette de vie. « *La vie n'est peut-être pas un cadeau gratuit mais porte en soi l'exigence de transmettre ce qui a été donné* » écrit M. Bydlowski qui ajoute que « *le don de vie est à la fois promesse d'immortalité et de mort* ». Il est donc possible d'envisager la transmission comme double buttée, originaire et terminale, du sujet. En effet, « *pour que la transmission se pense comme une buttée structurante à l'infinitude omnipotente du moi, elle doit se représenter autrement que comme une blessure narcissique ou comme l'horreur d'être né* ». Cependant, à la fin de la vie, la transmission n'est possible qu'à condition que le sujet accepte suffisamment ce qu'il doit aux autres, la perspective de sa propre disparition et que d'autres lui survivent. »

La transmission peut donc être pensée comme une formation de compromis entre la connaissance préconsciente de la mort propre et la non-existence de celle-ci dans l'inconscient: continuer à exister, mais hors de soi.

S'établit alors une circularité positive: le sujet âgé ne dépose/transmet ses bons objets qu'à des objets eux-mêmes vécus comme suffisamment fiables et ceux-ci sont de fait renforcés dans ce qui faisait leur fiabilité. Le clinicien se retrouve alors souvent dans une position de maternage auprès du sujet âgé qui, en retour, se propose comme modèle identificatoire étayant pour le thérapeute qui lui survivra: « *Vous penserez à moi, plus tard, lorsque vous rencontrerez ce que je rencontre actuellement, vous vous rappellerez ce que je vous ai dit.* »

Doucet (2009), met en lumière dans son article, l'articulation entre l'abord des souvenirs d'enfance chez le sujet âgé, dans son rapport à la mémoire, dans une reconstruction subjective qui ne met pas en exergue les possibles lacunes de la mémoire mais la richesse de l'individualité de la reconstruction.

« Le rapport au temps est subjectif et sa représentation varie au cours de l'existence. L'avancée en âge et le sentiment de proximité avec sa propre fin confrontent le sujet à une temporalité nouvelle qui ne laisse pas l'être au repos. » Objet d'étude de nombreuses disciplines scientifiques, le temps est un outil majeur des sciences dures mais aussi un concept central de la pensée philosophique, de la psychologie et de la psychanalyse. La revue de la littérature laisse entrevoir le plus souvent une considération du temps psychique calquée sur la temporalité biologique du vieillissement, ou encore une temporalité psychique en étapes successives sous la forme par exemple des étapes du mourir. Prenant ses distances avec ces conceptualisations, la psychanalyse fait valoir l'existence d'un autre temps, appelé temps logique, susceptible d'être modulé, précipité, par la perspective d'une fin proche. Cette contribution se donne pour objectif l'étude du lien entre la tension temporelle et le recours aux souvenirs d'enfance chez le sujet âgé. Dans cette perspective, la mémoire n'est pas envisagée relativement à ses performances – bon nombres de travaux font valoir un déclin de la mémoire avec le vieillissement qui se traduirait pas l'observation de failles, de trous dans la reconstitution de leur histoire de vie – mais comme mémoire subjective qui implique que l'examen des souvenirs d'enfance à l'aube de la fin de vie par le travail de la parole ou de l'écriture modifie le sens et l'agencement des événements passés. »

« L'histoire n'est pas le passé. L'histoire est le passé pour autant qu'il est historisé dans le présent [...] ce dont il s'agit c'est moins de se **souvenir** que de réécrire l'histoire ».

Ce sont ces traces signifiantes qui sont convoquées lors de l'évocation par le **souvenir**. Cela est rendu possible par le fonctionnement du signifiant évoqué précédemment, que le mécanisme de régression illustre parfaitement. Le lecteur conviendra que la régression n'existe pas dans la réalité. « Voyons-nous jamais quelqu'un, un adulte, régresser vraiment, revenir à l'état de petit enfant, se mettre à vagir ? ». Il y a régression sur le plan de la signification et non sur le plan de la réalité. L'émergence des souvenirs d'enfance consiste en la remémoration des événements passés et en leur modification par leur réactivation dans le présent. Moyennant quoi, chez le sujet âgé, le travail de la mémoire traduit à la fois la continuité du **souvenir** – l'inscription dans son histoire – mais aussi sa discontinuité qui est l'effet des ré-interprétations. La mémoire subjective n'est pas un savoir transparent, un contenu figé, objectivement transmissible. Elle relève à la fois de la répétition, ce

qui insiste à se dire – « toujours la même chose » lié aux traces de l'enfance – et de ce qui paradoxalement fait trou – l'indicible – et fonde la possibilité même de l'introduction du nouveau dans l'examen des [souvenirs](#).

Ayant entraperçu l'espace d'un instant le raccourcissement du temps qui reste à vivre, le sujet vieillissant est conduit à un nouvel abord de sa mémoire. Si celle-ci se révèle incertaine – hors étiologie neuronale – c'est parce qu'elle se construit toujours à la fois du même et simultanément du nouveau. Le sujet âgé est contraint à l'exercice de ses mémoires, faites de traces, de souvenirs qui s'entrelacent mais aussi de trou, d'oubli, et il s'agit non pas tant de se souvenir que de réécrire l'histoire. Réécrire l'histoire c'est mettre en jeu une modalité de l'acte du sujet qui prend position par rapport à ce qu'aura été son existence. Il s'agit pour le sujet d'advenir au-delà de ce qui l'aura précédé.

Conclusion

Ainsi, le chemin que nous avons parcouru d'un point de vue théorique va nous aider à éclairer certaines rencontres marquantes dans la pratique de terrain.

Les conceptions sociologiques permettent de situer la personne âgée et son rapport aux temps dans un contexte social qui est celui de l'institution où il réside et dans laquelle les temps des soignants et ceux des résidents sont aux antipodes.

Ce constat amène à une première réflexion qui est que le temps du clinicien n'est pas non plus celui de la personne âgée et que la véritable rencontre avec son patient tient à tenter de comprendre son rapport au temps, en se laissant guider par ce qu'il en dit.

Les conceptions philosophiques, psychologiques et psychanalytiques amènent à une réflexion sur le vécu du temps.

Le temps, autant qu'il est partagé parfois, et le vécu subjectif de chacun.

Elles nous amènent à nous interroger sur l'inscription temporelle des personnes âgées institutionnalisées.

La temporalité dans le contexte du vieillissement peut laisser entrevoir ce qui peut paraître des troubles de la temporalité dans la mesure où ils sont source de souffrance. Mais la tentative de comprendre certaines inscriptions dans la temporalisation et dans l'historisation du sujet, peut

permettre au clinicien de créer l'espace nécessaire à une rencontre véritable dans l'ici et maintenant. De cette façon le cadre d'un travail sur le rapport au temps est posé et se doit d'être solide. Il convoque le clinicien à une place de repère, un repère temporel dans le cadre de la séance mais également sur la continuité.

Ces bases théoriques posées, nous conduisent à présenter le cas de deux patientes et du travail effectué avec elles que nous tenterons de remettre dans la perspective de l'inscription dans la temporalité.

PARTIE 3: APPROCHES **PRATIQUES**

Mme P.

1. SYNTHÈSE DE QUELQUES ENTRETIENS AVEC

MME P.

Nous nous rencontrerons avec Mme P. du mois de novembre au mois de juin.

Les entretiens individuels se feront en chambre, puis vers la fin, en extérieur sur la terrasse du dernier étage. Outre nos entretiens réguliers, nous l'amènerons quelques fois à la sortie du vendredi matin au marché aux fleurs ainsi que lors des animations.

J'ai observé un changement de la teneur de nos entretiens entre le début et la fin de nos rencontres.

Les premiers ont donné lieu à ce que j'ai ressenti comme un « engluement dans le présent », au travers des plaintes répétitives, comme un schéma préétabli d'entretiens, qui se répétait sans cesse. Mme P. refusait d'aborder son passé, son histoire et n'envisageait son avenir que comme une espérance de voir enfin arriver la mort.

A l'inverse, dans nos derniers entretiens elle aborde son histoire, son passé, le présent n'est plus aussi figé dans la plainte qu'auparavant et elle aura même une perspective d'avenir qui selon elle l'aide à tenir, son changement de résidence à venir.

1er entretien: la rencontre.

Mme P. me reçoit dans sa chambre, elle est seule, porte fermée.

Elle m'explique être à la résidence à la suite d'une chute. Sa colonne vertébrale aurait été cassée. Elle me dit avoir été opérée pour cela, chose qu'elle démentira plus tard dans l'entretien en disant qu'elle est soignée depuis à la cortisone n'ayant pas pu être opérée. (« Le médecin ne pouvait pas opérer donc il m'a prescrit des médicaments. »). La seule confusion que je repère dans son discours concerne son opération/ absence d'opération.

Elle dit avoir toujours eu une santé robuste et devoir ne rester qu'un mois alors qu'elle est à la résidence depuis maintenant un an. Elle me dit être née en 1921 et semble étonnée quand je lui dis qu'elle est âgée de 89 ans.

Elle aborde rapidement avec moi son désir « d'en finir ». Nous aborderons aussi le sujet de l'euthanasie, dont elle aurait déjà parlé avec son médecin.

Elle a un frère (Marcel) de huit ans son cadet. Mme P. reste toujours seule dans sa chambre. Elle n'en sort que pour se rendre à l'heure du repas dans la salle à manger. Elle n'a pas d'enfant et reçoit pour seule visite une amie à elle, beaucoup plus jeune qu'elle.

Elle est née dans la Loire et a été secrétaire de direction pour la firme Citroen, puis est venue travailler à Marseille.

Elle se compare à son frère en disant qu'elle se laisse plus facilement abattre et qu'il est plus fort qu'elle.

Notre première rencontre sera émaillée de phrases telles que: « je me laisse mourir, c'est long, c'est trop long vous savez », « que le temps est long, que c'est long mademoiselle, ça n'en fini plus. Je voudrais tellement partir. »

Lorsque je lui demande de m'expliquer son désir de partir, elle me dit vouloir que sa vie se termine le plus vite possible, que le présent est long.

Son discours traduit cependant une certaine lucidité quant à l'impossibilité de vivre seule chez elle même si son désir serait de pouvoir rentrer avec le soutien quotidien d'aides à domicile.

Au cours de cette première rencontre, je lui propose de revenir la voir, après lui avoir expliqué ma fonction de stagiaire au sein de la structure, ce à quoi elle répondra: « si vous voulez mais vous pensez pouvoir faire quoi? Il n'y a rien à faire. »

2ème entretien:

Lors de notre deuxième entretien elle se plaint de son œil droit dont la vision est floue.

Une cataracte lui aurait laissé des séquelles depuis au moins 20 ans.

Elle dit avoir apprécié une activité de lecture de contes par des conteuses et aimerait qu'un conteur vienne à domicile pour elle.

Elle en vient à me parler spontanément du corps de l'animatrice qu'elle a trouvé déformé pendant sa grossesse et de son dégoût pour cette déformation. Elle dit avoir trouvé son comportement indécent dans le fait de ne pas cacher sa grossesse mais de l'exhiber.

Elle grimace en me disant cela et je me questionne alors sur une potentielle rivalité avec les

femmes. Tout me reste de notre entretien me donnera une impression d'engluement dans un présent source de souffrance. Elle dit vouloir mourir, pour être enfin soulagée, et trouver le temps si long que s'en est infernal pour elle. Au cours de mes premières interventions auprès de cette patiente, outre le fait de l'écouter, de tenter de comprendre son ressenti, je tente de la guider vers des alternatives aux éléments source de ces plaintes.

La mise en échec qu'elle tente de m'opposer quand je la guide dans une tentative d'appréhension différente, me fait penser à une forme de résistance qui semble figer le présent dans la plainte et la souffrance.

Pendant nos entretiens, elle parle peu, s'interrompt pour souffler, penche la tête, ferme les yeux, et répète inlassablement le même discours empreint de souffrance.

A la suite de cet entretien, je me fixe pour objectif non pas de réduire la plainte parlée, mais de tenter de générer un comportement qui permettrait de remplacer autant que possible les idées ressassées par des actes l'aidant à sortir de son isolement.

3ème entretien:

Mme P. est seule dans sa chambre, porte fermée, sans bruit ni télévision, dans le silence.

Chercher à tenter d'amener à ouvrir des perspectives différentes chez Mme P. semble avoir un effet de renforcement de sa souffrance et semble empêcher d'instaurer une relation de confiance. Son discours me donne l'impression que je ne la comprend pas, que je n'écoute pas véritablement sa souffrance et que je la minimise. « Ce n'est pas parce que vous êtes là que la vie s'arrête pour autant »; « vous êtes bien loin de comprendre, loin, très loin du compte ».

Selon ses dires je ne comprends pas ce qu'elle peut ressentir. Face à cela, je sens le lien fragile, prêt à se briser au moindre « faux pas ». Elle semble me tolérer mais cette tolérance semble fragile.

Si je vais dans son sens je crains de la conforter dans sa plainte et de ce qui peut être une inacceptation de sa situation. Dans le cas contraire, la « booster » risque de rompre tout lien. Elle m'avait d'ailleurs déjà fait la remarque sur ce mot employé, que j'avais pris comme un avertissement verbal. (elle m'a dit avoir déjà mis dehors une personne lui ayant dit qu'elle voulait la booster.)

Je ressens chez cette patiente ce que je pense être comme une volonté de me mettre en échec. Sa souffrance est telle que je ne peux pas la concevoir.

Un des thèmes de son discours concerne son angoisse de la perte d'autonomie: « seule je ne peux rien faire. » Elle parle de son amie qui l'aide beaucoup et rajoute que sans elle, elle ne sait pas ce qu'elle serait devenue.

Elle aborde aussi la sphère corporelle en comparant son dos à un mur fissuré et rafistolé et parle de sa chute qui a pour elle marqué le début de sa perte d'autonomie

Lorsque nous abordons le fait qu'elle veut vivre chez elle, je décide d'essayer de lui parler des conséquences des chutes. Conséquences traumatiques autant du point de vue physique que psychologique. J'essaie de la conduire à réfléchir sur les risques de chute dans le cas où elle serait seule chez elle.

Au début de l'entretien quand elle me reçoit, elle me dit qu'on va venir la chercher pour qu'elle participe à l'activité. Elle ne le fait habituellement pas.

Je ressens une certaine ambivalence dans le fait qu'elle participe à l'activité alors qu'elle se plaint de la qualité de ces mêmes activités.

De la même façon, elle me fait comprendre que je ne peux rien pour elle mais accepte pourtant que je « l'accompagne » un moment.

Je me demande comment trouver une place et se positionner dans la relation?

Il est à noter que Mme P. a participé à l'activité proposée.

4ème entretien:

Mme P. est abattue, elle pleure beaucoup, réitère son désir de mourir, dit que sa vie est finie et que “c'est trop long”.

Elle se plaint de son rapport qu'elle décrit comme très conflictuel avec une aide soignante. Elle en semble très affectée.

Je l'interroge sur la raison qui la pousse à être aussi fortement affectée par ce conflit alors même qu'elle dit ne pas avoir d'estime pour cette personne.

Je fais de nouveau une tentative pour la décaler de ses croyances et ressentis en essayant de la pousser à trouver les raisons potentielles au comportement de cette aide soignante.

Cette tentative est un échec puisqu'elle me répond « vous avez réponse à tout vous hein? ».

Ce commentaire a pour moi la teinte d'un avertissement verbal sur le mode, « n'essayez pas de me faire changer d'avis ou la relation se rompt, comprenez-moi plutôt. »

De la même façon, elle me dit avec assez d'agressivité: « mettez-vous un peu dans ma peau aussi ». Ce qui peut renvoyer un sentiment d'échec, je ne la comprends pas, je ne prends pas la mesure de sa souffrance et je peux rien pour elle.

Cette stratégie ne semble pas efficace avec Mme P.

Lorsque je me contente d'écouter sa plainte et de la contenir, le rapport est moins mis en danger. Elle sourit même parfois.

Je m'interroge si il y a risque de rompre la relation si je n'abonde pas dans son sens c'est à dire me contenter de contenir la souffrance, sans relance particulière.

Cet entretien m'a particulièrement mise en échec en mettant en lumière ce qui à mon sens sont des résistances ancrées, solides presque immuables.

Je vais continuer sur ce qui semblait lui être un peu plus bénéfique à savoir, ne pas tenter de démonter ses plaintes qui si elles sont ancrées ne peut que donner le sentiment que je ne la comprends pas et rompre le lien.

Il me semble que nos entretiens tournent en boucle, j'en sors d'ailleurs avec une impression de vertige, comme si en sortant de sa chambre, je revenais dans le présent, alors que j'étais dans l'éternité et l'immuabilité.

Mon impression d'échec et de rien pouvoir mettre en place avec Mme P. m'a fortement affectée ce jour là.

5ème entretien:

Je propose à Mme P. d'aborder ensemble son chemin de vie, son histoire. Elle s'y refusera en disant ne trouver aucun intérêt à parler de la vie passée qui est finie.

Je parviendrais tout de même à récolter quelques informations sur un mode plus conversationnel.

Le sujet le plus récurrent lors de cet entretien est son désir de mort. Quand je cherche à savoir où elle en est (déterminer si il y a risque de passage à l'acte suicidaire), elle répond attendre la mort impatientement mais ne pas en être au point de se la donner volontairement.

J'essaie de la faire élaborer sur son désir de mort et ce qui ressort de son discours est le soulagement attendu de son décès comme ultime moyen d'échapper à sa situation actuelle.

C'est à la suite de cet entretien, en prenant conscience de l'impact de cette patiente sur moi que j'ai décidé de changer mon comportement vis-à-vis elle.

D'une part, je me suis aperçue que j'étais probablement dans une attitude de réparation alors qu'elle attendait peut-être davantage que je réceptionne ses plaintes avec une attitude de neutralité bienveillante et d'empathie.

Je supportais mal les temps de nos entretiens, ce temps en boucle ou figé, qui ne laissait entrevoir aucune possibilité de sortie comme si elle m'aspirait avec elle dans son temps présent, qui me semblait immobile, immuable, circulaire et sans espoir.

C'est en prenant toute la mesure de ce ressenti presque insupportable pour moi, que j'ai décidé de changer d'attitude, que ce soit de ma façon d'entrer dans sa chambre, à mes relances.

Je me suis rendue compte après-coup que je redoutais d'aller la voir comme si son temps allait m'aspirer. Lorsque j'entrais dans sa chambre, je crois que j'étais déjà comme abattue, absorbée.

6ème entretien:

Changement de mon comportement, pour ne pas rester dans la plainte. Je décide ce jour là d'entrer dans la chambre non pas avec un air abattu mais forte d'avoir commencé à saisir certains aspects de mon contre-transfert. Je décide alors d'adopter une autre attitude, bienveillante, à l'écoute, sans avoir peur qu'elle ne m'absorbe ou ne m'entraîne avec elle dans cet engluement. Si son présent est si figé, je peux peut-être amener dans notre relation, par mon attitude, un peu de mouvement.

Elle exprime ce jour là ne pas savoir ce qu'elle veut, par rapport à son frère. Après l'avoir eu au téléphone elle dit ne plus l'aimer puis dit l'aimer mais vouloir reporter sa colère sur quelque chose. « Je crois que je n'aime plus mon frère. Non en fait je crois que je ne veux plus l'aimer. » Je lui demande alors qu'est-ce qui lui fait penser qu'elle ne veut plus l'aimer et pourquoi. Elle me répondra qu'elle cherche peut-être à reporter sa colère sur quelqu'un donc elle décide de ne plus l'aimer. Est-ce le signe d'une élaboration? Un début de sortie de l'affect non élaboré pour amener à un début de réflexion sur la présence ou la raison de ces affects, se les approprier?

Elle me dit avoir mal au cœur, avoir des angoisses, des poids sur la poitrine. Je lui propose alors un exercice de respiration pour se relaxer. Mme P. montre de l'intérêt à cette proposition, elle joue le jeu, nous le faisons ensemble, elle dit en ressentir des effets positifs, et se sentir mieux.

Je propose de le faire dès qu'une angoisse apparait et de me faire un retour sur les effets.

A la fin de l'entretien elle sourit.

Je lui ai parlé de la cohérence cardiaque avec des explications sur les intérêts et les effets. J'ai de

cette façon tenté d'amener quelque chose de nouveau, de différent, tenter une accroche par le somatique. Je lui ai également dit qu'elle pourrait le faire quand elle est seule, si des angoisses surgissent. Je veux lui donner un « outil » qu'elle peut utiliser seule, pour lui montrer qu'elle peut gérer ses propres angoisses.

7ème entretien:

Mme P. me reçoit avec le sourire. Je commence par lui parler de la chorale des Chartreux qui vient se produire la semaine suivante à la résidence. Elle me dit tout de suite dans un élan d'enthousiasme qui semble spontané être très intéressée.

Je reste debout quelques minutes puis lui demande si je peux lui prendre son tabouret.

Elle semble favorable à ma présence.

Elle me demande si j'ai fait quelque chose à mes cheveux (« vous êtes plus blonde » « non je n'ai rien fait ») nous nous mettons à parler des cheveux. Elle me dit avoir toujours pris soin de ses cheveux, être allée plus jeune chez le coiffeur une fois tous les quinze jours. Je lui demande si elle était brune, elle me répond que oui et rajoute qu'elle avait les cheveux longs.

Elle me parle ensuite de son ami médecin qui lui dit de « regarder parfois aussi en bas ». « On peut trouver des gens qui sont dans de pires situations que soi. » me dit elle.

« Je ne sais pas ce que j'ai en ce moment, je fais de grosses crises d'angoisse le soir quand je suis dans mon lit. Je me dis que peut être que je vais m'endormir et que peut être que demain matin je ne vais pas me réveiller, je vais mourir dans la nuit. Vous savez, je répète toujours que j'attends la mort la mort mais en fait je ne sais pas si c'est ce que je veux vraiment. Peut-être qu'à force de me répéter ça, je sais pas il y a quelque chose qui m'a travaillée. »

« Vous pensez alors que c'est peut être pas ça que vous voulez vraiment?

Vous vous souvenez quand on en avait parlé vous et moi, je vous avais demandé si la mort devait arriver là maintenant qu'est ce que vous vous diriez et que vous m'avez répondu que vous auriez sûrement pas si envie que ça, que vous auriez peur? »

« Oui je m'en souviens »

« Est-ce que peut-être que comme vous le dites à force de vous répéter ça, quelque chose vous a fait

prendre conscience que ça peut arriver et du coup vous inquiète? »

« Oui c'est possible, j'ai fait l'autre soir une crise d'angoisse, j'étais paniquée, mais vraiment j'ai appelé une amie qui est venue, elle a dérangé tout le service parce que c'était fermé mais elle me disait de me calmer. »

« Oui vous avez fait une vrai crise de panique alors? Vous aviez surement beaucoup de mal à respirer non? »

« Oui je m'étouffais carrément même! »

« Mais qu'est ce qui selon vous a déclenché cette crise? »

« Ah ça j'en sais rien. »

« Vous aviez une pensée précise à ce moment là? »

« Non je crois pas, rien de précis. »

« Vous aviez peut être alors des pensées diffuses qui vous ont inquiétée. »

« Oui je pense. Oui c'était pas clair je savais pas ce que j'avais, j'arrivais pas à comprendre. »

« Parfois on a des pensées diffuses qui nous gênent ou nous angoissent sans que l'on arrive à mettre des mots dessus et dès qu'on le parle, qu'on le met dans le contenant qu'est le mot, elles perdent de leur dimension inquiétante et inconnue et ça peut nous calmer en nous aidant à mieux pouvoir alors les maîtriser. »

« Oui c'est tout à fait ça, je savais pas trop et c'est vrai que ça perd de sa dimension dans ce cas. »

« Vous pouvez le faire dans ce cas, même en vous parlant à vous même pour essayer de mettre des mots sur ce qui vous angoisse quand vous êtes toute seule. »

(silence)

« Dans ce que vous me dites, il semble il y avoir une angoisse de la mort donc du désir de vie quand même... »

(silence)

Elle me parle ensuite de la dégradation de certains résidents, que ça lui a fait un choc la vitesse à laquelle ils se sont dégradés. Elle parle aussi d'une sortie qui était prévue « Quand j'étais plus jeune, j'en ai vu des ballets, pas à Paris mais à Marseille. »

C'est elle qui relance systématiquement après les moments de silence

Elle me raconte les soucis de santé qu'elle a eu dans sa vie « j'ai eu quelques coups durs quand même dans ma vie ».

Elle sourit beaucoup et rigole même. Je profite pour utiliser l'humour, je saisi l'occasion de donner un ton léger à notre entretien pour dédramatiser et lui offrir un espace pour l'inviter à « converser ».

Je choisis de rester sur ce mode pour qu'elle soit à l'aise pour me parler des souvenirs qu'elle souhaite aborder.

8ème entretien:

« Si vous saviez comme je me sens mal... »

« J'ai entendu dire que vous aviez fait une demande pour partir dans une autre résidence? »

La raison est de se rapprocher de son amie et de se trouver dans une résidence qui possède un jardin.

Elle parle aussi de son envie de mourir. Cependant sans que je n'intervienne elle me dit que si la mort devait arriver là, elle aurait sûrement une sacrée peur qui la ferait s'enfuir.

Je lui dis que ce que j'entends dans ce qu'elle me dit c'est un doute, c'est qu'il subsiste quand même peut-être un petit désir de vie.

Elle hausse les épaules sans un mot.

Elle me dit ensuite avoir peur d'avoir des pertes de mémoire. Je lui demande certaines précisions et lui propose si elle le souhaite de lui faire passer une évaluation.

Elle ré-aborde son désir de mourir et me dit qu'elle ne serait pas assez courageuse pour se la donner elle-même.

Alors elle attend: « et puis zut, qu'elle vienne et qu'on en finisse. C'est pas une vie, du fauteuil au lit et du lit au fauteuil. »

Nous serons ensuite coupées pour le besoin urgent d'une toilette.

Lorsque je reviens, elle me dit être très angoissée. Quand je cherche à savoir comment et pourquoi, elle en vient à me dire: « J'ai peur que vous m'oubliez » (peur que je ne revienne pas mais quoi d'autre? Peut-être la peur que je l'oublie dans la transmission? Peur qu'elle ne s'oublie elle-même?)

Je me dis qu'on va m'oublier. Je cherche à en savoir plus. De quoi a-t-elle peur dans l'idée qu'on l'oublie? (bien que d'abord je tente de la rassurer en lui disant qu'on ne l'oublie pas, et pourquoi est-ce qu'on l'oublierai?)

« Je panique de rester seule. L'infirmière ne m'a rien donné pour appeler quelqu'un si jamais il m'arrive quelque chose. » Je lui dis qu'elle a le bouton d'appel que je lui montre, en cas de besoin et je lui demande de m'en dire un peu plus sur ce qu'elle craint qu'il lui arrive.

« Si j'ai du mal à respirer, si je m'étouffe. »

« Donc vous avez peur de mourir c'est bien ça? »

« Oui je pense qu'en fait j'ai peur de mourir, si la mort vient, je prends la poudre d'escampette. »

« Je relève quand même une certaine ambivalence: vous me dites que vous en avez marre, que le temps est terriblement long et source de souffrance. Vous voulez mourir et d'autre part, en même temps vous dites que vous avez peur de mourir? Peut être que vous voulez un peu vivre quand même malgré toute la souffrance qui est la vôtre? »

Elle ne répond rien, ferme les yeux, hoche la tête de gauche à droite, lève son regard vers moi et dit:

« ce que j'étais et comment je suis devenue! »

« Comment vous êtes devenue? Malheureuse?

Vous étiez comment d'ailleurs avant? Vous ne m'en avez jamais parlé. Vous étiez plus heureuse? »

Elle va me dire que oui, qu'elle a été mariée à un corse. Je relève avec un étonnement volontairement appuyé (pour montrer qu'elle ne m'avait pas encore raconté certaines choses essentielles et qu'elle commence à le faire) que je n'étais pas au courant, qu'elle ne me l'avait jamais dit et que je l'ignorais totalement, croyant qu'elle n'avait justement jamais été mariée.

« Mon mari me disait toujours, que soit ils étaient tout bons, soit tout mauvais » et lui il était tout bon en tous cas. »

Je lui demande alors si ils se sont séparés elle se contente de me dire « non pas séparés. » comme si elle ne parvenait pas à dire qu'il était décédé.

Je lui demande donc si c'est cela. Elle me répond que oui.

Je lui demande alors si j'ai bien compris qu'ils n'avaient pas eu d'enfants et si elle accepte de me dire pourquoi. N'ont-ils pas souhaité en avoir?

Elle répondra: « écoutez j'ai fait la part des choses et puis c'est tout. J'ai fait le deuil de l'idée d'avoir des enfants et puis voilà. »

Je relève l'expression d'avoir fait le deuil et elle se met alors à me parler de son époux. « Nous n'avons jamais été séparés ni divorcés mais lui il est mort. »

Elle me racontera qu'il avait été marié une première fois, avait eu un fils qui lui même avait deux fils. Ces deux petits-enfants venaient lui rendre visite quand ils étaient sur Marseille. Leur papa était directeur d'EDF en Corse.

Je décide suite à ses confidences d'introduire l'idée qu'on ne l'oublie pas. Je lui explique que j'ai beaucoup pensé au fait qu'elle ne me parlait jamais de son passé et que j'avais cherché à comprendre pourquoi.

Je lui rappelle qu'elle me disait que c'était le passé et que ça ne servait à rien de revenir dessus.

Je vais à ce moment là, faire le choix de lui parler clairement de ce que j'en pense. (car peut-être qu'en apprenant la signification de ses « symptômes » ou fonctionnements, le patient peut s'ouvrir à

de nouvelles possibilités d'être. Je lui propose un premier constat: son présent semble figé dans une souffrance intense.

Je lui rappelle qu'elle me dit souvent que « c'est long, c'est très long » Peut-être alors qu'elle ne souhaitait rien déposer en moi de son histoire de vie car ça voulait dire continuer à exister en moi à travers mes pensées et souvenirs ce qui voulait à son tour peut-être signifier accepter sa propre finitude et donc sa mort. Mais comme elle en a peur, elle ne veut pas.

Elle me dit alors, que lorsque je ne suis pas là, le temps ne s'arrête pas et qu'elle a par exemple toujours ses impôts à payer, ce qui l'inquiète.

Je lui rappelle que ce n'est pas mon rôle de traiter le côté administratif mais qu'elle peut bien entendu m'en parler.

Elle m'explique que la seule qui lui donne réconfort et joie c'est son amie et ignore comment elle ferait sans son aide.

Je lui explique que son amie et moi n'avons pas le même rôle et que je ne peux pas me substituer à elle ni elle à moi. Par contre, je peux l'accompagner dans une démarche de reconstruction de son histoire avec elle et être en quelque sorte pour elle un lieu de dépôt d'une partie d'elle même.

Je lui explique que selon certains auteurs, il y aurait peut-être là un manque chez les aînés n'ayant pas eu d'enfants mais sur lequel nous pouvons pour autant essayer de cheminer ensemble.

Elle semble interloquée et très intriguée, son visage semble attentif et marqué par la surprise.

Je la conduit à la salle de repas et lui signale que je viendrais la voir vendredi. Elle me répondra avec un grand sourire « oui venez me voir s'il vous plait, j'aimerais qu'on continue ce qu'on a dit et qu'on en reparle. »

Je lui fais partager mon sentiment qu'il s'était passé là quelque chose d'intéressant et de positif que nous devrions développer encore ensemble.

Elle me répondra avec un grand sourire: « oui, moi aussi. »

Il m'a semblé dans cet entretien ressentir la douce remise en route dans notre rencontre d'un mouvement psychique et temporel. Comme un va-et-vient, d'exploration des temps. Elle a commencé à me parler de son présent douloureux, puis a tenté quelques incursions sur l'avenir avec sa peur de la mort et même quelques incursions dans son passé.

9ème entretien:

Je retourne la voir dans sa chambre. Nous commençons par aborder son changement possible de résidence.

Elle m'explique que la présence d'un jardin sera appréciable. Elle me dit que le temps est très long, qu'elle s'ennuie et qu'elle en a assez, elle voudrait que la mort vienne mais rajoute que si elle venait, elle sait qu'elle aurait peur et qu'au fond elle ne veut pas. Je lui propose que nous reprenions notre conversation de la fois précédente.

Elle me dit alors ne plus se souvenir. Je lui explique et elle semble très perplexe. Je lui demande donc de me préciser si elle a des pertes de mémoire. « De toute façon, dès que vous aurez franchi le pas de la porte, j'aurai déjà oublié de quoi on a parlé. Comment je suis devenue, mais mon dieu! De toute façon ,je ne suis plus qu'une morte vivante. »

« Une morte vivante? »

« Oui, je survis, je vivote.

J'en ai marre le temps est trop long, on s'ennuie, et les activités ici... »

« Le temps vous paraît très long, comme étendu à l'infini? »

« Oui c'est ça. C'est difficile je n'en peux plus. »

Bien que son discours ait une teinte similaire à d'habitude, je remarque qu'elle prend la parole, qu'elle semble élaborer plus et plus rapidement que d'habitude.

Il me semble qu'il y a moins de résistances à parler par exemple de son angoisse de mort.

Elle me parle des activités de sa future résidence mais dit ne pas avoir encore toutes les informations. « Ici, c'est triste, c'est triste... Si encore je pouvais me déplacer, si j'avais mes jambes. »

Je profite pour lui dire que la belle terrasse du sixième étage est très agréable.

Elle dit qu'il y a trop de vent et de soleil. Je lui demande alors si elle connaît celle du septième. Elle ne la connaît pas. Je la lui décrit rapidement et je lui propose alors que nous allions continuer notre entretien là-haut. Elle est un peu hésitante, comme légèrement gênée, me dit que je ne vais pas réussir à la pousser. Je lui rétorque que si et nous montons. Arrivée à l'étage, elle est ravie, étonnée et présente un grand sourire. Nous nous installons et continuons notre entretien. De nombreux

thèmes seront abordés. Elle fera des incursions dans son histoire de vie en me donnant des éléments même épars, de son passé, de son histoire de vie. Le reste de l'entretien sera dynamique dans le sens ou, bien loin de l'impression de la circularité plaintive et douloureuse des entretiens précédents, Mme P. semble se trouver dans un présent beaucoup moins figé. Elle aborde l'avenir non plus à travers un seul désir de mourir mais comme une perspective d'avenir, changer de résidence. J'y lis un désir, une manifestation de la pulsion de vie qui a trouvé un lieu d'accroche.

Elle aborde son passé, chose qu'elle refusait auparavant. Son discours présente des mouvements de va-et-vient entre les temps de son existence.

Elle terminera ce jour là par me dire: « je suis vraiment contente, j'ai passé un très bon moment avec vous, c'était très agréable. »

Je lui dit que nous nous verrons à nouveau la semaine prochaine. Elle est d'accord et dit être ravie.

Eléments sémiologiques:

D'un point de vue sémiologique, apparaissent certaines caractéristiques des troubles de l'humeur. Il se rapproche des spécificités d'un épisode dépressif majeur récurrent avec caractéristiques mélancoliques.

Nous avons retrouvé chez Mme P. des éléments spécifiques dont

- le ralentissement important autant sur le registre psychique que moteur, les gestes sont lents, le regard est fixe, le patient est le plus souvent immobile, son visage est figé, il ne s'exprime pas et si il parle, il évoque des contenus négatifs et fortement pessimistes.

Inhibition psychique: altère le fonctionnement intellectuel. Toutes les opérations intellectuelles comme attention, concentration et réflexion sont difficiles, pénibles pour le patient, car les ressources sont utilisées sur les thèmes mélancoliques.

La tristesse associée à une intense douleur morale. Mme P. ne prend aucun plaisir à aucune activité. Pour elle, tous les événements sont marqués de façon péjorative, elle est submergé par le malheur et rumine en permanence et de façon douloureuse cette tristesse.

Elle est en proie à des idées mélancoliques qu'elle ressasse en permanence.

Je retrouve chez Mme P., les caractéristiques de l'humeur dépressive à savoir:

- une tristesse pathologique qui va jusqu'au désespoir,
- un vécu pessimiste, un sentiment d'insatisfaction, une auto dépréciation, de la culpabilité
- un sentiment d'ennui
- une incapacité à trouver du plaisir
- la perte des intérêts
- une vision négative de soi
- une vision négative du monde extérieur
- une vision négative du futur

Mme P. présente également les caractéristiques de l'inhibition:

- elle présente une inhibition motrice: démarche, gestes lents, mimique, ton monotone monocorde à pondérer par le fait que ses déplacements sont diminués par ses grandes difficultés de marche.
- Elle se plaint de fatigue qu'elle spécifie comme une fatigue morale intense qui l'épuise.

Elle exprime également de façon soutenue et récurrente son désir de mort.

C'est autour de ces caractéristiques que tourne le discours de Mme P. en entretien. Son discours est figé, immobile, sans possibilité de faire des va-et-vient dans son histoire, entre sa situation actuelle, son passé et son avenir. Le temps de nos entretiens ainsi que ce qu'elle dit de son temps personnel, sont figés dans le présent.

Cette immobilité à été à la base de mon interrogation sur son inscription temporelle puis plus largement sur celle de certains de mes patients.

En parallèle de mes questionnements, j'ai souhaité essayer de me laisser guider dans un premier temps, par le temps du patient au cours de nos entretiens. Par la suite j'ai tenté une analyse de cette inscription temporelle particulière et singulière, spécifique à chacun, pour tenter de comprendre quels en sont les bénéfices ou les désavantages éventuels pour le patient. Cette analyse peut permettre d'orienter le suivi de façon adapté, en travaillant avec le patient.

2. ANALYSE D'UN RAPPORT A LA TEMPORALITE: le cas

de Mme P.

2.1. RAPPORTS A LA TEMPORALITE

A. Temps et discours figés en entretien

Au cours de nos rencontres régulières, un phénomène récurrents m'est apparu. C'est en analysant mes affects et ressentis en aval de nos entretiens qu'une difficulté apparaissait dans mon contre-transfert avec cette patiente.

Il semblait que nos entretiens tournaient toujours en boucle. Tout le discours de la patiente concernait la souffrance vécue du temps long dans le présent. Pendant plusieurs entretiens, une curieuse impression m'est devenue par la suite difficile à supporter.

Le temps pendant nos rencontres était comme suspendu. Le discours répétitif figé dans le présent semblait prendre corps, et former une spirale nous entraînant toutes les deux dans une sorte d'atemporalité. Il m'est plusieurs fois arrivé d'avoir en sortant de sa chambre une sensation de vertige, comme si je revenais au temps en quittant Mme P.. Comme si tout l'espace de sa chambre ainsi qu'elle même, faisaient parti d'une temporalité différente qui n'était ni la mienne, ni celle de la résidence. En me questionnant sur mon contre-transfert, j'ai réalisé à quel point cette suspension du temps me faisait perdre mes repères jusqu'à geler ma pensée et me priver de toute créativité au cours des entretiens.

Mme P. avait refusé plusieurs fois malgré des tentatives de ma part d'aborder son passé, son histoire. Le passé était alors inaccessible, comme interdit dans nos rencontres. Il semblait avoir été barré, abolit, comme occulté. Ce qui transparaissait d'ailleurs dans certaines bribes de son discours était que ce passé n'avait plus sa place dans le présent.

Elle me disait par exemple: « je n'ai pas envie de parler de ça, ce qui est passé est passé, c'est fini de toute façon ça ne sert à rien d'en parler. »

Aucune mise en perspective de son identité n'était possible dans cette paralysie au présent. Le seul avenir qu'elle envisageait était son attente de la mort.

Je me demandais alors quel était la ou les raisons de ce refus catégorique d'aborder le souvenir. La relation que nous avons n'était-elle pas suffisamment sécurisante pour l'autoriser?

Mais pourquoi figer le temps au présent? La première chose à laquelle je pensais était de figer le temps dans le présent pour ne plus avoir à penser à l'avenir qui était la mort.

En se rapportant aux considérations de Quinodoz (2002), j'ai pensé que chez cette patiente, il pourrait s'agir du « fantasme d'infini qui se rapporte à une représentation d'un temps monotone où rien de marquant ne se passe et qui donne une illusion de temps sans fin, infini. Il suscite la passivité car la répétition monotone donne l'illusion que le futur pourrait être repoussé si loin qu'il n'y aurait plus de mort. »

Hors, comment concilier cela avec un désir de mort fermement exprimé? Je proposerai mes pistes de réflexion et leur mise en pratique dans le paragraphe sur le travail sur le désir de mort.

Et ne pas aborder le passé pourrait aussi permettre de casser la chaîne de la continuité de l'existence de la patiente pour lui permettre de ne plus exister que dans le présent mais pour autant un présent empreint de souffrance.

B. Refus d'aborder le souvenir, l'exclusion du passé?

Je me suis à plusieurs reprises interrogée sur les raisons d'exclusion avec moi pendant les entretiens du passé de la patiente, par elle-même. La remémoration aurait-elle pu être trop anxiogène, trop traumatisante? Notre relation n'était-elle peut-être pas suffisamment sécurisante pour permettre à Mme P. d'y déposer ses souvenirs? Notre cadre n'était-il peut-être pas suffisamment étayant ou contenant pour être le lieu de dépôt de son histoire et donc de son identité?

L'article de Quinodoz (1990), m'a servi de base pour tenter de comprendre ce refus chez Mme P.

L'auteur y écrit: « D'une façon générale, j'ai toujours été frappée de voir que les patients qui se plaignent de tout oublier, de ne pas avoir de mémoire ou souvent le fantasme d'être des « passoires », des « paniers percés », ce qui est une représentation chosifiée de leur moi, un moi considéré comme un contenant purement passif, simple réceptacle d'objets hétéroclites juxtaposés. Ces patients ne créent pas le réseau dynamiques de significations qui leur permettrait de retrouver les souvenirs grâce à la place significative que chacun de ces souvenirs aurait dans l'ensemble du

réseau. Cette non-constitution du réseau de significations ne me semble pas due à une incapacité du patient; elle me semble bien plus due à une action destructive qu'il exerce inconsciemment sur les liens qui auraient pu lui permettre d'intégrer certains moments de sa vie dans l'ensemble de son histoire. Faute de liens avec l'ensemble de la vie psychique du patient ces moments restent figés en instantanés, et leur signification pour le patient ne peut pas évoluer en fonction du reste de son histoire. S'agit-il de clivage temporel? D'isolation? Ou encore de l'un ou de l'autre selon le cas? De toute façon cet arrêt du temps qui fige un événement externe dans l'instantané est un mécanisme qu'utilise le patient pour se défendre contre l'angoisse ressentie lors de cet événement, en essayant d'éviter qu'elle ne contamine tout, mais qui, isolant ce moment de la vie chargé de trop d'angoisse, l'empêche de se constituer en souvenir. Certains patients sautent d'instantané en instantané comme s'ils pouvaient ainsi emprisonner l'angoisse; ils ont l'illusion de s'appuyer sur chaque instantané comme sur un élément stable, qui serait solide parce qu'il n'évolue pas. »

Dans le cas de Mme P., il ne s'agit pas d'une absence, ni d'une difficulté de remémoration, mais plutôt d'un refus de remémoration dans la relation. Mais alors pourquoi ce refus? Dans la relation thérapeutique elle refuse d'évoquer des souvenirs comme si elle les figeait hors de son temps personnel, dans une suspension qui lui permettrait de se maintenir et de nous maintenir dans l'ici et maintenant plaintif sur le mode, « je ne veux pas avoir à parler d'autre chose que de mes plaintes ou souffrances actuelles. »

Quinodoz explique qu'il peut s'agir d'un mécanisme de défense pour le patient. « Ce mécanisme de défense revenant à figer le temps en un instantané, dans l'espoir illusoire de diminuer l'angoisse et de ne pas contaminer le reste de l'histoire peut déclencher divers symptômes... »
« Cette représentation était bien trop statique; elle ne rendait pas compte du mouvement interne qui fait qu'à chaque instant le moi s'inscrivant dans la durée de son histoire modifie son passé et lui donne sens. »

Quinodoz (2002) fait le lien entre souvenir, temps et pulsion de vie: «c'est dans la mesure où il s'inscrit dans la durée que le moi est vivant, et qu'un moment de la vie peut devenir souvenir. La vie ne se conçoit pas en dehors de la durée; elle implique un début, une évolution et une fin. Un des avantages que le patient trouve alors dans l'analyse est celui de prendre conscience de l'évolution constante de ses objets internes, même dans le cas où l'objet externe étant perdu il ne peut plus évoluer. Ce mouvement qui permet à chacun d'évoluer sans cesse de sa conception jusqu'à sa mort, et qui permet à l'histoire interne de chacun de se constituer, n'est-elle pas en relation avec la pulsion de vie? En effet le patient peut jouer avec la durée et créer des liens entre le passé, le présent et le

futur, incluant la terminaison de la vie dans le vie elle-même, mais il peut aussi subir passivement la durée et la fragmenter en instantanés sans liens entre eux, pour éviter l'angoisse de sentir que sa vie n'existe sur terre que pour un temps limité. C'est en retrouvant la possibilité de jouer avec la durée et la temporalité que le patient peut découvrir une signification vitale à un événement passé, l'insérer à son histoire et lui donner un statut de souvenir. Le patient qui vit dans la juxtaposition d'instantanés peut dire, comme celui qui vit dans la durée, « la page est tournée », mais pour l'un cela veut dire: « elle est oubliée, arrachée, n'en parlons plus », alors que pour l'autre cela veut dire: « elle est tournée, oui, mais après avoir été lue, et ce que j'ai lu me permet de comprendre différemment les pages qui suivent et l'ensemble du livre ».

C. Exclusion du passé, un refus de transmission et de filiation? Pour quel avenir?

C'est au regard de l'article de Talpin (2003) que j'ai tenté de saisir si il s'agissait pour Mme P. d'un refus de transmission en lien avec notre relation potentiellement pas assez sécurisante pour elle.

Je me suis ensuite basée sur ces lectures pour orienter mes relances dans nos entretiens.

En effet selon Talpin « c'est alors à l'un comme à l'autre, *via* la subjectivité des professionnels, de mettre en représentations, de lier ces contenus en quête de contenant. Nous verrons plus loin que cette dimension de dépôt dans l'autre par identification projective est à rapprocher du travail de trépas dont il permet de questionner certains aspects. »

Dans son article sur « L'impératif de la transmission psychique tardive chez le vieillard sans enfant. », Talpin aborde les questions de la transmission, de la filiation et de l'affiliation chez les personnes âgées sans descendance.

Cet article peut nous aider à essayer de comprendre dans quelle mesure le refus de Mme P. d'aborder son passé avec moi, pourrait peut-être être entendu comme un refus de filiation ou de dépôt en moi de ses souvenirs et de son identité.

Un refus d'aborder le passé qui participe aussi à l'immobilité du temps présent, le maintien dans la souffrance du présent chez cette patiente.

Une première hypothèse clinique serait qu'un refus de transmission s'opère dans notre relation, l'empêchant de tenter une reconstruction de son histoire interne et sans volonté de dépôt de soi dans l'Autre (qu'est le psychologue).

Ce refus aurait pour conséquence de figer le temps dans un présent douloureux qu'elle transmet par des plaintes répétitives sur la longueur du temps et la souffrance morale devenue presque intemporelle et que seule la mort pourrait annuler.

La patiente refuse d'aborder son passé avec moi, bloquant une possible reconstruction de son histoire interne et qui bloque aussi une possibilité d'avenir par le dépôt en l'autre qui serait susceptible d'assurer une continuité existentielle dans le thérapeute.

Mais alors pourquoi ce refus du dépôt?

Son premier postulat est que le refus de la transmission peut en particulier se manifester par un refus de la filiation.

« La configuration dans laquelle ce refus de la transmission dans les générations se repère dans notre clinique renvoie principalement à des patients âgés sans enfant qui, lors d'une hospitalisation, rejouent transférentiellement ce refus en s'opposant à toute communication avec les soignants. Les dynamiques sous-tendant ce comportement peuvent être fort diverses, allant de la dimension persécutoire à la dimension hystérique. »

Dans son article, il explique que la différence d'âge dans le travail avec nos aînés, peut avoir différentes conséquences dans la rencontre et dans le travail.

Alors que certains patients vont jusqu'à nier la réalité de la différence d'âge, d'autres s'inscrivent dans un transfert filial.

« Dans les dispositifs cliniques avec les personnes âgées, comme avec les enfants ou les adolescents, la différence d'âge, de génération, perceptible dans la réalité, provoque des effets qui vont de sa négation (ainsi d'une patiente âgée de vingt ans de plus que moi qui mit ses confidences sous le signe de notre âge identique qui était pour elle une garantie de ma compréhension) au transfert parental ou au transfert filial. Comme tout autre indicateur de la réalité, la question de l'âge n'est pas évoquée dans toutes les situations cliniques avec les sujets âgés. La mobilisation de cet axe de différence est un indicateur de ce qui organise transférentiellement la relation, le clinicien étant alors pris dans un transfert filial, l'âgé l'investissant en tant qu'il est (ou serait) de la génération des enfants ou, *a fortiori*, des petits-enfants qu'il n'a pas eus. Nous sommes alors dans un processus narcissique d'affiliation transférentielle de l'autre qui permet en outre de réduire ce que son altérité pourrait avoir de menaçante. »

Ce que nous dit l'auteur c'est également que cette inscription dans une perspective de différence d'âge peut être couteuse pour le patient dans le sens où :

« cette affiliation transférentielle est délicate à mettre en travail car elle renvoie le sujet âgé à sa propre finitude et à la problématique de la disparition, non seulement de soi, mais aussi de toute trace de soi dans l'autre faute de descendance pour assurer cette fonction d'inscription et faute de l'investissement d'objets de substitution tels que nièces, neveux, amis... À cet égard, cet article, en particulier avec les évocations cliniques qui vont venir, témoigne, du point de vue du patient, d'une réussite transférentielle puisqu'il demeure vivant dans ma pensée, dans mes propos, que la transmission se poursuit par d'autres voies. En miroir est aussi potentialisée chez le sujet âgé la question du devenir chez lui de ce dont il a hérité : c'est une question centrale pour ces personnes âgées sans descendance directe qui ne se sont donc pas acquittées de la « dette de vie », sauf à en déplacer les enjeux sur des proches, voire sur le thérapeute. »

Quelle est la fonction du refus?

Avec Mme P., j'ai essayé de mettre en place un lieu de dépôt solide, où elle pourrait venir déposer des parts d'elle même par l'élaboration et le partage des souvenirs et de l'histoire de vie. Pour se faire, j'ai essayé de maintenir un cadre solide, en revenant la voir même lorsqu'elle avait fait preuve d'agressivité et de rejet envers moi. Je cherchais à lui montrer que j'étais vraiment là, et que ses attaques ne m'anéantissaient pas. En effet, si elle voyait que le cadre n'était pas résistant, pourquoi aurait-elle souhaité déposer en moi des parts identitaires sensées continuer à exister à travers moi, si le cadre les met au péril de disparaître et d'être anéanties?

C'est pour cela qu'au début de nos entretiens, je glissais toujours un mot pour lui montrer que j'avais pensé à elle donc implicitement qu'elle continuait à exister dans mon souvenir et dans ma pensée en dehors des séances. Je venais alors me mettre en place de « descendance » à travers laquelle elle continuera à exister au delà de sa mort, n'ayant pas d'enfant pouvant jouer ce rôle. Je lui disais donc parfois: « j'ai parlé de vous », « je me suis demandé comment vous alliez », « j'ai lu quelque chose qui m'a fait penser à vous, qui m'a rappelé ce dont nous avons parlé. » C'était pour moi une tentative auprès de cette patiente de poser un cadre solide, où elle pourrait, à travers moi, créer la continuité de soi dans l'autre et donc s'ouvrir fantasmatiquement vers une possibilité à continuer d'exister.

Dans la suite de son article, l'auteur aborde l'idée que: « Si l'on postule (nous y reviendrons)

que le fait de ne pas avoir eu d'enfant manifeste le refus de s'acquitter de la dette de vie en transmettant celle-ci, on voit dans ces transferts de transmission sur le thérapeute une modification de la position psychique du sujet par rapport à cette question, du fait de la proximité (réelle et/ou fantasmée) de sa disparition. En effet, le sujet semble tardivement s'inquiéter de rester sans descendance dans laquelle inscrire sa mémoire et il investit alors le thérapeute comme objet de substitution.

Lorsque le sujet âgé ne peut transmettre certains aspects de son psychisme aux générations ultérieures (ce qui renvoie tout à la fois à un défaut d'existence de l'enfant et à un défaut d'investissement de figures du remplacement), la question du futur en lien avec l'idéal du moi et donc avec le narcissisme, d'un futur dont le sujet peut s'envisager absent, vient le solliciter. Faute d'un futur dans lequel s'inscrire en étant porté par un autre, le passé, les représentations-souvenirs du passé risquent soit de disparaître dans l'engloutissement mnésique démentiel, soit de faire collapsus avec le présent, ce que l'on rencontre dans les démences, dans les épisodes confusionnels mais aussi dans la nostalgie qui constitue l'une des pathologies du deuil.

Ce refus radical n'apparaît que rarement comme tel dans les discours des sujets âgés ; ce qui se donne à entendre est plutôt de l'ordre de la plainte ou de la soumission à une supposée fatalité (en fait fatalité de la répétition psychique). Cette problématique peut être éclairée par une relation conflictuelle entre mère et fille, dans un refus de s'acquitter de la dette de vie. »

De la transmission de contenus à une transmission en appel de contenant:

« Le dispositif psychothérapeutique, dès lors qu'il s'offre comme espace potentiel pour le transfert et donc pour la transmission, n'est pas pour autant seulement un espace de transmission psychique du préexistant mais aussi, dans les cas suffisamment favorables, de transformation de ce préexistant psychique, transformation qui passe en particulier par la mise en récit de sa vie, par un nouveau tissage qui tend à la totalisation, à la mise en cohérence du sens d'une vie. »

Il est ensuite question de la place du thérapeute dans le travail psychique de transmission susceptible de s'élaborer.

Pour lui il s'agit de « quelque chose de l'ordre du relais: trouver chez le thérapeute un contenant qui ne soit pas défectueux du fait de la démence, un contenant qui ne soit pas, pour le sujet âgé, affecté de l'indice de la mort, ce qui renvoie une fois encore à la différence générationnelle entre le patient et le thérapeute et, enfin, un contenant qui permette d'échapper à la répétition des expériences primaires négatives de la contenance maternelle.

Dès lors, il n'est pas étonnant que le clinicien soit particulièrement sollicité comme objet-clé par les sujets sans descendance qui se pensent à l'ombre de leur propre disparition. En effet, ces sujets seraient, sinon, condamnés à un travail strictement endopsychique intenable car beaucoup trop violent. Le psychothérapeute, mis en position d'enfant (plus ou moins idéal) qui survivra (du fait de son âge mais aussi, dans un autre registre, du fait de sa résistance aux attaques inconscientes du sujet âgé), devient le dépositaire d'une partie du narcissisme de celui qui peut ainsi envisager sa propre disparition, au moins partiellement. »

Pour conclure:

Deux lignes de force, qui ont traversé plusieurs fois ce travail, seront ici reprises: d'une part celle de la dette de vie, en particulier en ce sens qu'elle est mobilisée dans l'échec de son acquittement faute de descendance, d'autre part celle du fantasme d'exister au-delà de soi-même dans les générations.

Arrêtons-nous d'abord sur la mobilisation tardive de la transmission au regard de la dette de vie. « *La vie n'est peut-être pas un cadeau gratuit mais porte en soi l'exigence de transmettre ce qui a été donné* » écrit M. Bydlowski³³ qui ajoute que « *le don de vie est à la fois promesse d'immortalité et de mort* ». Il est donc possible d'envisager la transmission comme double buttée, originaire et terminale, du sujet. En effet, « *pour que la transmission se pense comme une buttée structurante à l'infinitude omnipotente du moi, elle doit se représenter autrement que comme une blessure narcissique ou comme l'horreur d'être né* ». Cependant, à la fin de la vie, la transmission n'est possible qu'à condition que le sujet accepte suffisamment ce qu'il doit aux autres, la perspective de sa propre disparition et que d'autres lui survivent.

Il semblerait que celui qui décide de transmettre se met à exister à travers l'autre et aussi en conséquence à potentiellement envisager sa propre disparition. Je choisis lors d'un de nos entretiens de lui parler clairement de l'idée de la transmission et de la continuité en l'autre. C'est à partir de ce jour, après sa réaction d'étonnement que Mme P. se met à me parler comme si elle acceptait de continuer à exister en moi, au moment où elle dit ne plus désirer la mort mais la craindre.

La transmission peut donc être pensée comme une formation de compromis entre la connaissance préconsciente de la mort propre et la non-existence de celle-ci dans l'inconscient: continuer à

³³ Bydlowski (1997) cité par Talpin 2003

exister, mais hors de soi.

S'établit alors une circularité positive: le sujet âgé ne dépose/transmet ses bons objets qu'à des objets eux-mêmes vécus comme suffisamment fiables et ceux-ci sont de fait renforcés dans ce qui faisait leur fiabilité. Le clinicien se retrouve alors souvent dans une position de maternage auprès du sujet âgé qui, en retour, se propose comme modèle identificatoire étayant pour le thérapeute qui lui survivra : « *Vous penserez à moi, plus tard, lorsque vous rencontrerez ce que je rencontre actuellement, vous vous rappellerez ce que je vous ai dit.* »

Ces hypothèses, guidées par les appuis théoriques m'ont poussées à analyser mon contre-transfert, pour ne pas qu'il soit source de blocage comme il a failli l'être mais tremplin à la relation entre Mme P. et moi.

2.2. ANALYSES DU TRANSFERT ET DU CONTRE-TRANSFERT

A propos du travail avec les personnes âgées, Colpé (2007) disait que: « le fil conducteur qui nous permet de sortir de l'impuissance et de la haine face aux conflits dont nous sommes dépositaires, c'est le travail de représentation. C'est à dire la capacité de penser l'impact de la rencontre dans la perspective du temps qui passe, de la vie et de la mort. »

A. Le gel de la pensée, un contre transfert difficile

Dans son article, Siméone (1990), dans le paragraphe où il traite du transfert et du contre-transfert, reprend les idées de Quinodoz en ce qui concerne une des difficultés majeures dans le travail avec les personnes âgées.

Elle indique qu'« un autre mécanisme qui nous a surpris par sa fréquence lors des cures de personnes âgées est celui de l' « identification projective »: or cela demande au thérapeute d'être attentif à utiliser ce que Gromberg³⁴ appelle la « contre-identification projective ». En effet si le thérapeute ne repère pas que le patient utilise l'identification projective, il a très vite fait de se laisser entraîner par lui dans une relation circulaire agressive ou angoissante. »

Pour expliquer ce qui peut se passer entre le patient âgé et son thérapeute, l'auteur commence par une explication de ce mécanisme décrit par Mélanie Klein en 1946.

Il s'agit de l'expression du malaise du petit enfant par les pleurs adressés à sa mère. Si elle est suffisamment sereine et attentive, elle peut interpréter correctement les pleurs et répondre à sa demande. Dans le cas inverse, une communication de l'angoisse ressentie par la mère face à l'incompréhension des pleurs se communique en retour à l'enfant de façon amplifiée.

Il rajoute dans le cadre du travail avec les personnes âgées que « le sujet sénescence transmet au psychothérapeute beaucoup d'angoisse, de désespoir, de mort. Les pleurs apparemment confus, du « bébé âgé » s'appellent tour à tour solitude, apathie, désespoir, mort, souffrance somatique, dans son jeu de kaléidoscope qui s'amplifie à l'infini.

Il s'est plusieurs fois produit au cours de nos entretiens, des moments où la patiente se

³⁴ Gromberg (1985) cité par Siméone 1990

mettait à pleurer et où le discours verbal était remplacé par l'acte de pleurer.

J'ai été quelquefois désarmée, ne sachant pas quoi faire pour accueillir cette souffrance qui ne se mettait pas en mot et envahissait alors l'espace par vagues angoissantes.

Je me rapprochais alors d'elle, utilisant la fonction du toucher. Je lui prenais la main et restais avec elle, sans un mot.

Il en va sûrement de mon contre-transfert mais ce « bébé-âgé », qui pleure était parfois déstabilisant du fait peut-être de notre si grande différence d'âge.

Je me retrouvais les premières fois, démunie, me sentant impuissante. Siméone en traite aussi dans la suite de son paragraphe sur le transfert et le contre-transfert. « Toutes ces raisons amènent le thérapeute, qui se sent à un moment donné de la thérapie complètement impuissant et démunie, à se demander: « A quoi bon continuer le traitement? »

Je respectais ces silences, ces pleurs, laissant cet espace libre à une expression émotionnelle de la souffrance de Mme P.

Cependant je n'en demeurais pas moins décontenancée de ne pas savoir comment rebondir plus tard, comment relancer le discours, prise avec elle dans cette spirale qui me faisait perdre mes moyens, ma capacité d'improvisation et de créativité.

Ce qui me permettait de tenir était de me dire que même si je me sentais impuissante, peut-être que pour le moment, je devais rester à cette place là, offrir un lieu de dépôt à sa souffrance et attendre la suite.

Je me sentais, en décalage avec moi même, dans une place de mère, qui berce presque son enfant pour le calmer. C'est lorsque cette image mentale m'est apparue que j'ai compris que je m'étais ou avait été mise en place de mère, celle dont Mélanie Klein dit qu'elle peut renvoyer une angoisse amplifiée à son enfant si elle n'en comprend pas les pleurs.

C'est après avoir compris que semblait potentiellement se jouer une ébauche de relation mère-enfant, que j'ai repris courage, décidant de ne pas me sentir mal à cette place mais peut-être de l'occuper pendant un temps. De jouer ce rôle là provisoirement.

De ne pas me sentir mal à l'aise, mal-être que ma patiente pouvait probablement ressentir mais de choisir de volontairement l'occuper. Ne pas y être contrainte par la force des choses, prendre cette place à défaut d'arriver à relancer son discours mais de l'occuper avec une certaine assurance, pour qu'elle puisse y sentir une certaine solidité et lui permettre de déposer ce qu'elle avait à ce moment là a y déposer.

On peut tenter de rattacher cette relation circulaire angoissante qui a duré le temps de quelques séances, à ce temps suspendu pour moi comme une sorte de sidération.

C'est en essayant de me mettre à cette place de mère sereine et attentive que j'ai ressenti moins d'angoisse, ma pensée n'étant plus figée face à cette patiente.

En présence de cette patiente, le temps pendant les séances semblait suspendu et ma capacité de reconduction du discours figé, tout comme ma pensée. Millaud (2009) explique à ce sujet que: « D'autre part le psychothérapeute, en plus d'être incapable d'assurer une fonction contenant, peut aussi inconsciemment répondre aux fantasmes omnipotents qu'il reconnaît chez son patient par une « contre-identification projective », l'agir d'une identification projective complémentaire ou concordante (Racker, 1957)³⁵. Le thérapeute attribut alors défensivement au patient une réaction qui lui appartient en propre mais qu'il refuse de reconnaître en lui; par exemple, en attribuant au patient la volonté et le désir de l'empêcher de penser, de sentir ou en décrétant que son propre état mental provient du patient comme si sa fantasmagorie personnelle n'y était pour rien. »

B. Un travail sur la mélancolie? Transfert négatif entre sadisme et masochisme

J'ai pu ressentir de nombreuses fois au contact avec cette patiente, des sentiments ambivalents.

Des sentiments parfois de sombrer avec elle dans la spirale infernale de sa souffrance présente. Elle me donnait souvent dans son discours une impression d'échec et d'inutilité qui m'ont dans un premier temps interrogés puis qui ont éveillé des sentiments par vagues presque haineuses ou de rejet par moment.

C'est dans l'analyse en après-coup des entretiens et de mon contre-transfert que j'ai pris la mesure de mon ambivalence particulière pour cette patiente.

Elle tentait régulièrement de me mettre en échec, ainsi que plus généralement les soignants.

Je « ne pouvais pas comprendre », je « ne pouvais pas me mettre à sa place », « je ne pouvais rien pour elle et j'étais bien loin de pouvoir me douter de ce qu'elle ressentait alors que je ne serai jamais dans sa peau. »

Parfois elle m'éconduisait en me disant qu'elle ne souhaitait pas me voir, ne se sentait pas la force ni l'envie de parler encore. Bien que tentant de ne rien laisser paraître devant elle, sans me laisser démonter, un sentiment d'impuissance venait faire place à ce sentiment d'hostilité dont je venais d'être le réceptacle.

³⁵ Racker (1957) cité par Millaud 2009

J'avais remarqué que souvent, après avoir tenu ces propos, elle esquissait un petit sourire sur lequel je m'étais interrogé.

Dans le texte « Réflexion sur le masochisme », Dietrich analyse le travail avec le mélancolique et le rapport entre sadisme et masochisme dans ce cadre.

« Il va donc tout mettre en œuvre pour que le masochisme obtienne le sadisme dont il a besoin. Le travail avec le mélancolique pourrait donc se situer dans une dialectique de l'au-delà des mots; la stratégie thérapeutique de type analytique est là pour l'aider à respecter son Moi, plus que son Moi, son être, son essence même. Le masochisme n'aurait donc plus comme fonction que d'assurer la charge énergétique nécessaire dont il aurait besoin. En effet, le travail thérapeutique ne peut pas se résumer au deuil d'un objet qui est soi-même. Le travail thérapeutique se met vraiment en place quand le transfert négatif apparaît, c'est donc à ce moment-là, que le sadisme pourra émerger, il ne restera plus qu'à trouver les objets originaires sur lesquels il se dirigeait. Dans le travail avec les psychotiques et les mélancoliques, le thérapeute (l'Autre) peut se sentir vampirisé ou absorbé, attiré vers la béance, la blessure étant telle qu'elle attire en elle tous les investissements disponibles. Ainsi nous retiendrons ce double niveau de travail nécessaire : celui de la problématique objectale (la perte de l'objet) et de la problématique narcissique (l'investissement narcissique de l'objet). »

La vampirisation et la béance que l'auteur évoque font directement écho à ce que j'ai ressenti avec cette patiente pendant les premiers entretiens, et qui m'ont amenés à analyser ce ressenti pour essayer de comprendre ce qui se jouait plus profondément dans cette relation.

Je me suis donc intéressée au transfert négatif.

Vulpian (2005) traite du transfert négatif dans son acception la plus classique. Selon lui, il anime et soutient le processus en tant que *valence négative du transfert positif* qui serait, selon l'expression de J.Cournut (2000)³⁶, comme un transfert *négatif de vie*. Inhérent au déploiement processuel, il en est le plus souvent le « fer de lance » dans la mesure où il est lié aux résistances dues au transfert, lesquelles nécessitent qu'elles soient interprétées (analysées) pour les dépasser (et faire en sorte que le processus se déploie).

Fait de sentiments ou de mouvements négatifs, agressifs, violents et haineux à l'égard de l'objet de, et du, transfert, le transfert négatif s'exprime le plus souvent par l'attaque de l'analyste, du cadre, et

36 Cournut (2000) cité par Vulpian 2005

des conditions qui président à la gestion de la cure, comme à son apparente « faisabilité ». Du fait qu'il se manifeste comme valence négative du transfert de base et qu'il est en relation à un *mouvement d'ambivalence amour / haine* à l'égard de l'objet, il s'inscrit comme un mouvement de « *contre processualité* », notamment chez des sujets dont les modalités psychiques sont en mesure d'établir une « névrose de transfert » (Bokanowski, 2004)³⁷.

Les refus qui s'expriment dans le cadre de nos rencontres peuvent être lues comme des tentatives d'atteintes du cadre. Lorsqu'elle refuse par exemple que l'on se rencontre, est-ce une atteinte sadique du cadre ou une expression du négatif en tant qu'objet de l'affirmation de l'identité? Une personne âgée, à laquelle tout est imposé, par l'extérieur ou par son corps propre, dire non ne pourrait-il pas être un refuge de l'identité?

« Chez ces sujets, la capacité de déplacement des investissements étant conservée, le transfert négatif, qui s'adresse de manière ambivalente à l'objet (à l'objet de transfert), reste inscrit au niveau d'Eros; ses expressions psychiques sont alimentées par des reproches implicites, ou explicites, adressés à l'objet de (et du) transfert; il représente un facteur d'individuation – la capacité à penser et à dire « non » – du fait que la *différenciation primaire Moi / non-Moi* a pu être, autrefois, établie.

En d'autres termes, même s'il y a un apparent décentrement processuel qui brise l'illusion de linéarité et de continuité de la relation (tant objectale, que narcissique), la « transférabilité » est maintenue du fait que le transfert négatif reste *ancré* dans la *liaison pulsionnelle*. Grâce au champ de la relation analytique, les mouvements de transfert négatifs (mouvements agressifs, violents, hostiles ou haineux) sont transformables en affects, et demeurent symbolisables, à la faveur de l'interprétation (de transfert).

En résumé, dans ce type de transfert, les *sentiments d'hostilité*, comme la *haine*, relèvent de la *souffrance psychique* – par opposition à la douleur psychique; cette souffrance, qui est liée à l'angoisse de castration et de pénétration, comme à l'angoisse de séparation (qui renvoie au deuil), demeure « processuelle » et l'on parlera volontiers à son sujet de sentiments hostiles, de violence, comme de haine *dans* le transfert. »

Je ressens une certaine haine de sa part, comme une tentative de détruire le cadre par ce que je reçois comme des mises en échec perpétuelles.

C'est ce qu'analyse Lambotte (2009) au sujet du mélancolique duquel elle dit qu'il « ne cessera

37 Bokanowski (2004) cité par Vulpian 2005

d'occulter la place du sujet supposé savoir en s'efforçant de l'occuper lui-même; son négativisme généralisé tient alors essentiellement d'une logique formelle, dont les raisonnements ne font que conforter la figure du destin en un « il est trop tard » ou bien « les jeux sont déjà faits ».

Le mélancolique en renonçant à son Moi ouvre une brèche dans l'écoulement énergétique. Cette perte du Moi et l'hémorragie libidinale exacerbe la pulsion de mort. »

2.3. ENTRE THEORIE ET PRATIQUE: LE TRAVAIL AVEC MME P.

A. Agressivité, destruction, un travail sur la pulsion de mort

J'ai essayé de faire en sorte que nous élaborions un travail sur la pulsion de mort: Mme P. une fois un cadre solide construit, commence le dépôt en moi. Il s'agit donc d'un espace de dépôt de son passé, ce qui lui demande de ne pas rester dans un présent figé mais aussi un lieu fantasmé comme résistant et fiable dans l'avenir. J'ai résisté à ces mises à l'épreuve du cadre par ces attaques. Elle peut alors avoir confiance en ce cadre et commencer un travail de dépôt pour continuer à exister. Mais avant tout, l'agressivité dont elle fait preuve et les tentatives de destructions des « efforts » des soignants par les mises en échec répétitives pourraient être entendues comme une expression de la pulsion de mort qui vient être canalisée ou en tous cas détournée d'elle même, en étant dirigée vers le cadre à travers moi. Au lieu d'être dirigée vers Mme P., l'objet attaqué est à l'extérieur.

B. Un travail sur le désir de mort

Dans le discours de Mme P. un des éléments récurrents est le désir de mort énoncé. Mais voyant parfois la violence, la colère, on est en mesure de se demander ce qu'il en est au niveau latent.

Alors même qu'en apparence, un ralentissement de la pensée et un vide semble s'installer comme un effet de sidération devant le temps qui passe, donnant l'impression d'un abandon pulsionnel de la vie, même si la personne âgée est à la dernière étape de son existence, elle n'en est pas pour autant mourante.

Colpé (2007), insiste sur le fait que « le travail thérapeutique d'un sujet âgé n'est pas à confondre avec l'accompagnement de fin de vie. Cette personne n'est pas dans un adieu au monde mais à la recherche d'une nouvelle aptitude à être au monde. »

Les premiers temps, le thème de l'euthanasie revenais souvent dans le discours de Mme P.

Nous avons beaucoup élaborés sur la question de la mort. Je pensais au début que le désir qu'elle énonçait de mourir venait prendre le contre-pied d'une trop forte angoisse de mourir et qui figeait le

présent mais dans une éternité trop douloureuse pour Mme P.

Lorsqu'elle a commencé à dire que la mort lui faisait peur et que ce n'était peut-être pas ce qu'elle désirait en fait, je me suis demandé si justement, le fait d'avoir figé le présent dans une éternité, n'amenait pas un fantasme d'immortalité qui enlevait à Mme P. son désir de vivre, laissant flottante et vacante la pulsion de vie.

Quand Heidegger affirme que l'être propre au *Dasein* est l' « être-pour-la-mort », il veut dire que le *Dasein* est une totalité constituée pour la mort, c'est-à-dire, pour la *fin* en ce sens qu'être c'est finir. La possibilité de la mort est inscrite dans l'être du *Dasein*, elle est l'être même comme possibilité. Peut-être que chez Mme P., le temps figé dans une éternité immobile, lui faisait perdre la teneur de la vie en tant que finitude, donnant une impression d'éternité douloureuse. C'est peut-être pour cela, qu'elle espérait, attendait la mort, comme pour redonner une possibilité d'avenir, de sortie de cette éternité au présent?

C'est pour cela que je lui ai posé la question de la venue de la mort. Serait-elle bénéfique pour elle? Je lui avais demandé de me dire ce qu'elle se dirait ou ressentirait si je lui annonçais que la mort serait là dans quelques minutes. Elle avait répondu après un long silence qu'elle s'en irait probablement vite et loin. Elle m'avait par la suite souvent reparlé spontanément de cette fuite et de ce désir de mourir qu'elle avait élaboré comme: « une fuite du présent qui est trop long, la seule issue. »

Il s'agissait aussi de remettre la vie dans une perspective de finitude réelle, pour sortir de cette éternité fantasmée. Peut-être qu'en jouant la scène de la mort imminente sur le théâtre imaginaire, Mme P. pouvait alors se heurter imaginativement à une réalité à-venir, tenue à distance par le présent figé.

C'est pourquoi, au cours de nos entretiens, j'ai pris le parti, lorsque le moment opportun le permettait, de réfléchir ensemble sur les raisons qui sous-tendent le désir de mort et de parler avec elle sans tabou sur le fait que nous mourrons tous, tôt ou tard. Il semblait qu'aborder le thème de la mort, venait chez Mme P. redonner une valeur à l'existence dès lors qu'elle s'apercevait qu'elle n'était pas dans ce qu'elle ressentait dans un présent éternel mais dans une finitude réelle. Elle s'est mise d'ailleurs à me parler spontanément après quelques entretiens du fait qu'elle partirait en courant si la mort venait la chercher.

Il semble que cette situation imaginaire que je lui avait proposée, assez violente au demeurant, était venue bousculer son fantasme d'éternité, et avait redonné une teinte de valeur à sa propre existence. Vers la fin de nos rencontres, il était d'ailleurs question qu'elle change de résidence. Pour la première fois depuis longtemps, elle avait une perspective d'avenir autre que la mort. Elle me parlait de la présence d'un jardin, de pouvoir s'y faire balader, s'y reposer.

C. Un travail sur l'étayage du narcissisme

Selon Van Habost, une des temporalités psychiques, est « celle du temps linéaire lié à la conscience de l'inscription douloureuse de la vie dans une histoire temporelle (passé - présent - futur): je suis né de tel couple, ma pensée ne peut pas tout, elle a une histoire, elle contient des illusions, des non-vérités, de la fragilité et de plus, elle est appelée à disparaître! Cette temporalité, qui favorise le mieux la perception d'être une personne unique, est aussi celle qui contient la plus grande blessure narcissique: celle de notre finitude. Paradoxe, plus je m'individualise comme personne unique (la seule à avoir cette histoire particulière) plus je deviens conscient de ma prochaine disparition! L'action de cette temporalité psychique est le plus souvent niée, non reconnue, refoulée et habilement reconstruite dans d'autres temporalités plus supportables pour la vie quotidienne (c'est pourquoi il faut souvent toute une vie pour se rendre compte que l'on en a qu'une...) ex.: le temps brisé, le temps circulaire, l'atemporalité etc. »

Selon Le Gouès, le clinicien peut aider le patient à regagner quelques points dans son niveau d'organisation habituel et à les conserver plus longtemps. Il s'agit pour le clinicien de se doter des moyens psychiques qui lui permettent de rester auprès de son patient âgé sans trop s'appauvrir ni se déprimer. Et s'est en recherchant les conditions d'une relance créatrice que peut être produit le carburant narcissique nécessaire.

Pour se faire, il était nécessaire que Mme P. aborde ses souvenirs et son passé, mette en marche et à disposition un matériel sur lequel je pourrais m'appuyer. Tant que ce n'était pas le cas, je devais utiliser certaines parades pour parvenir à travailler un renforcement aussi léger soit-il de son narcissisme. Par exemple, lorsqu'il lui arrivait de me demander si on pourrait s'occuper d'elle pendant les sorties, je lui répondais qu'elle méritait la même attention que nous accordions dans ce contexte à chaque résident. Quand les occasions se présentaient, je lui rappelais qu'elle avait la « même valeur à nos yeux que les autres », dans ce qui m'apparaissait venir ici me questionner à ce niveau là.

Je crois que c'est de cette façon par exemple qu'elle a participé à certaines animations. Je lui faisais comprendre qu'au même titre que les autres, le personnel devait la conduire aux activités, dès qu'elle le souhaitait, et qu'elle n'était pas une charge.

De la même façon, lorsqu'elle refusait que nous nous voyions, je lui répondais que je repasserais comme je le fais avec chacun et que nous verrions alors si elle serait plus en capacité de me

recevoir.

Il s'agissait de montrer une résistance aux attaques, la mettre au même niveau que chacun et lui offrir la possibilité de dire non, pour permettre l'expression de son individualité.

D. Sécuriser la relation: la confiance et la solidité

Je revenais régulièrement la voir, je lui disais que j'avais pensé à elle dans différents contextes et pour différentes raisons. (Un article que j'ai lu, quelque chose qui m'a fait penser à notre entretien...)

Quand elle mettait à l'épreuve le cadre, (« Non je veux pas participer, non je viens pas non je veux pas vous voir aujourd'hui »), je revenais quand même, pour lui montrer la solidité et la rigueur de ma présence.

Je me présentais alors pour « prendre quelques nouvelles. Je repasserai », ce à quoi je me tenais.

Nous avons d'ailleurs observé un changement de comportement chez Mme P. comme la descente aux activités.

La mise en route du dépôt dans l'autre: une confiance dans le cadre?

Dans la relation clinique organisée par le transfert c'est à dire la faisabilité d'un travail avec l'autre, la confiance viendrait donner au transfert une qualité affective positive, où elle serait la version positive du transfert.

Ici, ce qui se joue dans l'établissement d'une relation de confiance, c'est le dépôt d'une partie de soi en l'autre, au delà de la confiance elle même, qui demande peut être d'abord de mettre le lieu de dépôt, le cadre, en souffrance, pour tester sa résistance et sa solidité. La confiance dans la relation serait alors comme une immunité contre la réalité extérieure, ici le temps qui passe et qui rapproche inexorablement vers la fin de la vie.

Concrètement, il s'agissait de toujours tenir ma parole, lorsque je lui indiquais un jour où l'on se rencontrerait, je m'y tenais même si en institution il est nécessaire de s'adapter au rythme des résidents et des soins, ce qui ne permet pas toujours de pouvoir suivre un planning de rencontres.

Dans le cas où je ne pouvais pas tenir mon engagement, je le lui faisais savoir, en passant rapidement la saluer et lui expliquer pourquoi.

Il fallait également résister aux attaques régulières. Par exemple, lorsque je passais, il est arrivé qu'elle me dise qu'elle ne souhaitait pas me rencontrer ce jour là, parfois en m'expliquant qu'elle n'était pas suffisamment en forme ou d'humeur, d'autres fois, sans autre forme d'explication.

J'aurai pu alors insister ou encore m'asseoir et attendre. Or, la question de la demande étant délicate en institution, la chambre étant le lieu de vie, d'intimité de la personne, il paraît bien peu déontologique de s'imposer dans la mesure où la personne le refuse.

Il s'agit peut être alors davantage de composer avec le refus. Je remarquais que son visage devenait attentif, instinctivement, j'aurai dit qu'elle guettait ma réaction.

Je restais alors avec le sourire, lui disais que je comprenais qu'elle puisse ne pas être en forme, que je continuerai de toute façon à « passer prendre de ses nouvelles » en espérant qu'elle se porte mieux. Je lui disais que je repasserai mon prochain jour de présence et que nous verrons si elle serait alors en suffisamment bonne santé pour que nous nous rencontrions.

Elle avait souvent un regard étonné. Je ressentais parfois des mouvements de colère suite à ce rejet mais que je ne laissais absolument pas transparaître pour ne pas lui laisser penser qu'elle pourrait réussir à éprouver le cadre en me rejetant.

Je lisais aussi ce refus sur le mode du : « je te rejette, vas-tu revenir tout de même? »

Peut-être que cette lecture m'aidait aussi sur le moment, à supporter ces attaques, ces mouvements rapides et pourtant si agressifs à l'égard de notre relation, de notre cadre que je devais maintenir mais en m'adaptant.

Et c'est face à cela, que je revenais systématiquement, en essayant de rester égale à moi-même, solide. Maintenir un cadre interne résistant aux attaques du cadre de nos rencontres m'a permis de maintenir une régularité et une fiabilité de nos rencontres, dans la temporalité.

E. Un dépôt pour continuer à exister: s'assurer un avenir en l'autre?

C'est peut-être en testant ma fiabilité par la mise à mal du cadre, c'est à dire l'aptitude du dispositif à accomplir une fonction requise dans des conditions données pour une période de temps donnée, que Mme P. a de façon peut-être involontaire, ouvert en moi un lieu de dépôt d'elle même, par la transmission de ce qu'elle est par l'intermédiaire de ses souvenirs. De cette façon, s'assurer de continuer à exister en l'autre, en moi, comme une ultime tentative à échapper à la castration réelle: sa mort.

Il semble que nos derniers entretiens aient fait l'objet d'un mouvement des temporalités de Mme P.

Elle a commencé à parler de son passé, de ce qu'elle était auparavant. Je lui avait proposé, si elle le souhaitait, de me raconter ce qu'elle était justement et qu'elle estimait ne plus être. J'en étais venue à apprendre, l'un de nos derniers entretiens, qu'elle avait été mariée longtemps, ainsi que d'autres éléments de son histoire, qui redonnaient un mouvement à la temporalité de nos entretiens.

Il semble que son présent n'était plus aussi figé, qu'elle commençait à s'autoriser quelques incursions dans son histoire. Il semble qu'elle avait été marquée par l'idée que l'on peut se construire un avenir en l'autre.

En effet, un jour où le moment s'y prêtait selon moi, je me suis autorisée à lui dire de façon très claire que nous pouvions nous mettre d'accord sur ce vers quoi nous pouvions aller ensemble.

F. Investir les pulsions de vie: maintenir les liens sociaux

Hors entretiens individuels, après que Mme P. commence à participer ou assister aux activités, nous avons tenté de maintenir cette dynamique en équipe.

Les membres de l'équipe s'occupaient de préparer Mme P. pour les heures de sorties, l'amenaient aux activités. Nous tentions de cette façon de maintenir des liens avec les autres résidents, en lui offrant également la possibilité de sortir de sa chambre, de ne pas rester isolée dans ce douloureux présent mais de recommencer à partager un temps commun à tous, rythmé par des activités communes source de lien social.

Alors que Mme P. m'a semblé être vécue comme une personne qui cristallisait le mal-être de son étage, son statut s'est modifié, n'étant plus la résidente qui reste dans sa chambre, et qui pose souci, comme une personne symptôme mais au contraire, une personne dont le corps soignant s'occupe. Au lieu de la fuir.

En conclusion:

De nombreux premiers entretiens avec Mme P. ont été pour moi source d'angoisse et de difficultés. C'est en analysant et en me mettant au clair avec mon ressenti douloureux vis-à-vis de cette patiente, que je me suis appuyée sur une lecture de nos inscriptions temporelles respectives.

Cette lecture particulière en lien avec un contre-transfert difficile, m'a aidé à comprendre le vécu subjectif du temps de cette patiente. C'est sur cette base de ses rapports au passé, au présent et au futur, comme je les ressentais dans l'immédiateté de nos entretiens et de ce qu'elle en disait, que j'ai

essayé d'adapter ma pratique pour créer un cadre suffisamment sécurisant qui pourrait être le lieu de la remise en mouvements de ses inscriptions temporelles.

Mme G.

3. SYNTHÈSE DE QUELQUES ENTRETIENS AVEC

MME G.

1er entretien: la rencontre.

Mme G. est âgée de 86 ans. Sa chambre est décorée avec ses meubles, très personnalisée et j'y vois beaucoup de livres. Elle est d'ailleurs souvent en train de lire.

Le soupçon de la raison de l'état délirant est d'agitation de cette résidente est imputée à une potentielle maladie à corps de Lewy. Ce premier entretien consiste donc à une première rencontre avec cette dame.

Le premier entretien se passe dans sa chambre. Elle est alitée et très délirante. Après que je me sois présentée avec difficultés, Mme G. commence par me dire qu'elle m'a vu à la messe. Je lui demande comment va son moral ce à quoi elle répond qu'il s'agit d'un vaste sujet. Elle me raconte que lorsqu'elle est arrivée elle était à bout. Son discours est émaillé d'incohérences ou en tout cas difficiles d'y trouver un lien logique. « J'étais pas malade, mes parents étaient inquiets mais je vais mieux. »

Elle vas ensuite me parler sans transition des chaises. Elle me dit que les chaises de sa chambre bougent. « La nuit la chaise m'inquiète ça m'agite »

Quand je lui demande depuis combien de temps elle est là, elle me répond trois semaines.

Le thème de la chaise et de l'angoisse qui s'y rattache semble très important pour elle puisqu'elle me demande si la chaise en question de m'angoisse pas à moi.

Au début de l'entretien je lui demande si je peux lui emprunter une chaise pour m'asseoir près d'elle et que nous fassions un moment connaissance. On peut de demander si la chaise a alors été le réceptacle de ses angoisses et a du même coup permis une rencontre entre nous deux qui ne soit pas trop chaotique.

Une ambivalence est à repérer puisque Mme G., parallèlement à son discours teinté d'angoisse et d'agitation, tient aussi des propos positifs.

Elle passe soudainement à une sorte d'euphorie, en me disant que c'est une bonne journée aujourd'hui. Elle me dit de façon vive et avec le sourire « je me suis levée, j'ai regardé dehors. Ah le

soleil!!! ».

« Vous aimez regarder dehors? »

« Oui par paresse j'aime regarder dehors. »

Elle bascule ensuite dans un discours plus sombre en me disant « je suis déprimée. Pas déprimée mais je cherche » (long silence). Je lui demande si elle déprime à cause des chaises qui l'angoissent et elle me répond que ça ne la déprime absolument pas.

Elle va se remettre à me parler des chaises, leurs couleurs, leurs formes, leurs matières et me raconter que celle sur laquelle je suis assise était à sa grand mère. Elle me parle de leur maison de campagne, de ses cousins et revient régulièrement dans son discours à traiter du thème des chaises et du beau travail de ceux qui les ont fabriquées.

Tout au long de l'entretien, elle passera par des phases de silence ou ses sourcils se froncent comme pendant une réflexion profonde et des phases où son visage se détend, elle sourit et dit se sentir bien.

Ce qui ressortira discrètement au milieu de son imposant thème des chaises, c'est l'évocation de sa famille, au travers de ses interrogations sur les chaises. Pourquoi sa grand mère fait bouger les chaises pendant la nuit et qu'elle les retrouve le matin pas à leur place. Pourquoi fait-elle cela?

Pour Mme G., ses déplacements incongrus sont source de questionnements que j'entends comme un questionnement autre qui est masqué derrière le questionnement sur un objet. Un lien à la famille peut être?

Elle ne semble pas remettre en question l'idée que les chaises se déplacent toutes seules la nuit.

Un soir nous sommes appelés en urgence par l'accueil où se trouve Mme G. qui est très agitée, souhaite que l'on appelle son époux et son fils car elle souhaite partir ne les voyant pas rentrer. Son discours est très confus mais ce qui apparaît clairement c'est un grand énervement envers son mari et son fils ainsi que son désir de quitter la résidence pour aller les chercher. Je tente donc de la calmer et lui propose que nous marchions un peu le temps qu'elle m'explique ce qui se passe.

Nous nous dirigeons vers l'ascenseur et finissons par aller dans sa chambre. Je resterai alors un moment avec elle. Elle me fait part de son incompréhension totale de la situation.

Pourquoi son mari n'est pas là, pourquoi son fils ne vient-il pas la voir? Sont-ils complices? Son mari s'est-il encore mis dans un mauvais coup? Elle crie, est très agitée, très angoissée et surtout empreinte de colère.

Ce qui transparait c'est une angoisse de ne pas comprendre sa situation actuelle au travers de l'absence de son mari et de son fils. Son discours est teinté de d'angoisse et de doute car elle me soupçonne ainsi que les employés de la résidence de volontairement lui cacher ce que son mari a « encore fait » et si il est en prison ou en train de préparer un mauvais coup. Elle se demande pourquoi elle est la seule à ne pas être au courant, pourquoi tout le monde s'accorde à lui cacher se qui se passe. Après une demi heure elle retrouve progressivement son calme et accepte de se coucher et d'attendre le lendemain pour décider ou non d'aller les chercher.

Mis à part le besoin immédiat de la calmer pour éviter qu'elle ne se mette ou mette les autres résidents en danger, il me semble entendre un écho de notre premier entretien. Quelque chose lui pose question, et ce questionnement incertain éclate cette fois-ci là où la première fois il avait se serait déplacé sur un objet.

3ème entretien:

Dès le début de l'entretien, elle me demande quel est mon rôle, ma place et ma fonction. Elle semble ne pas se souvenir de nos rencontres précédentes ou en tout cas ne donne pas d'indice qui permettrait de montrer qu'elle s'en souvient.

Lorsque nous nous rencontrons, elle me fait clairement part de l'incompréhension de sa situation actuelle.

L'entretien commence par l'expression d'un grand désarroi et d'une grande anxiété. Puis au fil de l'entretien, elle va davantage verbaliser ses angoisses. Il se produira lors de cette rencontre, une évolution entre le début et la fin.

Je décide de mettre de côté le délire comme conséquence d'une lésion organique mais j'essaie de le penser autrement, comme quelque chose qui viendrait s'exprimer dans ce délire.

Elle verbalise ne pas comprendre comment elle est arrivée à la résidence. Elle essaie pourtant d'utiliser un raisonnement logique pour trouver des explications.

Elle me dit bien se rendre compte que c'est sa chambre, se sont ses affaires, elle les reconnaît, mais ignorer depuis combien de temps elle est ici. Je vais d'abord l'aider à verbaliser cette logique en remontant à la source de son angoisse. Elle me dit savoir qu'elle a habité à Marseille, qu'elle a un appartement dans le quartier, proche de la résidence mais ignore dans quel état est son appartement et qui l'habite. Elle reprend ensuite point par point les membres de sa famille. Elle sait avoir un fils qu'elle voit de temps en temps. Elle a aussi une sœur qu'elle voit régulièrement passer dans le

couloir devant sa chambre mais qui ne se retourne pas. Elle ne comprend pas ce comportement de sa sœur ni pourquoi elle l'ignore. Elle dit savoir avoir été mariée une fois et il lui semble avoir peut-être avoir été mariée une deuxième fois mais n'en est pas sûre.

« Je sais que j'ai un mari, que j'ai été mariée une fois. Mais je crois que peut-être j'ai aussi été mariée une deuxième fois. Je n'en suis pas sûre, c'est possible, je sais pas. »

« Alors ce qui m'ennuie vraiment, c'est que je me demande comment j'en suis venue à être ici. Je reconnaît bien que c'est ma chambre, que ce sont mes affaires, oui ça je le sais, la chaise par exemple c'est celle de ma grand mère et les meubles je les avais à mon appartement, bon ça je le sais. Très bien. Mais maintenant, ce que je ne comprends pas et que je m'épuise à essayer de comprendre c'est de quelle façon je suis arrivée là. »

« si je comprends bien, vous êtes en train de me dire que vous savez que vous vivez ici, et qu'avant vous vivez à votre domicile, mais que ce qui vous manque est la transition entre les deux? Est-ce que c'est bien cela que vous me dites? »

Mme G. me répondra qu'il s'agit bien de ce qui l'angoisse. « c'est cela en fait, cette incompréhension, ce vide, je passe mes journées à essayer de reconstituer ce qui c'est passé, je m'inquiète, c'est absolument terrible, je ne comprends pas, je n'arrive pas à me rappeler. Donc j'essaie de m'occuper l'esprit en lisant par exemple, ça me permet de penser à autre chose parce que sinon, ça m'épuise. »

« Ca vous épuise de ne pas comprendre comment vous en êtes arrivée là, est ce que ça voudrais dire que vous ne vous souvenez plus de la transition et que cette absence de transition est très angoissante pour vous? »

« Oui c'est exactement ça je ne comprends pas, je ne me souviens plus, vous ne pouvez pas imaginer à quel point c'est horrible. »

« Alors expliquez moi, quand vous pensez à cela, qu'est ce que vous ressentez? Ça génère quoi? »

« Et bien je me sens comme aspirée par un immense vide, mon cerveau tourne, tout s'emmêle et s'embrouille et j'ai l'impression d'être absorbée vers le bas, de tomber dans un trou sans fond, de me faire aspirer. Et alors là, je perds la substance de la réalité, il n'y a plus de substance, tout me file entre les doigts, plus rien n'a de sens, c'est un tourbillon infernal, et plus j'essaie de comprendre et plus je me perds là dedans et j'ai vraiment l'impression que je deviens complètement folle. C'est horrible, c'est vraiment très effrayant, j'en souffre. »

Elle doute de ses propres souvenirs: « on m'a dit que je suis veuve... bon... je ne sais pas si c'est vrai mais enfin, ça doit être vrai. »

Elle exprime avoir peur d'être en train de perdre ses capacités intellectuelles, sa mémoire.

Elle me dit ne pas être assurée de ne pas être en train de perdre la tête et de devenir folle. Elle se souvient pourtant de sa famille, de son enfance mais dit se sentir lucide sur son état de perte.

Elle me dit essayer de combler ce vide: « j'essaie de broder ». elle témoigne ici de sa tentative de reconstruction d'une explication qui lui permettrait de combler ce vide et donc de parer à son angoisse.

Je me pose donc la question de l'origine de ce vide, est-ce une défense, un refoulement face à quelque chose de douloureux? On pourrait faire l'hypothèse que le passage de son domicile à la résidence à été source d'un traumatisme et donc d'un refoulement du souvenir.

Contrairement aux tentatives de reconstruction de la patiente qui échouent, je m'interroge sur l'intérêt de combler le vide. Etant donné que les tentatives de Mme G. échouent ce qui augmente sa souffrance, je décide de tenter de l'aider à accepter ce vide de compréhension et donc à chercher ensemble quelles pourraient être les raisons de l'existence de ce vide.

De cette façon, je me fixe comme objectif de diminuer la souffrance à ce niveau et en continuant à élaborer, éventuellement à permettre à quelque chose d'émerger qui viendrait nous en dire plus sur cet « oubli ».

Je lui propose alors une hypothèse. Et si ce vide avait une raison d'être? Elle me répond qu'effectivement il n'a peut être pas de rapport avec des pertes de mémoire puisqu'elle se souvient de reste de sa vie et que seule cette transition a disparue. Et si il s'était mis en place pour la protéger de quelque chose de peut-être trop difficile? Si cet oubli avait une fonction?

On peut se demander si il y a un intérêt à laisser ce vide et à l'accepter, au moins provisoirement?

A la fin de l'entretien Mme G. me dira: « peut-être que c'est parce qu'il y a des choses que je ne suis pas prête à accepter?... »

Une ambivalence est à repérer puisqu'elle me dit qu'elle cherche à savoir mais qu'en même temps elle préfère en fait ne pas savoir. « je veux savoir! Je veux qu'on me dise!! Non en fait peut-être que je ne préfère pas savoir en fait. »

« J'y pense beaucoup mais j'essaie de m'interdire d'y penser. »

Je propose à Mme G. de laisser une place au moins provisoire à ce vide pour essayer de moins en souffrir. Elle me dit que de toute façon, elle n'arrive pas à faire du lien.

Ce que je tente d'interroger ici est ce qui est recouvert par ce vide. Malgré la lésion potentielle, peut-être que quelque chose de particulier vient s'exprimer dans l'oubli.

A long terme l'objectif avec cette patiente pourrait être de savoir ce qui vient être dit en lieu et place de l'oubli. Ou en tous cas, permettre de vivre moins douloureusement cette incompréhension.

D'un point de vue psychopathologique, on pourrait s'interroger sur l'ambivalence qui apparaît tout au long du discours.

D'une part, le thème récurrent est sa famille et elle me dit que si elle va dans la maison de sa grand mère, ses cousins et sa famille vont-ils la reconnaître? A t-elle toujours sa place là bas. Je lui demande si elle doute de la place qu'elle a dans sa famille. Elle me dit ne même pas savoir si elle en a encore une. Le vide de place, l'absence de place pourrait ici faire écho au vide dont elle parle.

On pourrait faire l'hypothèse qu'elle cherche à retrouver une identité perdue, au sein de sa famille. Peut-être que son absence de souvenir a été comblée par une reconstruction qui est venue réveiller une problématique d'ordre familiale.

Sur sa place dans sa famille dont elle doute sur le mode: « je ne me reconnais pas moi même alors pourquoi les autres me reconnaîtraient-ils? »

4ème entretien:

Nous nous rencontrons sur la terrasse, un peu avant l'heure du diner.

Nous allons remonter ensemble dans son histoire. Elle nous raconte qu'elle a eu un fils. Elle est tombée enceinte de lui, alors qu'elle ne s'y attendait absolument pas, 15 ans après avoir commencé à essayer de tomber enceinte.

Elle se questionne sur les raisons qui font que cet événement s'est produit du jour au lendemain sans aucune raison valable.

A l'inverse, sa soeur est tombée trois fois enceinte avec beaucoup de facilité.

Nous parlons alors de l'utilisation de l'hypnose qui peut donner des résultats dans ce contexte.

Notre entretien en viendra à poser une question. « Ma mère ne m'a jamais parlé d'un enfant avant moi ou alors de ne pas m'avoir désirée. Je pense que j'ai été désirée. »

Lorsqu'elle déclare cela, un lien se fait spontanément qui est celui de son questionnement sur sa place familiale, qui apparaît souvent à l'occasion des épisodes confusionnels.

Notre entretien se portera aussi sur l'avancée en âge, elle exprime ce que je prends pour une angoisse de la dépendance.

Elle dit: « Pour l'instant ça va, je ne suis pas trop mal pour mon âge, le seul souci c'est mes jambes. Mais bon en tous cas je ne serai pas centenaire de toute façon. »

« Pourquoi pensez-vous que vous ne serez pas centenaire? Qu'est-ce qui vous pousse à penser ça? »

« Oh mais non mais j'espère que je ne serai pas centenaire! Là franchement, ce que je fais, c'est que

j'attends la mort. Je vivote en attendant la mort. C'est pas une vie vous savez. Et puis un jour ou l'autre je ne vais plus pouvoir marcher, et ça.... »

Nous aborderons alors plus en détails sa crainte de ne plus pouvoir marcher.

4. ANALYSE D'UN RAPPORT A LA TEMPORALITE: LE CAS DE MME G.

4.1. RAPPORTS A LA TEMPORALITE

Comme le soutient Quinodoz (2002) « De toute façon, pour que les affects ressentis dans le présent puissent continuer un souvenir et s'insérer dans l'histoire du patient, il est important qu'ils ne soient pas trop intolérables afin que le patient n'ait pas besoin de recourir au refoulement ou au clivage pour se défendre contre l'angoisse qu'ils suscitent. »

« Les affects qui avaient été éprouvés comme très effrayants hors de l'analyse deviennent moins effrayants pour le patient lorsqu'ils les aura revécus dans la relation transférentielle. D'une part le patient pourra constater que l'analyste n'est pas détruit par ses projections, mais surtout l'analyste utilise sa capacité de rêverie pour rendre intégrable à son patient ce que ce dernier avait projeté en lui parce qu'il était trop angoissé pour être capable de l'intégrer seul.

De plus, les sentiments violents ressentis par le patient sont d'autant plus difficiles à intégrer qu'ils sont condensés et forment une masse compacte; l'analysant a moins peur de les ressentir lorsqu'il a pu faire l'expérience qu'avec l'analyste il va pouvoir décondenser ce nœud serré de sentiments pour en découvrir les nuances et assimiler ce qui au départ lui avait paru un roc indigeste. En effet, l'analysant dont j'ai parlé plus haut dans les séances qui ont suivi le dialogue que j'ai cité, a pu décondenser la complexité de ce qu'il avait senti... »

Mme G. se plaint de ne pas se souvenir de son arrivée à la résidence. Comment l'entendre hors lésion physiologique ou biologique? Faut-il séparer ce qui peut potentiellement venir d'une lésion? La lésion ouvre t-elle une voie d'expression à quelque chose d'apparemment douloureux ou justement permet elle d'éviter de savoir?

Pourrait on imaginer que la lésion si lésion il y a, viendrait permettre d'annihiler des souvenirs ou des traces émotionnelles trop douloureuses pour la personne? En poussant le raisonnement plus loin on pourrait même se demander si dans certains cas, la lésion viendrait se déclencher pour permettre à la personne ces oublis?

Nous allons nous intéresser à cette comorbidité dans le présent de Mme G. et proposer une tentative d'analyse de ses inscriptions temporelles.

A. Comprendre l'inscription temporelle dans l'ici et maintenant?

Lors de nos rencontres, nous avons été en présence de deux rapports au présent chez Mme G.

Certains entretiens, se sont déroulés pendant des épisodes confusionnels. A ces moments là j'ai trouvé Mme G. très agitée et anxieuse.

Le présent de Mme G. semble figé dans une interrogation douloureuse, comme circulaire pendant les épisodes confusionnels. Ses interrogations se portent sur deux axes. Le premier concerne le départ de son domicile jusqu'à son arrivée à la résidence. Elle exprime ne pas comprendre, ne pas réussir à se souvenir de son arrivée à la résidence. Son deuxième questionnement concerne les membres de sa famille. Elle exprimera au cours de nos entretiens, son questionnement sur l'absence de son fils et de son mari. Se demandera pourquoi sa soeur passe devant sa chambre sans jamais s'arrêter pour lui parler, et posera de nombreuses questions en rapport avec sa famille.

Pendant les épisodes confusionnels, j'essaie de me laisser amener dans l'immédiateté de son vécu (ou de ce que je suppose être son vécu). Y entrer avec elle pour essayer de mieux comprendre son ressenti immédiat. Pour se faire je me base sur mon ressenti immédiat de la temporalité dans la rencontre. Lors de certains entretiens, le temps semblait très rapide, comme accéléré. Mme G. parlait rapidement, me donnant l'impression parfois que sa logorrhée venait en miroir de la circularité rapide du temps, comme une aspiration par un siphon.

Ses tentatives de réponses à ses propres questions à ce moment là se basaient sur des mouvements très rapides de va-et-vient entre le passé, le présent et le futur, à l'inverse des questionnements qui tournaient en boucle. Elle a dit par exemple: « Vous voyez, je ne comprends pas, j'étais chez moi, j'avais un appartement, un appartement pas loin, à Marseille. Et je ne sais pas comment je suis arrivée ici, alors que j'étais chez moi, hop, je suis ici, je ne comprend pas, j'avais un appartement et puis d'un coup, je suis ici. »

Alors le présent semble tourner autour de ces questions, de façon très répétitive parfois, comme en

boucle.

Il semble apparaître ce que l'on va nommer une faille temporelle qui exprime le manque d'accès à la transition entre le passé et le présent et qui peut-être ne lui permet pas d'envisager le futur?

B. Une faille temporelle dans le passé: un défaut de mémoire?

Dans les troubles démentiels, on retrouve des troubles de l'orientation temporelle, et troubles de la mémoire et comme nous l'avons vu dans la partie théorique, la mémoire et la temporalité sont directement liées. Le rapport au temps ne peut pas être désolidarisé de l'utilisation de la mémoire et donc de l'accès aux souvenirs.

On peut alors se demander comment comprendre certains troubles de la temporalité en rapport avec la mémoire?

Peut-on envisager qu'un patient qui semble présenter des troubles de la mémoire, présente en fait des accès particuliers aux souvenirs par une temporalité tout aussi particulière?

Qu'en est-il alors pour Mme G. dans cette faille de son historicité? Comment peut-on envisager cet ignorance de la transmission entre son passé et son présent? Ce manque de lien est-il à attribuer à un oubli? Un défaut de mémoire?

L'article de Quaderi (2009) m'a apporté des pistes de réflexion. Il stipule que « La mémoire, selon la théorie freudienne, s'avère alors une construction inconsciente, entre le processus de refoulement et le retour du refoulé: « Le processus (du souvenir) que nous rencontrons ici : conflit, refoulement, substitution avec formation de compromis, revient dans tous les symptômes psychonévrotiques.» Les fondations de notre mémoire reposent sur des mécanismes inconscients et nos souvenirs se transforment au même titre que l'acte manqué, le lapsus et le rêve pour apparaître à la conscience. Freud, dans « Un trouble de la mémoire sur l'Acropole », le souligne clairement au sujet « d'un énoncé erroné sur le passé » dont il analyse la constitution comme « aussi anormale que les rêves». Freud ajoute que « la fonction de la mémoire, que nous nous représentons volontiers comme des archives ouvertes à tous ceux qui sont avides de savoir, est donc sujette à être endommagée par une tendance de la volonté, tout comme n'importe quelle partie de notre activité orientée vers le monde extérieur». La mémoire s'analyse dans un rapport étroit avec l'oubli qui participe à la formation de souvenirs. Ainsi, l'oubli se comprend comme consubstantiel de la mémoire. «L'oublié n'est pas effacé, mais seulement “refoulé”»; ses traces mnésiques existent dans

toute leur fraîcheur, mais isolées par des «contre-investissements» .

En cheminant sur ce point avec ma patiente, je me suis demandée si cet « oubli » n'avait pas en effet valeur de refoulement. Elle déclare d'ailleurs à la fin d'une de nos rencontres qu'il est possible qu'elle ne souhaite pas se souvenir. Même si son rapport à sa propre temporalité perd pour elle de sa cohérence. (« Je ne m'y retrouve plus, tout est mélangé. »)

Une mémoire qui oublie est encore une mémoire qui travaille puisque ses deux fonctions sont de se rappeler et d'oublier. Quelle est alors la fonction de l'oubli dans ce cas, si on essaie de porter un regard non déféctologique?

«La démence est une bio-amnésie entre l'individu et son milieu caractérisée par la dissolution des systèmes de croyances et du langage protégeant normalement du caractère traumatique du réel, d'où des atteintes cognitives et non cognitives. Outre une altération de la mémorisation, existe une dérégulation de la rationalisation émotionnelle marquée par une oscillation entre anosognosie et retour répétitif des souvenirs traumatiques en particulier pour la famille, d'où des réactions d'angoisse catastrophiques non contenues lorsqu'il existe une atteinte concomitante des mémoires familiales ». (Hazif-Thomas et Arroyo-Annlllo, 1999).

Nous retrouvons bien le problème de la mémoire, mis en perspective avec l'environnement, dans une causalité biologique. Celle-ci est diagnostiquée comme l'origine de pertes de mémoire, elles-mêmes sources d'une atteinte des systèmes psychiques. Les conséquences de cet ensemble de déficits induisent un bouleversement aux niveaux des symptômes, des affects et de la subjectivité du patient. Cette définition résume parfaitement la plupart des approches concernant la démence. Elles introduisent de plus un facteur traumatogène récurrent dans les théories biologiques (ou non) de la démence (Quaderi, 2004). Maisondieu (1989), quant à lui, analyse la démence comme « une affection psychologique » qui « n'invalide pas la dimension somatique ». Le début de la démence viendrait du refus de vieillissement de la personne âgée et trouverait son origine dans « une phobie de l'image spéculaire », l'image de la vieillesse.

La personne âgée ne supportant pas son image vieillissante développerait une solution psychique: devenir démente en se soumettant à un « reniement », se refusant à se voir dans son double spéculaire. La personne âgée substituée à son image ancienne (au lieu d'accepter sa décrépitude) « un suicide en effigie », autre définition de la démence. Celle-ci serait alors une « thanatose », une action de la pulsion de mort. Selon Ploton (1996), le mécanisme chez les déments

serait « un repli de leur conscience sur elle-même » allant de pair avec un passage de « l'émotion acceptable » parce que compatible « avec la constitution d'un système organisé interneuronal, émotion autorisant donc la construction de représentations psychiques » de type démentiel.

Dans son article « Figurer le temps pour tuer le souvenir », Quinodoz (1990) soutient que ce qui peut se jouer avec certains patients, dans le présent de la rencontre, vient être mis en lien avec « son histoire actuelle, et pouvait se constituer comme souvenir pour le futur. D'autant plus que prenant sens pour lui, elle devenait moins angoissante: les mêmes événements internes, qui sont angoissants et non intégrables tant que, n'ayant aucune signification, ils échappent à l'activité organisatrice du moi, peuvent devenir supportables dès l'instant qu'ils ont un sens et obéissent à une certaine logique. Même si le patient ne la comprend pas, il sait qu'il y a un sens à découvrir, et cela même est rassurant. »

Au cours de nos entretiens, j'ai donc tenté de la guider vers une remise en sens, ce qui semblait être pour elle un défaut de signification de son « oubli ».

Nous avons essayé de lui donner un sens, en lui attribuant une fonction, pour ne pas le laisser vide de sens.

Il serait alors intéressant de se demander si la confusion dans l'inscription temporelle peut être mise en lien avec un défaut de sentiment de continuité de soi provoqué par la démence?

On pourrait considérer que la mémoire, l'accès aux souvenirs, permet une inscription temporelle qui serait un gage de sentiment de continuité de soi pour la personne âgée.

Peut-être qu'une lésion biologique qui viendrait rendre difficile l'accès à la mémoire, ou encore qu'un événement traumatique qui ferait l'objet d'un refoulement, viendrait déstabiliser l'accès à une inscription temporelle sécurisante pour la personne. Car c'est un gage d'accès à ses fondements identitaires, qui viendrait craqueler le sentiment de continuité de l'être et donc provoquerait une hémorragie psychique qui se déverserait dans le corps, provoquant le passage à l'acte.

A la suite de ces entretiens, certaines lectures m'ont aidé à proposer des pistes de réflexion et des hypothèses concernant le travail avec Mme G.

L'article de Montani et Ruffiot (2009), nous a apporté des bases précieuses de réflexion.

Les auteurs développent l'hypothèse selon laquelle « l'image du corps en tant que synthèse des expériences de vie du sujet « fait limite » et assure une cohésion psychique. »

Elles rajoutent que « les défenses mobilisées par le sujet dément dans ce qui apparaît comme une

lutte contre la perte de contenance et de représentabilité de ses propres limites nous semblent liées à ce que l'on pourrait appeler un trouble de la permanence de soi. Nous faisons l'hypothèse que la perte du sentiment de permanence et d'historicité du sujet s'originerait pour partie dans une dédifférenciation entre moi psychique et moi corporel.

L'idée serait de considérer le sujet dément comme en proie à une régression protéiforme qui, sous l'impact de la désorganisation déficitaire, viendrait provoquer cette dédifférenciation qui s'actualiserait alors sous la forme d'alternances d'états.

En effet, les malades fonctionnent à plusieurs niveaux : tantôt ils sont en accord avec la réalité, avec l'interlocuteur, tantôt ils s'en éloignent. Cette discontinuité d'être qui signe la porosité des frontières entre réalité interne/réalité externe ; réalité subjective/réalité objective, serait selon nous intimement liée à une altération fluctuante des limites du moi.

Ainsi, face à cette perte des limites, observe-t-on différents mouvements psychiques chez le patient: quand la dissolution des limites reste partielle, le sujet éprouve des phénomènes d'étrangeté : « Je ne sais plus où je suis, on m'a changé ma maison. C'est ma maison mais ce n'est pas ma maison. » Lorsque la rupture est massive on peut observer chez le patient une sorte d'accommodation sereine au cadre tant l'hallucination transforme la réalité objective en une néo-réalité imaginaire. Ainsi, le jardin de l'hôpital se métamorphose en « cour de la ferme » et tel visiteur anonyme est identifié par le patient comme étant son « père ». »

J'ai rencontré ces alternances d'états chez Mme G.

Selon les auteurs, elles « sont particulièrement repérables lorsqu'on étudie la question de la désorientation. Au-delà de la désorientation « formelle », éminemment intellectuelle (jour, mois, saison, année, lieux divers...) on observe une désorientation « existentielle » qui déborde la sphère cognitive consciente et engage des mécanismes plus complexes particulièrement mis à mal dans la démence. Nous voulons parler de la continuité d'être et de la permanence du sujet. Si le sujet dément se désoriente c'est parce qu'il perd non seulement le sens de la permanence des objets environnants mais aussi sa continuité d'existence. »

Or, en dehors de la désorientation temporelle qui est d'ailleurs apparue dans une passation du test MMS chez cette patiente, donc en dehors de la difficulté de restitution de la date, c'est une désorientation existentielle, soulevée par les auteurs qui est la plus prégnante.

En effet, c'est au moment des épisodes confusionnels qu'apparaissent dans le discours de la patiente, ce qui peut être lu comme des indices de désorientation existentielle. Par cela, j'entends les apparentes difficultés pour la patiente de se repérer dans sa propre histoire de vie et même dans son

propre schéma familial. Une place familiale qui semble beaucoup l'interroger et que l'on pourrait voir dans ce contexte comme un fondement de l'histoire de la personne et donc de ses propres fondements identitaires.

La difficulté de repérage temporel, est liée à la porosité potentielle de l'enveloppe identitaire. Le questionnement autour du thème de la famille peut se lire chez Mme G. dans l'émergence de vécus anxieux qu'elle décrit comme intense dans l'immédiateté de l'épisode confusionnel. A ce sujet, les auteurs déclarent que l'« on peut repérer des moments propices à la désorientation. Certains semblent de nature purement anxiogène comme la tombée de la nuit et favorisent l'émergence d'angoisses infantiles de séparation voire d'abandon... »

Ces angoisses d'abandon sont plusieurs fois apparues. Sa soeur qui passe devant sa chambre mais l'ignore, son époux qui est parti sans rien lui dire et qui ne revient pas, sa grand-mère qui déplace des chaises à son insu, ses cousins qui ne la reconnaissent peut-être pas...

Comment les membres de sa famille pourraient-ils la reconnaître, si elle vit dans le moment présent, une sorte de vidage identitaire du fait de sa désorientation et de sa confusion dans une inscription temporelle peu claire? Le passé viendrait se réactualiser dans le présent, privant le présent de son rôle contenant de conscience de soi et abolissant tout futur?

Comment envisager une cohérence et une continuité de soi dans une perte ou confusion des temporalités? Sans inscription temporelle cohérente, comment peut-on envisager une continuité de l'être?

Les auteurs utilisent le concept de Moi-peau. « Nous formulons aussi l'hypothèse suivante, qu'il s'agirait de développer d'avantage: ce moi-peau ne romprait pas au hasard de ses sillons structurels mais là où les blessures archaïques ont été les plus profondes, peut-être aussi les plus mal suturées... Cela permettrait d'expliquer certaines manifestations fréquentes chez le patient, de heurt avec des éléments passés qu'il ne parvient pas à dépasser. Nous retrouvons là aussi la question de la permanence identitaire du sujet, qui, comme nous l'avons avancé, s'avère particulièrement mise à mal dans la démence : comme si dans un double mouvement l'altération des enveloppes psychiques engendrait une défaillance au sein du processus d'historicisation contre laquelle le patient lutte par l'accrochage à certains souvenirs marquants de son anamnèse. »

Il apparaît difficile de désolidariser le versant lésionnel biologique et psychique c'est pourquoi je vais m'intéresser à la notion de comorbidité dans le sens où il peut aider le clinicien à adopter un regard singulier sur ce qui pourrait apparaître comme les troubles de son patient.

C. La comorbidité, rencontre singulière

Il semble que les troubles psychiques articulés aux troubles physiques, sont imbriqués de façon à rendre difficile voire impossible de savoir dans lequel de ces deux champs la situation trouve son origine.

Il est donc intéressant d'envisager les troubles non pas comme un nœud à démêler mais plutôt comme l'existence de troubles liés au sein d'une même personne et tellement imbriqués qu'ils sont à considérer comme une entité globale.

Une de mes hypothèses est que les lésions neurologiques peuvent ouvrir la voie à l'expression de certaines choses du côté du patient, justement parce que la lésion l'autorise.

La maladie, serait alors une voie d'expression de conflits restés figés dans le passé et qui se réactualiseraient comme une deuxième chance de résolution.

L'expression de certaines angoisses dans le cadre d'un épisode confusionnel par exemple, peut-elle être la redécouverte d'angoisse vécues autrefois dans l'enfance ou dans l'adolescence que certaines choses auraient réactivées?

Lorsque Mme G. aborde son angoisse de disparaître, d'être comme aspirée dans un trou sans fond, de perdre le contact avec la réalité, cela fait rapidement écho en moi aux angoisses primaires des nourrissons.

La lésion biologique potentielle de cette patiente serait-elle le lieu d'expression d'angoisses bien plus primaires?

Je pense que tous ces éléments peuvent donc être considérés comme étant imbriqués. Les symptômes de la démence à corps de Lewy supposée, peuvent être lus isolément mais ils existent au sein d'une personne dans toute sa singularité. J'ai donc fait le choix de ne pas les considérer indépendamment les uns des autres mais d'essayer de comprendre dans quelles mesures ils peuvent s'aménager pour être mieux supportés ou pour répondre aux besoins particuliers d'une personne vieillissante avec ses problématiques spécifiques.

Lorsque ma patiente me parle de cette angoisse qu'elle exprime comme une peur de disparaître, je me pose la question d'une lutte entre pulsion de vie et pulsion de mort. Il existe dans

certaines théories sur la démence, dans laquelle elle est considérée comme la volonté de dissolution du moi. Nous pourrions nous imaginer que lors de ces crises d'angoisse dont souffre cette patiente, la pulsion de mort viendrait faire son travail de retour à un état anorganique, ici celui de la pensée comme si elle essayait de ramener la psyché à un état très antérieur, comme celui du nourrisson en proie à des angoisses.

Les auteurs disent à ce propos que: « L'angoisse de vidage que nous avons décrite en 1990 conceptualise ainsi les différentes idées jusqu'ici présentées: les conséquences des atteintes neurologiques spécifiques à la démence viendraient, au niveau psychodynamique, orchestrer les conditions d'une déliaison psychique, actualisant consécutivement une brèche au niveau de l'instance moïque. Aussi, se pose naturellement la question des impacts de cette brèche au niveau de l'économie psychosomatique du sujet et de son retentissement phénoménologique. Alors que le dément se perd, se vide, par les brèches d'une enveloppe moïque déchirée, quelle image parvient-il à maintenir de son contenant corporel? »

En contre-partie, la pulsion de vie tenterait de maintenir une cohésion de la psyché sans démentellement, par le sentiment de continuité d'existence qui prendrait ses racines dans la capacité à se repérer chronologiquement, dans son histoire propre, donc dans ses fondements identitaires.

M. Klein évoquait des « angoisses primaires d'anéantissement », D. W. Winnicott des « angoisses d'annihilation » et « agonies primitives » (désintégration, chute incessante, perte de la « collusion psychosomatiques », faillite de la « résidence dans le corps », perte du sens du réel, perte de la capacité d'établir une relation aux objets), E. Bick avait repéré des angoisses claustrophobiques et agoraphobiques, des angoisses de liquéfaction, de chute sans fin, des angoisses de morcellement et de dispersion; F. Tustin décrivait les angoisses primitives en se référant à la crainte d'être anéanti par un écoulement sans fin de sa substance. Elle emploie les images du tourbillon, de la chute d'eau, de l'éruption, etc...

Il semble que pour se défendre de ces angoisses, Mme G. cherche à reconstituer son histoire, son identité en se retrouvant dans son temps personnel. C'est en tout cas ce que j'ai essayé de soutenir en entretien avec elle.

C'est pourquoi lors de mes rencontres avec cette patiente, j'ai proposé un travail de reconstruction de son histoire interne. Pour ce faire, il fallait aussi amener à une possible acceptation des brèches temporelles et identitaires.

Lorsque Mme G. émettait un doute sur le fait d'avoir été mariée une seconde fois, j'essayais de proposer la rencontre comme un espace étayant, capable de supporter ces porosités identitaires dans le contre-transfert. Pour ce faire mes interventions sur ce sujet, visaient à dédramatiser ces oublis en tentant de valoriser tout ce qui était déjà remémoré par Mme G.

Nous tentions alors toutes les deux, de recoller, par bribes, en repartant de son enfance, son histoire de vie, sa place familiale, dans un espace capable d'accepter les failles, les absences de souvenirs. Pour ce faire, je tentais de me faire, par cette espace de reconstruction, celle qui participait à cimenter cet édifice, en dédramatisant les moments où Mme G. ne parvenait pas à avoir l'accès à certains moments de sa vie.

Ce que je disais parfois à Mme G. pour « dédramatiser » ses absences, était que l'oubli est une fonction de la mémoire et que tant qu'il y a oubli, c'est que la mémoire fonctionne.

Je mettais l'oubli en position, non pas de défaillance de la mémoire mais au contraire, comme fonction de sauvegarde spécifique qui peut aider à mettre à distance certaines choses douloureuses. J'amenais aussi l'idée que la mémoire est une instance autonome, qui se régule indépendamment de la volonté et ne permet parfois pas l'accès pour des raisons que nous ignorons à certains souvenirs que nous voudrions récupérer.

L'objectif était donc de faire un travail sur l'acceptation de l'oubli de manière à permettre à plus long terme, la diminution de l'anxiété inhérente à ces difficultés d'inscription dans sa propre histoire.

La fréquence élevée des comorbidités chez les personnes âgées, peut donc influencer les conduites diagnostiques et thérapeutiques.

Les troubles comportementaux sont parfois la source d'incompréhensions voire d'abandon des résidents par les soignants. En effet, on pourrait se demander quel est l'intérêt de suivre un résident si les troubles ont pour origine un trouble biologique cérébral par exemple?

Il serait donc nécessaire pour les soignants d'analyser pour la dépasser, l'anxiété qui peut être ressentie, de rencontrer quelqu'un dont le diagnostic évoque la gravité et l'irréversibilité. Il semble qu'il s'agisse pour le clinicien d'analyser son contre-transfert ainsi que l'image souvent véhiculée de l'inutilité ou de l'impossibilité de travailler avec les patients déments.

D. La question du regard porté sur la démence: le contre-transfert

Le passé et le présent semblent presque intriqués. Il y a un réel intérêt à accorder ce qui a été le passé dans la reconnaissance de ce qu'il vit actuellement. C'est une tentative de parcourir à nouveau le chemin personnel. Mais quand un obstacle survient, comment dans l'immédiateté de la rencontre, le mettre en perspective en respectant la présence d'un délire qui a sûrement sa raison d'être et ne pas l'envisager comme un obstacle mais comme une tentative de lien entre le passé et le présent du point de vue du patient mais aussi du clinicien?

Il me semble important d'amener un regard extérieur, de s'aider du ressenti puis de l'analyse de la temporalité pour accéder au vécu subjectif.

Comme le stipule Perrotin (2002): « Prisonniers de l'image et de la manifestation, nous ne pourrions alors que constater les défaillances et tenir à distance celui qui éprouve la précarité de sa condition en étant plus en mesure d'initier lui-même ce dont il a besoin. Au delà ou en deçà des troubles exprimés, autrui requiert une présence capable d'accueillir ce qui n'est pas visible, de croire à ce qui n'est pas montré, une présence capable d'écouter et de recueillir ce qui est livré par bribes énigmatiques... »

E. La réactualisation d'un questionnement sur la place familiale?

Ce que j'ai constaté pendant les épisodes confusionnels, comme celui de la chaise, était un va-et-vient du récit entre l'objet et le rapport de l'objet à la famille, introduisant dans son discours des questionnements sur sa famille et sa place dans la famille. Nous retrouvons dans l'article, un exemple utilisé par les auteurs d'un patient dont il disent que:

« Parallèlement son récit se voyait entrecoupé de façon tout aussi répétitive de références à sa famille, dans une confusion des rôles (mari/père), toujours autour de thématiques de ruptures violentes, vécues sur un mode traumatique et dont l'impact était majoré par l'incapacité à retrouver les motifs de ces ruptures, et à les situer au niveau temporel. Le thérapeute est alors confronté à un récit d'apparence décousue, sautant d'une thématique à l'autre sans aucune transition, mais dont la résonance symbolique s'avère peut-être accessible. »

Chez Mme G., il m'a semblé que quelque chose venait essayer de se dire pendant l'épisode

confusionnel.

Dans celui de la chaise, pendant l'entretien j'ai souhaité soutenir le discours sur cet objet, afin de tenter de me laisser conduire par le vécu immédiat de ma patiente. A ce sujet, les auteurs parlent des «objets thérapeutiques», à entendre au sens des soignants présents dans l'environnement du patient, avec un investissement souvent très intense et une grande sollicitation corporelle aussi, dans le registre du contact physique et de l'interpellation sensorielle (regard).

« Le besoin d'un objet contenant apparaît [...] comme la recherche effrénée d'un objet (lumière, voix, odeur ou autre objet sensuel) qui peut tenir l'attention et de ce fait être expérimenté momentanément tout au moins comme tenant ensemble les parties de la personnalité » (Bick, 1968). En reprenant les fondements théoriques de la notion d'« objet contenant » travaillés par E. Bick, il semblerait en effet que le patient dément est amené, de par l'état de fragilité psychique dans lequel il se trouve, à solliciter la qualité contenante des objets qui l'entourent quelle que soit leur nature: ce qui est alors recherché n'est pas tant une présence qu'une contenance autorisant du moins temporairement l'expérience restaurée d'un sentiment de permanence identitaire. A. Ciccone parle à cet effet d'un objet contenant alors éprouvé comme une sorte de « peau secondaire » dont on peut supposer qu'elle sert autant d'étayage que de limite, pour le dément, au sentiment de vidage psychique.

Si il y a réactualisation d'un souvenir dans le présent, il peut cesser d'être souvenir mais devenir perception.

Ce qui apparaît comme des perceptions dans l'immédiateté des épisodes confusionnels, sont les hallucinations des membres de sa famille. Mais dans le discours de la patiente, se trouvent de nombreuses interrogations à ce sujet. Nous pourrions donc faire l'hypothèse qu'une problématique ancienne, se réactualise à l'occasion des épisodes confusionnels alors qu'elle est d'habitude cachée sous des défenses solides.

« Il peut s'avérer dans cette trajectoire que les crises parfois durement vécues à l'occasion de l'adolescence, des choix de la maturité soient réactualisées dans le temps du vieillissement ou à l'approche de la mort et viennent révéler des difficultés majeures de structuration psychique du sujet, se trouvant brusquement confronté à son incapacité d'élaborer par lui-même ce qui lui arrive et tributaire de l'aide qui pourra ou non lui être apportée. »

Comme le conclue Perrotin: « un tel parcours nous amène à considérer la démence comme une expérience au sein de laquelle la proximité humaine sera moins orientée sur la volonté de résoudre le problème posé que de soutenir la question qui se pose et qui demande à chacun,

personne malade, entourage et soignants, de faire ensemble le chemin du « portage ». »

C'est autour de cette absence de réponse à la question mais d'élaboration sur la question elle-même que j'ai essayé de guider Mme G.

Car dans le grand âge, certaines problématiques explosent qui pourtant appartiennent à un plus jeune âge, comme des retours très violents de problématiques plus anciennes. Il s'agissait donc à mon avis de soutenir la question, lui offrir un espace où se poser, où le passé pouvait se réactualiser. Ce qui peut être source de souffrance pour Mme G., n'est pas le manque de compréhension en soi mais le traitement particulier qu'elle fait de ce vide à la fois vide de ne pas savoir comment elle est arrivée à la résidence et d'autre part le questionnement sur sa place familiale.

Le but étant d'essayer de réfléchir sur l'intérêt potentiel de ne pas chercher à combler ce vide temporel mais peut être y lire une raison d'être particulière au moins temporairement.

Souvent chez la personne âgée, derrière un délire il y a une réalité embusquée. Le délire vient peut être de quelque chose qui est interdit de dire ou qui refuse d'apparaître à la conscience.

Je me suis questionnée sur ce qui peut-être, se réactive ou vient se jouer à ce moment là. Mais quand j'ai eu l'impression que l'émotion prenais le pas sur le reste et devenais difficilement supportable, j'ai guidé une tentative de décalage du souvenir ou des questionnements.

Il s'agissait peut-être pour Mme G. de souvenirs qui ont été encryptés (peut être en mémoire émotionnelle) mais pas pensés.

Elle s'interroge souvent sur ce qui se passera quand ou si elle retourne dans le nord de la France rejoindre sa famille.

Beaucoup d'inquiétude apparaît autour de ce questionnement. Ses proches vont-ils la reconnaître?

Et que se passera t-il ensuite? Va t-elle continuer à vieillir?

On peut alors demander ou amener le patient à se mettre à l'écart de son souvenir, à l'écart de la scène vécue, se mettre en position d'adulte pour éviter que ce qui est rapporté le soit par un enfant ou un adolescent donc écrasé par l'émotion. De cette façon permettre à une réflexion distanciée de l'émotion d'émerger c'est à dire une réflexion adulte et critique. Décaler le discours qui a d'abord été spontané.

Il m'est arrivé de questionner Mme G. sur ce que pourraient être ses rapports avec les membres de sa famille de son point de vue actuel, en prenant en compte ce qu'elle est et ce qu'ils sont aujourd'hui et non pas comme elle aurait pu l'envisager comme petite fille.

Je cherchais par cela à l'amener à envisager son questionnement peut-être ancien d'un point de vue

actuel, dans le présent, pour ne pas revivre en boucle ce questionnement qui d'un point de vue d'enfant pourrait ne pas trouver d'issue.

F. Préparer ensemble l'avenir: demain je ne marcherai plus?

Mme G. aborde souvent pendant nos entretiens l'idée qu'elle craint de perdre progressivement l'usage de ses jambes qui fonctionnent de plus en plus difficilement. Le clinicien peut souvent se trouver démunie face à des angoisses qui portent non pas sur des fantasmes mais sur des dégradations réelles.

Il risque de se trouver face à un vide de représentations positives, risquant de bloquer contre-transférentiellement le travail avec son patient.

Lorsqu'elle parle de son avenir, Mme G. dit redouter la dégradation de son corps ou de son esprit. Elle me dit avoir gardé une arme à feu dans sa commode, qui a disparu. Elle dit en être très contrariée car elle aurait souhaité, le jour où elle en a assez, pouvoir mettre fin à ses jours. Peut importe que ce soit vrai ou pas, ce qu'elle en dit aujourd'hui c'est qu'elle n'a plus le choix de pouvoir se donner la mort de cette manière. Nous avons été amenées à élaborer sur la question de la mort, du suicide ainsi que sur la potentielle perte de la marche.

L'objectif était de poser les bases à une hypothétique acceptation d'une plus grande dépendance que la sienne à l'heure actuelle.

En conclusion:

Chez Mme G., nous cherchons à ce que ce mouvement, cette tentative de récupération de l'histoire propre et de reconstruction se fasse entre le passé et le présent. Le passé exprimant une trahison ressentie de la mémoire, qui a pour conséquences de figer le présent dans une incompréhension douloureuse. Le clinicien, initie le va-et-vient entre le patient et lui par l'expression du vécu présent avec les interrogations véhiculées.

Loin de donner des explications, il s'agit de permettre une remise en mouvement des temps, conduire sur la voie d'une ré-articulation des temporalités en se servant de l'expérience immédiate

de la rencontre.

Pour remettre en liaison des temporalités on peut créer un espace où laisser s'exprimer des problématiques supposées derrière ce qui est donné à voir en l'occurrence dans le cas de Mme G., dépasser l'idée de la lésion biologique pour écouter ce qui peut venir se dire par cette voie.

C'est de cette façon que j'ai tenté d'ouvrir un espace possible de reconstruction d'un lien entre hier et aujourd'hui.

SYNTHESE

SYNTHÈSE

Chez les personnes âgées, la question du temps est centrale. Le temps subjectif de la personne âgée est marqué par cette distorsion temporelle où le vécu du temps est constitué de contraires. Le présent est parfois figé, il semble éternel, alors que, parfois, il accélère interminablement en ramenant avec lui son lot de nostalgie des sensations passées, de tristesse, de désintérêt et d'absence de couleurs dans la vie.

En institution, la prédominance des soins dans la prise en charge inclut la notion du temps selon deux modalités. Le temps et la disponibilité des soignants et l'attente et l'inscription temporelle des résidents. Entre ces deux dimensions temporelles souvent opposées, le soignant pressé et le résident qui a tout son temps, le clinicien peut se positionner comme relais.

Le vécu subjectif du temps est déjà différent qu'il soit vécu du côté de l'équipe ou de celui des résidents. Le vécu des résidents est souvent celui de l'attente. Mais lorsque celle-ci n'offre pas de perspective ou de point d'accroche à la pulsion de vie, l'attente peut devenir celle de la mort et donc une source d'angoisse profonde.

Figé le temps dans le présent peut alors chez certains patients avoir valeur de défense contre un avenir qui ne permet pas de se projeter dans une pensée autre que celle de la mort.

Cette immobilité dans le présent, qui se préserve d'un avenir non élaboré qui laisse la personne seule en proie à ses angoisses, ne permet pas forcément non plus au patient de nous donner accès à ses souvenirs et donc à son histoire.

Ce qui peut apparaître alors au clinicien est une difficulté en apparence insurmontable d'une plainte répétitive dans le présent, circulaire, ne permettant aucun travail ni élaboration psychique par manque de matériel et ainsi conduire au risque de la frustration, de l'impuissance et même de l'abandon.

Or, en se laissant guider dans l'immédiateté de la rencontre, le clinicien peut essayer de saisir le ressenti subjectif du temps de son patient, ainsi qu'en se basant sur son contre-transfert. En passant par l'analyse du temps vécu par le patient, on peut établir des hypothèses sur son inscription dans ses temps personnels et ses vécus psychiques.

Dans la rencontre, il peut offrir un temps duel, qu'il se doit de partager avec son patient. Comprendre les vécus subjectifs des temps du patient permet de créer un point de jonction au

croisement des inscriptions temporelles, le clinicien peut amener à faire le lien entre son patient et le mouvement temporel particulier des institutions et dans ses propres vécus temporeux.

De cette façon, en saisissant pourquoi le présent est figé par exemple, il peut affiner ses axes de travail.

Ce qui peut permettre au patient dans la rencontre, de réinvestir son passé, de reconstruire son histoire interne. Comprendre le ressenti immédiat dans le présent et amener à penser le futur, indéniablement lié à la finitude.

L'inscription dans la temporalité peut donc selon la lecture qu'on lui accorde, avoir valeur aux yeux du clinicien d'indice de potentielles défenses.

Et cette inscription est indissociable de la mémoire ou plutôt des mémoires. Par exemple, le manque de repère dans le temps qui semblerait apparaître dans les passations de MMS chez nos patients dans l'incapacité à donner la date exacte peut être lue de différentes manières.

Les jours qui se ressemblent dans l'institution ne permettent pas un repérage très exact dans le calendrier. Les indices de repérage sont parfois trouvés dans d'autres domaines. Si aujourd'hui nous avons le gâteau à dessert, c'est que nous sommes dimanche. Dans ce cas, la difficulté de repérage dans le temps n'est pas forcément à imputer à un défaut de mémoire.

Ou, la date qui vient habituellement cristalliser ou créer des ramifications mentales avec ce qui venait avant et ce qui vient après. Si la date saute, les ramifications éclatent, laissant la place à un flou chronologique qui est peut-être plus acceptable, comme une envie d'arrêter le temps qui pourrait protéger de la souffrance de ce qui a été perdu et de ce qui est à venir.

Pour cela, il est nécessaire au clinicien de faire le pari du sens. Le sens des temporalités vécues. Le sens des failles temporelles, comme du présent figé, de l'absence d'avenir ou de la vision de l'avenir comme mort réclamée.

Se laisser guider par la temporalité du patient dans l'immédiateté de ce qu'il en dit, prendre le risque de se laisser amener avec lui dans le partage des temps pourrait participer à rencontrer véritablement son patient, dans ce qu'il est, ressent et vit tout de suite.

Offrir un présent stable dans la relation pour permettre au sujet âgé de faire les va-et-vient nécessaires entre ses temps internes, pour se construire encore ou se reconstruire.

Pour cela, le clinicien doit offrir un cadre rassurant, stable, solide dans le temps du suivi. Le suivre dans la reconstruction de son histoire interne peut conduire à ouvrir, dans le clinicien, un espace de dépôt à travers un jeu de filiation, une transmission pour le patient d'une partie de lui. Cette transmission permet à la personne âgée surtout sans descendance, de s'assurer de continuer à exister

dans le souvenir de l'autre, qui peut-être celui du clinicien.

Mais pour ce faire, ce dernier doit résister aux attaques et tentatives de destruction souvent imposées par les personnes âgées. Il se doit de prouver qu'il est un cadre et un espace suffisamment résistant.

Et pour avoir accès à un espace intrapsychique, le thérapeute doit se faire objet externe étayant qui soutient le narcissisme du sujet.

La rencontre dans le partage temporel permet la relance d'une vie psychique, non plus immobile dans un présent éternel mais qui interpelle le patient dans sa dimension historique.

Mais la question de la fin, fin de la thérapie résonne avec la fin de la vie. Il semble que dans le travail avec les personnes âgées, la question de la mort qui est omniprésente vient mettre en branle chez le clinicien, la question du suivi, et le terme à la rencontre et au suivi.

La difficulté pour le thérapeute réside peut-être dès lors qu'un travail de réexploration de l'histoire de son patient s'est mis en route, d'être devenu porteur d'une partie de son patient. Il reste alors habité par lui, par ses angoisses. La question de la filiation apparaît, avec toute la difficulté voire l'impossibilité de se séparer ou de faire le deuil de quelque chose que nous portons et qui ne va pas s'arrêter là.

Il semble que certains mouvements violents qui sadisent le thérapeute, le prennent dans un double mouvement où il est à la fois objet de haine et d'étayage. Il se doit donc d'analyser son contre-transfert, ainsi que les limites du cadre et de la relation. En se laissant guider par son vécu immédiat, il peut analyser le rapport au temps de son patient, la particularité de ses inscriptions temporelles pour le guider si nécessaire vers une remise en mouvement de sa temporalité psychique.

Se séparer peut réveiller des fantasmes d'effondrement, de mort imminente et de colère destructrice. La culpabilité de mettre un terme, d'achever le suivi peut renvoyer le clinicien à la culpabilité de laisser l'ainé, (le parent?), dépendant, seul.

Mais avoir tenté d'ouvrir une brèche dans une économie psychique immobilisée dans un présent figé, peut avoir participé à offrir une possibilité de clarification psychique, possiblement remise en mouvement qui continuera peut-être à se déployer. Et, comme le dit J.B. Pontalis, « mobilité du corps, de l'esprit, de l'âme. Se sentir inachevé, se vouloir inachevé. Il serait inhumain d'achever. »

CONCLUSION

CONCLUSION

Ainsi, l'analyse effectuée au cours de ma réflexion sur la pratique me conduit à dégager plusieurs points.

D'une part, j'ai constaté que les personnes âgées institutionnalisées sont en proie à de nombreuses et douloureuses problématiques.

La tristesse est trop souvent attribuée à tort à l'âge avancé, alors qu'il s'agit bel et bien d'un phénomène pathologique au même titre que chez les personnes plus jeunes. Les taux de suicide aussi élevés et pourtant ignorés de cette tranche de population montrent bien à quel point, les indices dépressifs ne sont pas à prendre à la légère et qu'il ne faut pas faire l'amalgame entre tristesse et âge.

La perte de l'autonomie, de la liberté de mouvement, la séparation d'avec les membres de la famille sont parmi tant d'autres, des facteurs qui peuvent participer à la fragilisation de la personne âgée et à l'apparition d'un état dépressif.

D'autre part, la possible apparition d'une maladie neurologique, rend souvent difficile le suivi avec les patients déments.

Le travail avec les personnes âgées demande donc au clinicien de s'adapter. Il lui faut porter un regard valorisant, sur les capacités fonctionnelles de la personne ainsi que sur les modes de fonctionnement adaptatifs qui font leur apparition dans un contexte de comorbidité.

Pour ce faire, le clinicien peut et doit se baser sur la situation actuelle pour adapter son suivi. Pour se faire, il est intéressant de se pencher pendant le temps de la rencontre sur l'analyse des temps vécus par le patient, de son inscription dans la temporalité.

De cette façon, on peut guider les patients dans une reconstruction de leur histoire interne, remettre en mouvement un présent souvent figé, qu'il soit immobilisé à l'infini ou au contraire, pris dans une spirale de confusion temporelle.

Il est alors possible d'ouvrir un espace de dépôt de soi, une façon de s'assurer une continuité de soi en l'autre, et d'une certaine façon, une défense solide face à l'idée insupportable de sa propre finitude.

Analyser par le transfert, les rapports aux temporalités, mais dans le contexte actuel, immédiat de la

personne âgée, non pas en terme de dysfonctionnement de la pensée et du rapport au temps mais plutôt comme un vécu subjectif du sujet qui fonde l'accès à son identité.

Les différences des vécus de la temporalité peuvent être considérées comme des voies d'expression de l'individualité du sujet. Le travail sur le temps vécu offre des perspectives thérapeutiques essentielles avec les personnes âgées.

La difficulté pour le clinicien est de ne pas rattraper trop vite la temporalité propre à la personne dans sa mise en récit d'elle-même, de ne pas aller trop vite vers son futur en la « mettant en projet », ou trop vite vers son passé en « la mettant en historisation ». L'équilibre temporel est précaire dans la relation d'aide pour ne pas retomber dans la logique du projet, « ne pas laisser se fabriquer la loi du plus fort, être toujours en prise avec ce qui se dit ou se trame, [...] la combattre implique un certain savoir-faire et la capacité de prendre des risques. Accepter les petites épreuves, faire baisser les petites peurs, les jeux de menaces, négocier les mésententes et fabriquer de la confiance, ce rôle exige une continuité de présence », dans laquelle se révélera « la permanence de la personne au sein d'une discontinuité temporelle ».

Reculer les limites de l'incompréhensibilité empiriques des symptômes et du processus pour comprendre l'homme dans ses expériences morbides en tant que forme singulière d'existence et d'être au monde. Et ce en essayant de saisir le rapport temporel dans lequel s'inscrit le patient dans l'immédiateté de la rencontre.

De cette façon, le clinicien participe à rétablir la vieillesse comme expérience subjective et existentielle, de questionner la temporalité psychique qui obéit à d'autres lois que la temporalité biologique.

BIBLIOGRAPHIE

BIBLIOGRAPHIE

Amyot, A. (2008). Trois cas de figure sur la psychothérapie des personnes âgées. Travailler avec un narcissisme fragilisé. *Psychothérapies*, 28, 49-55.

Aquino, J-P. (2007). Le vieillissement: d'un modèle « déféctologique » à un modèle « ontogénique ». *Gérontologie et société*, 123, 13-29.

Calevoi, N. (2008). Temporalité, mémoire et temps du psychodrame. In *Le psychodrame psychanalytique métathérapeutique, supervision relance et dégagement*. (6, pp. 107-119). De Boeck.

Clément, J.P., Léger, J.M., & Wertheimer, J. (1999). *Psychiatrie du sujet âgé*. Paris: Flammarion.

Colpé, D. (2007). La relation soignant-soigné devant le travail de l'âge: vieillir. *Cahiers de psychologie clinique*, 28, 257-270.

Dietrich, E. (n.d.). *Réflexion sur le masochisme*. Retrieved on <http://www.psychoressources.com/bibli/masochisme.html>

Doucet, C. (2009). Place des souvenirs d'enfance chez le sujet vieillissant. *Gérontologie et société*, 130.

Fromage, B. (1994). Sens du temps et vieillesse. *Temporalistes*, 27, 14-19.

Guillaumin, J. (2004). Naissances latentes, la suspension de l'action et la genèse du temps humain. *Topique*, 86, 13-20.

Guiot, D. (2001). Tendance d'âge subjectif : quelle validité prédictive ?. *Recherche et Applications en Marketing*, 16.

Lambotte, M.C., (2007). La mélancolie, névrose ou psychose ?. *Psychanalyse*, 16, 5-18.

Lemaire, P., & Bherer, L. (2005). *Psychologie du vieillissement, une perspective cognitive*. Bruxelles: De Boeck.

Membrado, M. (2010). Les expériences temporelles des personnes âgées: des temps différents?. *Enfances, Familles, Générations*, 13, 1-20.

Millaud, F. (2009). *Le passage à l'acte: Aspects cliniques et psychodynamiques*. Elsevier Masson.

Monfort, J.-C. (2001). Spécificités psychologiques des personnes très âgées. *Gérontologie et société*, 98, 159-187.

Montani, C., & Ruffiot, M. (2009). L'image du corps à l'épreuve de la démence. *Cliniques méditerranéennes*, 79, 103-116.

Perrotin, C., (2002). Ethique et démence. *Gérontologie et société*, 101, 143-152.

Porée, J., (2000, octobre). *Souffrance et temps*. Paper presented at the Conférences du CRU de Château, Rennes, France.

Porret, J.M. (2000). La pluralité des temps psychiques. In *Temps psychiques et transfert* (pp. 27-30). L'Harmattan.

Quadéri, A. (2009). Mémoire et souvenir dans la clinique du dément. *Cliniques méditerranéennes*, 79, 79-90.

Quinodoz, D. (1990). Figurer le temps pour tuer le souvenir. *Revue française de psychanalyse*, 4, 1001-1006.

Quinodoz, D. (2002). Psychothérapies de personnes âgées: le point de vue d'une psychanalyste. *Psychothérapies*, 22, 105-114.

Simeone, I. (1990). Les aspects psychodynamiques des troubles de comportement chez le sujet sénescent et leur approche psychodynamique. *Santé mentale au Québec*, 15, 33-46.

Talpin, J.M. (2003). L'impératif de la transmission psychique tardive chez le vieillard sans enfant. *L'Information Psychiatrique*, 79, 757-763.

Thomas, P., & Hazif-Thomas, C. (2008). Les nouvelles approches de la dépression de la personne âgée. *Gérontologie et société*, 3, 141-155.

Trivalle, C. (2000). Le syndrome de fragilité en gériatrie. *Médecine et Hygiène*, 2323, 12-15.

Van Habost, J. (n.d.). *Recherche du sens: temporalité, identité, altérité*. Retrieved on

<http://www.aiempr.org/articles/pdf/aiempr98.pdf>

Vidal, P. (2005). Stress postopératoire de la personne âgée. In *Emotion et traumatisme. Le corps et la parole* (pp. 44-66). Paris: Elsevier Masson

Vulpian, (2005, Octobre). *Des transferts négatifs à la réaction thérapeutique négative*. Paper presented at the Conférences Introduction à la psychanalyse de l'adulte.

Summary

This report deals with individuals living in specialized residences for elderly people and how they situate themselves versus psychological time-frames.

The report has three parts:

The first gives indications how the psychologist works with individuals living in a residence for elderly people.

The second summarizes the various theoretical concepts concerning time, relationship with time and tends to link it to sociological-, psychological-aspects as well as to psychoanalysis.

The third part exhibits how in practice, in the environment of specialized residences, elderly people are situating themselves on psychological time-frames.

Two case studies of elderly patients are exposed, and a tentative analyses linking theory and practice is presented. In order to enforce the analyses, the questions the psychologist is asking himself, the encountered difficulties as well as proposals for follow-up therapy are mentioned.

The first case study, concerning Mrs P., has been used for questioning the frozen present, the absence of the past, and death as the only perspective for the future.

The second case study, Mrs G., affected by dementia, leads to an analyses of individual utilization of the psychological time-frames.

The objective of the report is to contribute to the understanding of the patients problems, with the help of an analysis of the patients mental relationship to time. Resulting from the exposed results, some possible ways for the implementation of suitable, well adapted treatment or therapy are given.

Keywords: elderly people, time, psychological time-frames, dementia.

Résumé

Ce mémoire en praxéologie clinique aborde la question des modalités d'inscriptions temporelles des personnes âgées institutionnalisées.

Il est divisé en trois parties.

La première pose le cadre du travail du psychologue en EHPAD, en proposant une mise en lumière des particularités des personnes âgées ainsi que de l'institution.

La seconde partie regroupe les conceptions théoriques sur le temps, et les rapports aux temps, dans une tentative d'articulation entre sociologie, philosophie, psychologie, et psychanalyse.

La troisième partie expose des utilisations dans la pratique de terrain auprès des personnes âgées résidentes d'un EHPAD, d'une lecture des différentes inscriptions temporelles.

Pour se faire, deux cas cliniques sont exposés. Ils font l'objet d'une tentative d'articulation théorico-clinique, en exposant les questionnements, difficultés et propositions de travail qu'ils ont suscités.

Le premier cas, de Mme P. fera l'objet d'un questionnement sur le présent figé, l'absence d'accès au passé et la mort comme seule perspective d'avenir.

Dans le deuxième cas celui de Mme G., une analyse de l'inscription temporelle dans le cadre de la démence sera présenté.

L'objectif étant d'offrir une lecture des problématiques des patients par une analyse des inscriptions temporelles individuelles. Il s'agit de proposer des perspectives de suivi adaptées au patient, dans un souci de compréhension de l'emploi de ces inscriptions dans le fonctionnement particulier du sujet.

Mots-clés: personnes âgées, temps, inscriptions temporelles, démence.