

UNIVERSITE DE PROVENCE (AIX-MARSEILLE )

U.F.R. De PSYCHOLOGIE

Année: 2009-2010

MEMOIRE DE MASTER 1

Discipline: Psychologie

Mention: Psychologie clinique et Psychopathologie

Présenté et soutenu par

Eva Rischmüller

Le 5 Juillet 2010

LE SYNDROME DE GLISSEMENT: ETHIOLOGIE ET PRISE EN CHARGE

Narcissisme fragilisé, isolement et indices dépressifs dans le syndrome de glissement, défenses et prise en charge.

sous la direction du Professeur Bejaoui Moez

JURY

Mr BEJAOU, Professeur de Psychologie clinique à l'université

Mr ROUAN, Professeur de Psychologie clinique à l'université

## RESUME

Le syndrome de glissement est une modification du comportement de certaines personnes très âgées. Ce changement se caractérise par une détérioration globale des fonctions intellectuelles, un désintérêt pour toutes choses, un refus de se mouvoir et de s'alimenter. Le plus souvent cette pathologie est consécutive à une affection organique ou un choc psychologique et conduit au décès.

Les personnes atteintes par ce syndrome peuvent rester des mois alitées, ce qui en plus de la douleur psychique, représente aussi un facteur important de coût en matière de dépense de santé.

Nous avons cherché à étudier les causes en amont du déclenchement du syndrome de façon à améliorer son diagnostic et de proposer une prise en charge adaptée.

La recherche a pour objectif d'essayer de déterminer si un narcissisme fragilisé, un champ relationnel réduit et la présence d'indices dépressifs sont, réunis, en cause dans le syndrome de glissement.

La recherche se base sur trois aspects mesurables: la négligence de la sphère corporelle, l'isolement et la présence de dépression ainsi que sur une analyse du discours des sujets et de la relation thérapeutique.

Les sujets sont des personnes âgées institutionnalisées, le groupe expérimental est composé de personnes en glissement. Le groupe contrôle est composé de personnes de la même institution qui par exclusion n'ont pas ce syndrome.

L'observation, l'analyse du discours et les tests ont été utilisés. Afin de déterminer si il y a négligence corporelle nous avons observé le soin porté au corps, le refus alimentaire. Nous avons utilisé un questionnaire de mesure de l'isolement que nous avons conçu. La présence de dépression a été évaluée par la Mini Geriatric Depression Scale.

Le discours de chaque sujet a été classé par sa valeur temporelle et sa valence. Nous avons aussi présenté un rapide état des lieux de la relation avec les soignants.

Les résultats obtenus viennent donner une tendance qui corrobore les résultats attendus à savoir la présence des indices recherchés et la possibilité d'une amélioration de l'état général du sujet. La population des échantillons étant limitée, il serait intéressant de reproduire ces investigations sur une population plus nombreuse.

## SUMMARY

Syndrome shift is a change of behavior of some very elderly. This change is characterized by an overall deterioration of intellectual functions, apathy towards all things, a refusal to move and eat. Most often this disease is secondary to organic disease or a psychological shock and leads to death.

People with this syndrome may remain bedridden for months, making more psychic pain, is also an important factor cost in terms of health expenditure. We sought to investigate the upstream causes of the outbreak of the syndrome in order to improve diagnosis and to propose an appropriate treatment.

The research aims to try to determine whether a fragile narcissism, a relational field and reduces the presence of signs of depression are combined, involved in the syndrome of slipping. The research is based on three measurable aspects: the neglect of the physical realm, isolation and the presence of depression as well as an analysis of discourse topics and the therapeutic relationship.

The subjects were institutionalized elderly, the experimental group is composed of people slipping. The control group consists of people from the same institution by not excluding this syndrome.

The observation, discourse analysis and tests were used. To determine if there is negligence body we observed the care given to the body, refusing food. We used a questionnaire to measure the isolation that we designed. The presence of depression was assessed by the Geriatric Depression Scale Mini. The speech of each subject was classified by its time value and its valence. We also presented a rapid survey of the relationship with caregivers. The results come to a trend that corroborates the expected results: the presence of evidence sought and the possibility of improving the overall condition of the subject. The population of samples is limited, it would be interesting to replicate these investigations on a larger population.

## **REMERCIEMENTS**

Nous tenons à remercier dans un premier temps, 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 à la pratique.

Nous remercions également Monsieur Béjaoui pour nous avoir suivi tout au long de la construction de cette recherche, pour son aide, ses conseils à la rédaction, sa riche supervision et son suivi régulier.

Nous tenons à remercier tout particulièrement et à témoigner toute notre reconnaissance aux personnes suivantes, qui nous ont permis d'élaborer cette recherche.

Les participants à cette recherche, qui ont accepté chaleureusement de nous permettre d'obtenir le matériel clinique nécessaire et de nous avoir autorisé à utiliser les données les concernant.

Le docteur Laurent Dillinger, le médecin gériatologue qui nous a permis d'intégrer la maison de retraite et travailler avec l'équipe médicale, ainsi que pour son accueil chaleureux, sa grande disponibilité, et son envie de partager ses connaissances.

Ainsi que tous les membres de l'équipe pluridisciplinaire du lieu de recherche pour la gentillesse de leur accueil, leur intérêt pour la psychologie et leur envie de partager leurs connaissances et leur expérience. Ainsi que pour nous avoir permis de mener à bien notre recherche et de comprendre le fonctionnement de l'institution et les problématiques des personnes âgées par leur partage sincère et passionné.

# TABLE DES MATIERES

# **TABLE DES MATIERES**

## **INTRODUCTION**

## **PARTIE 1: L'ETAT DE L'ART, LA PRESENTATION DES THEORIES ET DES CONCEPTS**

### **1. Les caractéristiques du vieillissement**

- 1.1. Le vieillissement normal et le vieillissement pathologique
- 1.2. Le vieillissement physiologique
- 1.3. Les pertes et les deuils au grand âge
- 1.4. Le concept de fragilité

### **2. La dépression du sujet âgé**

### **3. Le syndrome de glissement**

- 3.1. Sur le versant médical
- 3.2. Sur le versant psychologique
  - A. Comme équivalent suicidaire
  - B. Comme équivalent dépressif
  - C. Comme équivalent mélancolique
- 3.3 Sur le versant psychanalytique

# **PARTIE 2: LA METHODOLOGIE**

## **1. Problématique**

## **2. Hypothèses**

Hypothèse générale 1

Hypothèse opérationnelle 1

Hypothèse opérationnelle 2

Hypothèse opérationnelle 3

Hypothèse générale 2

Hypothèse opérationnelle 4

Hypothèse opérationnelle 5

## **3. Description de la population**

## **4. Outils utilisés**

## **PARTIE 3: PRESENTATION DES RESULTATS**

1. Résultats par hypothèse

2.

DISCUSSION

CONCLUSION

BIBLIOGRAPHIE

TABLE DES ANNEXES



## 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 20<sup>ème</sup> siècle. Il continuera d'augmenter au cours de la première moitié du 21<sup>ème</sup> siècle. »

« Les analyses statistiques font donc apparaître que le nombre de personnes dites âgées à 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 nous avons mis en place cette recherche sur le syndrome de glissement, comme tentative d'éclairage de son étiologie et afin de permettre d'en repérer les signes avant coureurs qui permettraient de le prévenir.

L'intérêt porté à ce sujet est issu d'un stage, la pratique de terrain nous ayant permis de rencontrer des résidents et de proposer un suivi. Au fil de la pratique nous nous sommes interrogés sur les raisons possibles d'un tel renoncement à la vie.

D'entretiens en recherches, notre questionnement s'est approfondi et notre volonté de l'étudier avait pour but d'essayer de mettre en lumière quelques facteurs sous-tendant le syndrome pour en permettre une éventuelle prévention.

Notre recherche vise à éclairer l'étiologie possible du syndrome de glissement. Nous cherchons à déterminer si un terrain fragilisé autant au niveau du narcissisme que des rapports sociaux et la présence de dépression sont favorables à l'apparition d'un syndrome de glissement. Pour ce faire nous avons utilisé la littérature qui aborde le syndrome de glissement. Or celui-ci est surtout appréhendé d'un point de vue médical et n'a été que peu étudié sur le versant psychologique.

Le point de vue médical avance que le syndrome de glissement conduit nécessairement à une issue fatale. D'un point de vue psychologique il a été récemment interrogé comme équivalent dépressif, et comme équivalent suicidaire. D'un point de vue psychanalytique il serait le résultat d'une désintrinsication pulsionnelle.

Nous cherchons à répondre à deux questions principales: quels sont les sous-basements psychologiques propice à l'apparition du syndrome et son issue est-elle inéluctablement fatale?

Pour répondre à la première, nous avons voulu tester si la présence de trois facteurs associés pouvaient en être à la base: un narcissisme fragilisé, un champ relationnel réduit ainsi que la présence d'indices dépressifs.

Pour répondre à la deuxième question nous avons tenté de savoir si l'investissement des souvenirs positifs de la vie avant l'institution étaient utilisés par la personne en glissement comme un refuge psychique, un lieu de sauvegarde du Moi.

Nous avons également cherché à analyser si la prise en charge thérapeutique ou si le soutien par les soignants permettaient aux sujets de réinvestir libidinalement des objets extérieurs et de ne pas continuer à glisser.

Nous avons donc constitué notre propre méthode de recherche d'indices en adaptant des tests à la population des personnes âgées.

Nous avons choisi d'utiliser la négligence de la sphère corporelle comme indice d'un narcissisme fragilisé. En effet, la personne refuse tout soin dans le syndrome de glissement et le désinvestissement de son propre corps peut venir appuyer l'idée que l'image que la personne a d'elle même est affectée. Nous avons également évalué le refus de nourriture comme indice d'une régression volontaire à un état anorganique.

Nous avons ensuite choisi de faire appel à une évaluation de l'isolement comme indice que le champ relationnel de la personne est réduit.

Pour évaluer si les personnes en glissement présentent des indices dépressifs nous avons décidé d'utiliser une échelle de détection de la dépression

En ce qui concerne notre deuxième hypothèse, nous avons utilisé le matériel clinique systématiquement noté pour classer l'évocation des éléments du discours selon leur situation dans le temps et selon leur connotation positive ou négative. Ce qui nous a permis de comparer quels étaient les éléments les plus évoqués par chaque sujet. En dernier lieu, nous avons utilisé les éléments du discours permettant de prouver la présence ou l'absence d'un investissement de la relation thérapeutique.

Si nous avons cherché à tester ces éléments précis c'est parce qu'ils nous sont apparus de façon marquée chez nos patients.

Nous employons 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'amoinrir autant que possible la souffrance de chacun d'eux et de les aider à aborder une vieillesse moins douloureuse.

PARTIE 1:  
L'ETAT DE L'ART, LA  
PRESENTATION DES  
THEORIES ET DES  
CONCEPTS

PARTIE 1:  
L'ETAT DE L'ART, LA PRESENTATION DES THEORIES ET DES  
CONCEPTS

Les lectures et les articles étudiés et rapportés dans cet état de l'art auront pour objectif de mettre en lumière les concepts utilisés dans cette recherche. Nous les mettrons en rapport pour tenter d'éclairer leurs interactions. D'autre part ils permettront de situer ces concepts dans un cadre particulier qui sera le fondement théorique de notre recherche.

Notre étude portant sur la population des personnes âgées, nous commencerons par différencier le vieillissement normal du vieillissement pathologique.

Nous détaillerons le vieillissement physiologique normal avant de nous intéresser aux pertes et deuils qui fondent la spécificité des problématiques des personnes âgées.

Ces problématiques pouvant être à l'origine de la fragilisation, voire de dépressions de la personne âgée, nous nous baserons sur les considérations contemporaines de la dépression dans cette population.

Cette partie sur les dépressions nous conduira à nous intéresser à un sujet encore peu étudié à l'heure actuelle: le syndrome de glissement.

Nous ferons donc dans cette troisième partie un historique ainsi qu'un récapitulatif des connaissances sur ce syndrome selon trois axes.

Nous l'envisagerons sur un versant médical. Nous préciserons dans un deuxième temps ses considérations psychologiques puis nous verrons de quelle façon il est expliqué sur un versant psychanalytique.

A ces fins, nous allons recourir aux concepts de pulsion de vie et de mort, de leurs intrications et de leurs destin, nous les mettrons aussi en lien avec le narcissisme et les investissements libidinaux, en nous basant sur le paradigme freudien, réactualisé par des auteurs modernes.

## **1.1. 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, Alois 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.

## **1.2. 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 destructurantes 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 dûs à la diminution de la résistance à l'effort physique et intellectuel.

### **1.3. 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.)<sup>1</sup> 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.

---

<sup>1</sup>Briole & al, (1999) cité In Monfort 2001

• 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.

• 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)<sup>2</sup>.

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». «Etre en trop quand un autre se trouve être en moins a une force traumatique marquée » (Briole, et al.)<sup>3</sup>.

• 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)<sup>4</sup>. Nous n'avons pas connaissance d'une étude identique chez les veufs.

---

<sup>2</sup>I. Simenone & Myslinski M. (1987) cité In Monfort 2001

<sup>3</sup>Briole & al, (1999) cité In Monfort 2001

<sup>4</sup>K.M. Bennett (1996) cité In Monfort 2001

• 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 suis-je? Que m'arrive-t-il?» (Moseley)<sup>5</sup>.

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)<sup>6</sup> 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 Chamballon<sup>7</sup>.

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

---

<sup>5</sup>C. Moseley (1997) cité In Monfort 2001

<sup>6</sup>M. Micas (1999) cité In Monfort 2001

<sup>7</sup>R. Chamballon (1990) cité In Monfort 2001

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.

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)<sup>8</sup>;

- 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 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

---

<sup>8</sup>H. Bianchi (1982) cité In Monfort 2001

profonde. C'est comme si cette capacité d'investir et de désinvestir sur le plan relationnel s'émoissait, 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.

#### **1.4. 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 « successful 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 aigue 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 évoqués par l'auteur qui fragilisent la personne âgée, nous incitent à considérer les nouvelles approches de la dépression de la personne âgée.

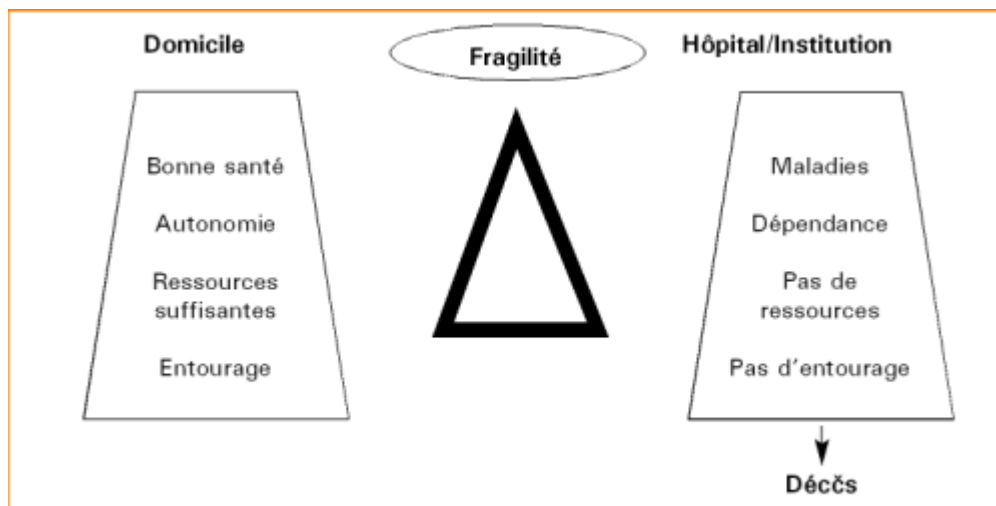


Fig. 1. Le concept de fragilité : un équilibre instable (adapté d'après 1).

## **2. 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.

Dans le cadre de notre recherche nous nous intéresserons plus particulièrement à la partie de l'article qui traite de la dépression névrotique.

Selon les auteurs, « la caractéristique particulière du vieillissement apparaît à Balier<sup>9</sup> 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»*

---

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



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 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)<sup>10</sup>.

« 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

---

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

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 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 comorbidités, puisque maladies somatiques et dépressions sont souvent intriquées.

La question des co-morbidité sera d'ailleurs envisagée dans la suite de notre recherche dans notre tentative d'éclairer l'étiologie du syndrome de glissement.

### **3. Le syndrome de glissement**

Notre troisième partie va porter sur ce syndrome. Nous allons pour commencer en présenter un historique qui sera particulièrement appuyé sur le versant médical. Nous développerons par la suite les considérations plus récentes sur ce syndrome du point de vue psychologique ainsi que psychanalytique.

#### **3.1. Sur le versant médical**

Notre historique va se baser sur le collectif de la Fédération française de psychiatrie (2001) qui met en lumière de façon intéressante les désaccords autour de ce syndrome. Le fait que cet historique apparaisse dans un collectif dont le thème est la crise suicidaire et sa prise en charge peut donner à penser déjà un positionnement: le syndrome de glissement comme équivalent suicidaire sur lequel nous nous interrogerons plus tard.

Monfort (2001) dans le collectif de la Fédération française de psychiatrie propose un condensé des différents aspects envisagés sur le syndrome de glissement. D'un point de vue historique, les premiers à avoir utilisé le terme de syndrome de glissement ont été les français Carrié puis Graux et Delomier. Pour Carrié<sup>11</sup> en 1956 à Clermont-Ferrand, le syndrome de glissement est avec la mort subite l'un des modes spécifiques de décès de la personne âgée. Avec Carrié, il était employé pour désigner une façon de mourir assez inexplicable des vieillards en hospice par un processus différent de celui qui frappe un patient atteint par une défaillance d'un organe. Pour lui, le syndrome de glissement est donc un tableau qui évolue inéluctablement vers le décès.

C'est lui qui va donner une première description clinique et va différencier le syndrome de glissement imputable à une cause reconnue et le syndrome idiopathique.

Sur un versant médical, P. Graux<sup>12</sup>, propose en 1963 pour empêcher le décès, d'associer une

---

<sup>11</sup>J. Carrié (1956) cité In Fédération française de psychiatrie

<sup>12</sup>P. Graux (1973) cité In Fédération française de psychiatrie

réhydratation, une perfusion d'acides aminés et une prévention des complications de décubitus. Cette prise en soins a fait l'objet d'un essai en ouvert sur 28 patients qui a empêché le décès de 22 patients. D'un point de vue médical, ce syndrome devient alors potentiellement réversible. Il utilisera le terme de glissement en 1967, pour désigner la modification du comportement de certaines personnes très âgées. Ce changement se caractérise par une détérioration globale des fonctions intellectuelles, un désintérêt pour toutes choses, un refus de se mouvoir et de s'alimenter. Le plus souvent cette pathologie est consécutive à une maladie ou un accident. Son pronostic est très sombre.

Ce syndrome a également été analysé par Delomier en 1985 dans les effets somatiques de la crise et le syndrome de glissement. Il l'a défini comme une décompensation, observée spécifiquement dans le grand âge, succédant à une première affection aiguë de nature variable (chirurgicale, infectieuse, cardiovasculaire...) alors que celle-ci paraît guérie ou en voie de guérison. Cette décompensation secondaire évolue pour son propre compte et conduit au décès en l'absence de traitement approprié et même malgré ce traitement.

Il le définit comme un ensemble de manifestations cliniques produites par la décompensation d'une polyopathie infraliminale, sous l'influence du « détonateur » représenté par la maladie initiale.

Ferrey déclare même en 1989: « Les sujets atteints de syndrome de glissement meurent lentement mais sûrement, sans raison somatique connue. »



Evolution du syndrome de glissement d'après Delomier

Cependant, l'usage de ce terme se développe dans les services de gériatrie mais ne s'est pas

étendue au delà de la gériatrie française.

A l'étranger, les pays non francophones n'ont pas traduit dans leur langues respectives le terme syndrome de glissement. Deux syndromes à l'intitulé différent présentent cependant des similitudes avec le syndrome de glissement francophone.

Le failure to thrive: qui est un terme emprunté à la pédiatrie qui comporte entre autres une perte de poids sans cause évidente sachant que toutes les causes d'anorexie peuvent en être à la source.

La depression with anorexia, qui est un syndrome dépressif majeur de la personne âgée avec une anorexie et une perte de poids sévère au premier plan.

Le versant médical du syndrome a été le premier étudié. La cause est peut-être imputable au fait que la présence des psychologues en gériatrie et gérontologie est récente et donc encore peu connu et étudié sur le versant psychologique et psychopathologique.

Monfort (2001) nous fait part du fait qu'il existe autant de descriptions cliniques du syndrome qu'il y a d'auteurs.

Certains en décrivent plusieurs types avec plusieurs phases, avec ou sans intervalle libre.

Si le plus souvent il est considéré comme un syndrome, il l'est parfois aussi comme un symptôme ou comme une forme clinique de dépression majeure.

Une synthèse de ces descriptions multiples le conduit à proposer l'utilisation du terme syndrome de glissement lorsque trois critères sont présents.

- La personne âgée présente un trépied clinique observable associant une réduction de son alimentation, de son activité locomotrice et de sa communication verbale.
- Les aidants éprouvent un ressenti, un vécu qui les conduisent à faire l'hypothèse que la personne âgée a pris la décision de renoncer aux efforts nécessaires pour poursuivre sa vie et pensent que cette décision est prématurée.
- Il n'y a pas d'emblée une cause évidente qui puisse expliquer le tableau observé et ressenti.

Pour Monfort, l'intérêt à garder l'usage du terme « syndrome de glissement » réside dans le fait que ce terme a le pouvoir de faire immédiatement comprendre à une équipe, à des aidants, au patient lui-même, que l'évolution naturelle sera le passage de la vie à la mort. Si la décision est d'essayer d'empêcher cette évolution létale, il devient alors évident de rechercher en urgence la ou les « impulsions » curables qui peuvent être à l'origine de ce glissement.

Concernant le diagnostic étiologique, on peut s'interroger sur les pathologies qui peuvent à la fois donner une réduction simultanée de l'activité locomotrice, du langage et de l'alimentation et un renoncement aux efforts permettant la poursuite de la vie?

- La iatropathologie est le premier axe à explorer en raison de sa fréquence et de sa réversibilité: comme un bas débit cérébral lié à un excès ou un cumul de médicaments dont les conséquences ne sont pas connues ou des interactions médicamenteuses entraînant une confusion, certains médicaments pouvant induire une anorexie ou une dépression.
- Le deuxième axe est l'ensemble des pathologies médicales et chirurgicales: pathologies toxiques, infectieuses, endocriniennes, tumorales. Ce type d'étiologie reste parfois méconnu, mis en évidence seulement par la pratique d'une vérification anatomique.
- Le troisième axe étiologique est celui de la souffrance psychologique. Nous nous limiterons ici à parler du trouble psychologique le plus curable: un état dépressif.

L'absence actuelle de consensus sur les critères pour définir le syndrome de glissement n'a pas permis la réalisation d'études longitudinales allant jusqu'à l'autopsie qui auraient l'intérêt de nous donner le pourcentage respectif des différentes étiologies de ce syndrome.

Cependant en ce qui concerne la prise en charge de ce syndrome, l'auteur avance un point important qui est celui du désaccord entre les professionnels concernant le diagnostic ou la recherche d'éléments dépressifs.

« En l'absence de données scientifiques, nous ne pouvons que délivrer notre avis: chaque fois que l'on est appelé auprès d'une personne âgée ayant un tableau qualifié de syndrome de glissement, il est souhaitable de rechercher les arguments qui plaident en faveur d'un état dépressif. Cette attitude consommatrice de temps a un inconvénient: elle conduit à faire des diagnostics de dépression par excès et à prescrire trop souvent un test antidépresseur d'épreuve. Il est préférable de prendre ce risque plutôt que de laisser souffrir et mourir un déprimé non-traité. Or cet avis n'a pas l'accord de tous les professionnels. » Pour Ferrey, le diagnostic de dépression est utilisé abusivement dans les syndromes de glissement: « il suffit que la personne âgée dise qu'elle en a assez, qu'elle veut mourir, qu'elle veut qu'on la laisse tranquille pour que l'on parle de dépression. »

On pourrait exposer comme conséquences du syndrome de glissement: un syndrome d'immobilisation dont les complications liées sont fréquentes, infectieuses, cutanées, thromboemboliques, intestinales.

Les personnes en glissement restent le plus souvent alitées, les escarres en sont une conséquence lourde. Pour illustrer cela donnons par exemple quelques chiffres sur les escarres:

- 3% des personnes hospitalisées sont porteurs d'escarres (tout stade confondu),
- 80 min est le temps journalier moyen apporté par l'infirmière et l'aide soignante aux soins

d'une escarre,  
-70 % des escarres se voient sur des personnes de plus de 65 ans (chez le sujet âgé la surmortalité est multiplié par 5 chez les porteurs d'escarre) ,

- Au fur et à mesure de l'aggravation de l'escarre, le coût total va augmenter fortement. Schols (2003) a montré que le coût total du traitement des escarres varie de 1 574, 64 € (stade 1) à 5 857,83€ (stade 4) (dans une étude sur 48 patients âgés en maison de retraite),  
- Le coût total estimé de la prise en charge des escarres en France à l'hôpital et au domicile s'élève à 3,35 milliards d'euros et se trouve être considérable en terme de souffrance personnelle et de coût hospitalier devenant un enjeu politique.

### **3.2. Sur le versant psychologique**

#### **A. Comme équivalent suicidaire**

Sur le versant psychologique, le syndrome de glissement est discuté comme étant un équivalent suicidaire. Monfort (2001) s'interroge si la décision de renoncer aux efforts nécessaires pour poursuivre sa vie doit-elle être assimilée ou distinguée d'un mode de suicide? Lorsque le syndrome de glissement abouti à la mort, doit-on considérer qu'il s'agit d'une mort par suicide? Ces questions sont à la fois es questions individuelles, des questions de société et des questions dont les réponses ont des influences sur les statistiques concernant le suicide.

En effet, il est nécessaire de souligner que les décès des personnes en glissement ne sont pas comptabilisés dans les statistiques sur le suicide.

Au niveau des définitions, le dictionnaire indique que le suicide est une mort causée par la personne elle-même. On pourrait alors considérer que le renoncement aux efforts pour poursuivre sa vie est un mode de suicide, une conduite suicidaire lente.

Mais un débat oppose cette considération avec les spécialistes du suicide. Ces derniers estiment qu'on ne pas assimiler toute prise de risque à un désir de mort car la recherche du dépassement et le flirt avec ses limites fait partie de la condition humaine.

L'objectif étant de ne pas trop élargir le champ du suicide, ce qui risquerait d'entraîner la confusion dans la démarche et l'absence de lisibilité. »

Du point de vue du positionnement de la Fédération française de psychiatrie, tout se passe comme s'il existait un « continuum allant du désir permanent de vivre à ma recherche active de

la mort, aboutissant à la mort par suicide. Entre ces deux extrêmes se situent les conduites à risque, l'attente passive de la mort qui peut durer des années, et le syndrome de glissement qui est un renoncement prématuré aux efforts qui permettent d'assurer la survie. »

Ce continuum peut-être divisé en trois parties:

- si lors d'un tableau de syndrome de glissement, on découvre que la personne âgée est à l'extrémité de ce continuum et recherche activement la mort (absorption de médicaments etc...) alors le diagnostic de syndrome de glissement n'est pas adéquat. Il s'agit d'un suicide qui a parfois été qualifié de « suicide passif ».
- Si lors d'un tableau de syndrome de glissement on découvre que la personne âgée a renoncé, mais de manière considérée comme non prématurée, alors le diagnostic de syndrome de glissement n'est pas adéquat, il s'agit d'une mort survenue à la fin légitime d'un cycle de vie.: la personne âgée meurt « rassasiée de jours ». Si, de surcroît, la personne âgée et les aidants témoignaient d'un apaisement, on pourrait qualifier la mort de « bonne mort ».
- Si lors d'un tableau de syndrome de glissement, on ne découvre rien d'autre, on en reste à la formulation de l'hypothèse qu'une ou plusieurs étiologies associées ont conduit la personne âgée à renoncer prématurément aux efforts permettant sa survie. Le diagnostic de syndrome de glissement reste alors bien adéquat. Pour les spécialistes du suicide, ce syndrome n'est pas un suicide mais un flirt avec les limites de la vie.

Le tableau clinique du syndrome de glissement fait consensus sur le versant somatique des troubles. On retrouve une tension artérielle abaissée, de l'asthénie, de l'adynamie, de l'anorexie, de l'adipsie, un météorisme abdominal, de l'incontinence et un syndrome de déshydratation extracellulaire. Cependant les professionnels ne sont pas en accord sur son lien avec le tableau dépressif, sur son évolution et sur son traitement.

On trouve dans la littérature des avis contraires. En effet certains auteurs estiment que le syndrome de glissement est un équivalent dépressif quand d'autres pensent que la comparaison avec le tableau dépressif est un abus de langage. On peut par exemple lire chez Ferrey et Le Gouès (2008) que: « très souvent le tableau psychique est considéré comme une forme plus ou moins atypique de syndrome dépressif et simultanément, une sorte d'extension langagière abouti parfois à assimiler glissement et dépression, très naturellement ensuite à prescrire des antidépresseurs. En fait, il paraît utile d'isoler un syndrome de glissement dans la mesure où le tableau se produit dans les circonstances étiologiques décrites plus haut et qu'il comporte un tableau psychique assez spécifique suffisamment distinct d'un syndrome



dépressif. » Certains auteurs envisagent nécessairement une issue fatale quand d'autres proposent un traitement médical attaquant les symptômes pour éviter la mort. D'autres encore déclarent que le syndrome de glissement est un obstacle au traitement antidépresseur et au nursing avis n'étant pas partagé par tous. Le syndrome de glissement ne fait donc pas consensus et se trouve être difficilement étudiable puisque si il conduit à la mort, il est à prendre en charge comme une urgence gériatrique pour protéger la personne et ne permet pas certains types d'études.

Une étude a cependant été menée, par Bazin et Drunat, sur la prévalence du syndrome de glissement en fonction du sexe et du statut marital des sujets dont les résultats sont les suivant:

Pour compléter cette mesure de l'étayage relationnel et du champ des investissements objectifs relationnels, nous avons utilisé l'étude sur le statut marital de Bazin et Drunat (2002) présenté dans le tableau suivant.

	Célibataires	Marié(e)s	Veuf(ve)s	Divorcé(é)s
Hommes Population Générale	5,2	59,8	33,4	1,7
Hommes Glissement	19	33	38	9,5
Femmes Population Générale	6,3	16,5	74	3,3
Femmes Glissement	5,3	8,9	80,3	5,3

Comparaison par sexe et par statut de la prévalence du syndrome de glissement.

Les résultats indiquent que chez les hommes comme chez les femmes, les plus touchés sont les veufs. (Hommes= 38; Femmes= 80,3).

B. Comme équivalent dépressif

En ce qui concerne le désaccord faisant du syndrome de glissement un marqueur dépressif, nous allons récapituler les divergences entre auteurs.

J. Pellerin et C. Pinquier (2001) interrogent ce syndrome comme un marqueur de la dépression. Les auteurs soulignent la difficulté de consensus autour de ce syndrome. Ils stipulent que: « cette expression répandue (« il se laisse glisser) », est sans doute le reflet d'un usage aujourd'hui banalisé du terme de syndrome de glissement. Si cette circonstance est fréquente, sa représentation en est toutefois relativement restreinte et sa description limitée à quelques publications alors qu'aucune traduction littérale ou approchante en langue anglaise ne semble pleinement satisfaisante. »

Ils rajoutent que « bien que ce terme ait été introduit dans la 9<sup>ème</sup> Classification Internationale des Maladies, les sujets regroupés dans les études qui en précisent les particularités marquent par l'hétérogénéité de leur symptomatologie. Cette hétérogénéité pourrait trouver son origine dans la multiplicité des facteurs étiologiques reconnus à cet état parmi lesquels l'incapacité physique, la dénutrition, les syndromes dépressifs et les altérations cognitives ». Les auteurs avancent l'hypothèse psychopathologique que le syndrome de glissement serait induit par une défaillance de l'appareil psychique dans le contexte d'une défaillance de l'environnement qui ne sait plus ou ne peut plus manifester la fonction d'étayage sur laquelle le sujet s'était appuyé jusque là.

Selon eux, c'est l'altération des capacités d'adaptation à la réalité, l'une des fonctions essentielles du Moi qui s'est désagrégée. Cette altération du fonctionnement mental et sa moindre efficacité sont douloureusement ressenties au plan narcissique et trouvent leur origine dans la conjonction de l'atteinte somatique et d'une organisation de personnalité trop fragile pour métaboliser durablement l'angoisse qui était associée à cette atteinte.

Les auteurs font ensuite part des correspondances entre le syndrome de glissement et les syndromes dépressifs qui font l'objet selon eux de controverses nombreuses dans lesquelles il n'est pas facile de se repérer. Ils avancent que la solution dépressive exige la possibilité d'une mentalisation et donc d'un moi fonctionnant encore correctement alors que pour eux, ce n'est plus le cas dans les syndromes de glissement. Ils rajoutent que chez certains patients présentant un désir de mort, il pourrait être supposé un vécu dépressif mais que ce n'est le cas qu'inconstamment.

Ils concluent que les éléments de leur article plaident pour un certain recoupement entre syndrome de glissement et syndrome dépressif. Ils indiquent cependant que ce recoupement n'opère probablement pas une stricte superposition entre ces syndromes ni même leur congruence. Il est logique que l'existence de points communs entre ces deux entités ne soit pas rigoureusement explicite dans un contexte où chacune d'entre elle garde encore des aspects qui

sont mal définis.

Le syndrome de glissement est une entité clinique dont la description est spécifiquement française. De nombreux travaux anglo-saxons regroupent toutefois des syndromes évolutifs qui pourraient comprendre cette affection. Son pronostic est sévère et comporte la nécessité d'aménagements thérapeutiques coûteux et complexes à mettre en oeuvre. Comme dans le cas de la dépression indiqué par d'autres auteurs précédemment, son installation pourrait trouver son origine dans des paramètres variés mais l'importance de facteurs inhérents à la personnalité du sujet et aux interactions qu'il conserve ou ne peut continuer de conserver avec l'entourage semble déterminante. Sa nature n'autorise pas une stricte correspondance avec les syndromes dépressifs dans l'état actuel des connaissances mais les facteurs qui conditionnent sa survenue sont également à l'oeuvre dans la genèse de certains troubles dépressifs du sujet âgé. Il justifie ainsi d'une certaine identité, avec les troubles dépressifs, dans la nature des procédures de soins à mettre en oeuvre.

De la même façon, Bazin (2002) s'interroge aussi sur le syndrome de glissement comme un équivalent dépressif. A la différence des auteurs précédents, il indique que le sujet exprime le souhait de mourir. Il mentionne aussi que si le tableau clinique associant le terrain, le facteur déclenchant, les signes cliniques, l'aggravation inexorable et rapide est bien connue, le flou persiste quant à la définition et les limites du syndrome de glissement, son pronostic et bien sur son étiologie. Il fait par la suite le lien entre syndrome de glissement et dépression mélancolique. Selon lui le tableau clinique est très évocateur d'une dépression mélancolique: anorexie, attitude douloureuse, refus des soins, passivité voire agressivité envers les proches ou les soignants qui tentent de les stimuler et la volonté exprimée de mourir.

### C. Comme équivalent mélancolique

Il réfléchit ensuite si le syndrome de glissement serait une dépression sévère, mélancolique, d'évolution tellement rapide que le traitement n'aurait pas le temps d'agir. Il termine en indiquant que les rares études de suivi de patients présentant un syndrome de glissement font état d'un pronostic très sombre et que les rares cas de survie sont des patients pour lesquels le diagnostic d'Episode Dépressif Majeur a été posé et qui ont bien réagi aux traitements antidépresseurs prescrits.

L'idée du rapport avec la mélancolie se retrouve également dans l'article de Frémont (2004) qui explique dans une partie consacrée aux situations particulières au sujet âgé que le syndrome est

assimilé par certains à un état mélancolique grave. Il peut-être la conséquence d'une maladie somatique, d'un traumatisme ou d'une institutionnalisation non acceptée. Après un intervalle de temps suivant l'événement causal, il réalise une véritable catastrophe vitale avec anorexie, refus de soins, agitation, agressivité. Le décès survient dans la plupart des cas en dépit d'un traitement bien conduit.

### **3.3 Sur le versant psychanalytique**

En regard des considérations psychologiques nous allons essayer d'éclairer en quoi les pertes physiques, l'atteinte au corps peut fragiliser le narcissisme du sujet âgé. D'autre part nous évoquerons la fragilisation du champ relationnel et nous discuterons dans quelles mesures il impacte les investissements objectaux, relayant la libido au corps propre. Nous allons dans une troisième et dernière partie aborder les théories psychanalytiques sur le syndrome de glissement.

Marion Péruchon est l'auteur qui a récemment traité les processus de structure et de déstructuration à la sénescence. Dans l'un de ces articles elle traite des cas de bouleversements de structure au regard de celles qui se maintiennent dans la vieillesse. Elle essaie de cerner les facteurs de déstructuration susceptibles de porter atteinte à la structure en dégagant les conditions sous lesquelles elle se défait. A ces fins elle utilise la métapsychologie freudienne et les récentes découvertes en psychosomatique de l'école de Paris.

Elle avance que dans le cas d'une déstructuration, soit les fixations mentales étaient précaires soit elles se sont désagrégées sous l'effet de facteurs internes et environnementaux comme la disparition des objets à investir par exemple ou comme l'extinction du désir ou de la libido narcissique ou le fait de ne plus vouloir vivre.

Elle aborde ensuite le trauma et ses conséquences dans la déstructuration pouvant conduire jusqu'au syndrome de glissement.

Son postulat de base est que le trauma qui est une action de la pulsion de mort est facteur de désorganisation et de déstructuration. Il peut être interne comme la perception d'une image de soi dévalorisée ou dégradée ou externe comme la survenue d'une catastrophe. Elle rajoute qu'il cause la fuite de la libido et avec elle une sidération mentale mortifère.

Si les points de fixation mentale ne freinent pas le mouvement de régression, il peut alors entraîner une déstructuration de la personnalité.

Elle rajoute que la déstructuration est le fruit de la pulsion de mort et qui s'inscrit dans

L'hypercomplexité ou s'enchevêtrent les causalités somatopsychiques.

Elle précise qu'il y a surdétermination bio-socio-psychologiques ou causalité multidimensionnelle, l'absence de recharge libidinale nécessaire au maintien de la structure recèle une indéniable valence mortifère.

L'interaction de divers facteurs, comme la faiblesse de l'organisation de la personnalité, les déterminations neurobiologiques et la survenue d'impacts traumatiques ou de trauma, la vieillesse pouvant en être un et qui provoque la perte du désir et de l'investissement, aboutit à une conjoncture de déstructuration de la personnalité et peut être corroborée par la déstructuration pulsionnelle majeure. « Cette conjoncture de déstructuration de la personnalité peut être illustrée par cet équivalent suicidaire qu'est le syndrome de glissement promu par l'éradication du désir et de la libido narcissique. »

Il semble important dans la mesure où dans le syndrome de glissement, la personne reste alitée, refuse de se nourrir et semble vouloir régresser jusqu'à la mort. Elle avance donc qu'une déstructuration peut provenir de facteurs internes et externes qui peuvent être à l'origine d'un syndrome de glissement.

Le concept de régression est repris plus tard par Danton (2008) dans son article qui traite des pertes et profits à régresser.

L'auteur commence par faire un historique de la régression dans l'histoire de la psychanalyse et plus particulièrement par l'apport phare de Michaël Balint<sup>13</sup> datant de 1977.

Michaël Balint s'est beaucoup intéressé à la question de la régression. Il repère à partir de l'oeuvre de Sigmund Freud quatre fonctions de la régression.

Dans « L'interprétation des rêves », paru en 1900, le terme de régression fait une première apparition discrète: la régression est alors présentée comme un mécanisme de défense mineur, beaucoup moins important que le refoulement.

Dans « Trois essais » en 1915 Freud affirme explicitement le rôle de facteur pathogène important joué par la régression.

Il aborde aussi la régression en tant qu'élément du transfert, essentiellement au service de la résistance.

Freud reconnaît ensuite dans la forme régressive du transfert un symptôme de la puissante compulsion de répétition. Il postule l'existence d'une pulsion de mort dont le but permanent est la régression: retourner de l'état présent à un état qui a existé autrefois. En dernière analyse,

---

<sup>13</sup>M. Balint (1977) cité In Danton 2008

retourner de la vie à la mort. C'est en cela que le concept de pulsion nous intéresse dans cette recherche puisque le comportement de la personne en glissement montre une régression claire, par ses symptômes et peut inviter à penser que la pulsion de mort a donc pris le pas sur la pulsion de vie.

En développant, sur la régression à ses pertes, il déclare que dans la mesure où le narcissisme du sujet s'alimente à l'Idéal de son Moi, toute défaillance, toute atteinte biologique déficitaire, toute régression donc, risquent de mettre en danger l'estime de soi.

« Et régresser est risqué: la mort n'est-elle pas l'ultime régression? » On peut donc mettre en lien la régression et le syndrome de glissement, conduisant le sujet par la poussée de la pulsion de mort à un retour à un état anorganique.

Il lie ensuite son article avec les travaux de Péruchon qui a également travaillé sur la régression dans le grand âge. Dans son article « régression et/ou désorganisation au regard de la sénescence paru dans psychiatrie française » elle replace la régression dans le fonctionnement psychique humain global: mue par la pulsion de mort, la régression est alors un retour de la libido sur le moi. (Ce que l'on peut rapprocher des travaux de Freud sur la mélancolie).

Elle nomme ce type de régression la « régression narcissique » et avance que l'exemple le plus foudroyant de désorganisation psychosomatique apparaît avec le syndrome de glissement. « Fruit de la pulsion de mort, cet équivalent suicidaire achemine le sujet qui ne veut plus vivre vers la mort en quelques semaines. Antinomique du moindre indice régressif, ce dramatique tableau clinique illustre le refus de toute communication, de soins, de nourriture, une confusion et une détérioration mentale, ainsi que des complications somatiques graves. Le désinvestissement hyperbolique des objets et du moi auquel on assiste impuissant sape tous les contenant et les contenus psychiques jusqu'aux soubassements de l'unité psychosomatique via la mort. Dans le syndrome de glissement, il n'y a pas de point de fixation qui stoppe la régression. Celle-ci va jusqu'à la mort. »

Pour donner quelques précisions sur le concept de pulsion que nous utilisons, nous nous basons sur la définition proposée dans le dictionnaire du corps.

Le terme pulsion est la traduction du mot allemand *Trieb*, qui constitue un des concepts fondamentaux de la doctrine freudienne. Elaborée à partir des études de la sexualité humaine, la notion freudienne de pulsion évoque l'idée d'une force irrésistible, d'une poussée quasi aveugle. Elle est repérable dans la racine étymologique du mot *Trieben*, le caractère poussant est décrit par Freud comme la propriété essentielle de la pulsion.

Initialement Siméone (1990) a écrit sur les aspects psychodynamiques des troubles des

comportements chez le sujet sénescent.

Dans son article de 1990, il fait retour sur la théorie de Balier<sup>14</sup> qui a marqué les débuts de l'intérêt porté par la psychanalyse aux sujets sénescents.

Il essayait de dépasser la dialectique du conflit intrapsychique qui ne se déroulerait plus être le désir sexuel et leur inévitable régression à l'âge avancé.

« Le vieillissement, dans la vision de Balier, devient un lieu d'équilibre dynamique fait d'investissement et de désinvestissement narcissique. L'investissement serait synonyme de vie, le désinvestissement serait au contraire un facteur de destruction. Ainsi, 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» (Balier, 1979). La caractéristique particulière du vieillissement paraît donc à Balier comme un problème d'économie narcissique. L'isolement affectif de l'individu qui vieillit, le temps limité qui lui reste à vivre, la proximité de la mort, fait que chaque transformation de son corps, de même que chaque handicap et chaque limitation imposée par l'environnement est vécu comme une atteinte au Soi. Nous pouvons reprendre ici le thème des chutes, la perte de la liberté de mouvement et d'autonomie qui apparaissent de façon marquante et récurrente chez les personnes âgées. De même à l'occasion de nombreux événements et crises qui jalonnent le devenir du sujet sénescent, la protestation agressive peut se transformer en refus de toute aide dans un vécu abandonnique de l'existence. Il met en lien les connotations dépressives que nous connaissons bien et qui se conjuguent avec des comportements qui aggravent l'isolement et amènent le sujet à la «mort psychique». Il donne les noms de régression, repli sur soi, apathie, syndrome de glissement, désinvestissement actif de soi-même. L'investissement-désinvestissement narcissique se fonde sur l'opposition: narcissisme-mort. Balier nous rappelle que chez les jeunes et l'homme adulte, le narcissisme peut être comblé ou non par l'Idéal du Moi, mais c'est par rapport à l'idéal du Moi qu'il situe sa propre valeur et le rend digne d'être aimé et de s'aimer lui-même. Le corps à l'heure de la vieillesse qui n'est plus érotisé et ne répond plus aux besoins, ainsi que le repli social à l'heure de la retraite, deviennent des événements de dévalorisation narcissique qui provoquent le désinvestissement de soi et concourent à précipiter le sujet vers la mort. La pathologie de l'âge avancé, comme la dépression, les manifestations délirantes, les symptomatologies névrotiques, prendrait son origine dans une défaillance narcissique. L'apport déficitaire narcissique de l'entourage d'autre part n'aide plus à affronter l'angoisse de la mort.

On pourrait avancer avec Abraham (1986)<sup>15</sup> que l'Idéal du Moi chez le vieillard est un Moi

---

<sup>14</sup>C. Balier (1979) cité In Simeone 1990

<sup>15</sup>G. Abraham (1986) cité In Simeone 1990

rétrograde: «... le sujet se condamnerait lui-même à n'espérer rien de moins qu'être ce qu'il a été.»

Mais pour Balier, dans la régression narcissique, le sujet ayant perdu le sentiment de sa propre valeur demande aux autres de lui en fournir la preuve. Autrement dit il demande à être aimé, plus qu'il n'est capable de s'aimer. Balier conclut que l'équilibre et le déséquilibre entre les deux forces opposées, la pulsion de mort d'une part et le narcissisme de l'autre, définit la dynamique psychologique du sujet sénescence. Dynamique apparemment fragilisée dans le syndrome de glissement puisque le narcissisme lui-même fragilisé ne pèse plus assez lourd dans la balance. La psychopathologie apparaît pour lui comme l'émergence symptomatique d'une des deux charges pulsionnelles, et une modification minimale des éléments structuraux de l'équilibre peut faire basculer la personne âgée dans le fonctionnement pathologique. Par modification minimale nous pourrions considérer par exemple la survenue d'un trauma comme l'avancé Péruchon.

Ainsi l'état somato-psychique, les relations avec le milieu environnant social ou familial, sont les éléments essentiels sur lesquels cet équilibre précaire s'appuie. »

La personne âgée, dont le narcissisme est fragilisé et qui entrave son amour de lui-même, nécessite des relations externes qui lui permettent de combler cet amour par celui d'autrui. Le champ relationnel pourtant souvent réduit met en péril cet équilibre. En cas d'isolement, le sujet âgé peut donc basculer.

Nous pouvons approfondir le concept de narcissisme dans le cas des personnes âgées.

Amyot (2008), reprend dans son article, la lutte féroce qui se livre chez les personnes âgées entre les voies de régression et celle d'une résistance acharnée au maintien d'une vie psychique. L'auteur y aborde la problématique des pertes cumulatives autour de l'axe du narcissisme et celui de la lignée objectale. Avec le vieillissement, le narcissisme de la personne âgée est malmené à plusieurs égards.

Le vieillissement physiologique normal va porter atteinte directement à l'intégrité corporelle mais aussi à l'image corporelle. Les atteintes corporelles se traduisent par une diminution locomotrice, une diminution de la vision et de l'audition. Les sens diminués peuvent d'ailleurs conduire à une fragilisation du narcissisme, une perte d'autonomie et par voie de conséquence aussi un isolement. Les 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.

Concernant l'axe de la lignée objectale on peut dire 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.



Ces facteurs peuvent amener le sujet âgé à la dépression. A ces égards, la pulsion de vie est mise à mal et pour l'expliquer, nous allons nous référer aux considérations de Péruchon qui elle-même se réfère à André Green.

Dans son article, Péruchon (2009), dit que « André Green recoupe la dernière théorie pulsionnelle de Freud. Au niveau humain, les phénomènes complexes se rapportent en termes psychanalytiques, au couple des pulsions de vie et des pulsions de mort » (Green, 2007).

La pulsion de vie assemble et intègre alors que la pulsion de mort et les deuxièmes détruit les rapports et désintègre ce qui corrobore l'intrication et la désintrication pulsionnelle.

« Qui plus est cet être psychosomatique intersubjectif qu'est l'homme se construit par l'intermédiaire de l'objet à l'origine de l'investissement de soi et de l'autre objet qui de surcroît lie la pulsion dont les racines plongent dans le soma. Aussi la psyché qui se développe à partir du soma et des pulsions n'est-elle ni coupée du corps, ni d'autrui, ni de la culture (Green, 2007) ».

En outre, dans cette hypercomplexité-là, le « psychisme opère essentiellement en instaurant des décalages successifs par rapport aux déterminations biologiques. La spécificité du psychique – écrit Christophe Dejours<sup>16</sup> – se constitue par un mouvement d'affranchissement ou d'émancipation par rapport à la pesanteur biologique [...] ; cette émancipation étant toujours limitée et précaire» (Dejours, 1994, p. 95) – émancipation dépendant de nombreux facteurs qui, en fonction de leurs agissements ou de leurs modifications, peuvent contribuer à l'invalider. De fait, cette émancipation concernant les processus mentaux peut être mise à rude épreuve lors de situations traumatiques promues par les forces de destruction et/ou à certaines périodes critiques de la vie comme la vieillesse favorisant la désintrication pulsionnelle. Nous pouvons alors constater un affaiblissement, une dégradation voire un effondrement des niveaux psychiques supérieurs redonnant une prévalence aux déterminations neurobiologiques ou débouchant sur un dysfonctionnement physiologique. Cet article vise à saisir à travers quelques figures pathologiques de la sénescence en gériatrie, notamment à travers deux formes de démence sénile de type Alzheimer et le syndrome de glissement quelles sont les forces de destruction voire d'autodestruction à l'œuvre. Il existe aussi des forces de construction ayant trait à certaines potentialités subsistantes dans certains cas. Pour ce faire, l'auteur se base sur la théorie psychosomatique de l'École de Paris (Marty, 1976, 1980, 1990) inspirée de Freud.

Il s'agit d'une théorie qui s'inscrit dans l'hypercomplexité puisqu'elle articule entre elles, à la lumière de la problématique de l'intrication pulsionnelle, des dynamiques hétérogènes relevant du champ somato-psychique.

---

<sup>16</sup>C. Dejours (1994) cité In Péruchon 2009

Les fonctionnements psychopathologiques propres au sujet âgé où le désir de mourir ou de survivre jouent, selon nous, un rôle important dans les destins de ces forces de construction-déconstruction qui nous habitent. Il s'agit aussi de s'interroger sur les voies spécifiques empruntées par la pulsion de mort déterminant probablement un autre modèle de fonctionnement.

Le trauma est souvent la cause de ravages sur une psyché déjà fragilisée par l'âge et se trouve être selon l'auteur un facteur de déliaison pulsionnelle, effractant le moi. Il libère les « excitations mortifères en engendrant une sidération mentale et en abrasant les contenus représentationnels parfois jusqu'au vide psychique. » (Botella, 1998)<sup>17</sup>. Il s'agirait d'effondrement de la topique et de la dynamique internes.

Péruchon (1994) avance qu'un mouvement défensif de reconstruction passe par le biais d'hallucinations mnésiques. Soutenues par le désir, ces hallucinations recouvrent des souvenirs-représentations qui se donnent pour des perceptions du réel, et sont revécues dans le plaisir avec un sentiment d'actualité prononcé.

Elle donne l'exemple d'une patiente de 85 ans, institutionnalisée, qui l'invite à partager son jeu dans la cour de récréation. Terminant ses devoirs, elle attend sa « maman » qui fait en ce moment des gâteaux au citron qu'elle lui apporte tous les jours à la sortie de l'école...

Ces hallucinations mnésiques liantes qui peuvent parfois s'associer à des bribes de fantasmes ou de rêves épargnées réapprovisionnent libidinalement le sujet en ralentissant ou en stoppant le mouvement de destruction démentielle. Si ces hallucinations témoignent d'une régression formelle, elles affichent tout autant une régression temporelle qu'autorise un des derniers points de fixation subsistant encore, fixation orale hébergeant ici un bon objet. En raison de l'objet qu'elle recèle, cette « fixation primaire » (Péruchon, 2007) favoriserait encore le maintien des investissements en se montrant réparatrice des frustrations ou des blessures actuelles, notamment du manque d'objet d'amour. Cette fixation primaire a donc une fonction réobjectalisante et viendrait lier grâce à la libido la pulsion de destruction, contribuant à maintenir les assises identitaires et narcissiques. Elle joue donc un rôle capital puisqu'elle permet encore à l'énergie de rester qualifiée et pulsionnalisée en protégeant le sujet d'une plus grande désobjectivation.

Elle consacre ensuite un paragraphe au syndrome de glissement comme la « figure de l'autodestruction par excellence ».

« Sans nous étendre sur cette entité psychopathologique encore mal connue de la gérontologie,

---

<sup>17</sup>C. & S. Botella (1998) cité In Péruchon 2009

abordons à présent ce syndrome comme autre exemple, le plus spectaculaire, de la déconstruction psychosomatique, mieux de l'autodestruction. »

Elle explique que, cet équivalent suicidaire qui est le résultat de la pulsion de mort, achemine, en quelques semaines, le sujet, qui ne veut plus vivre, vers la mort.

C'est un désinvestissement total des objets et du moi. Déficits cognitifs, confusion mentale, cachexie et complications somatiques graves ne tardent pas à s'installer définitivement conduisant inéluctablement le sujet à son issue fatale. « Une fois de plus, le système fixation-régression – faut-il le rappeler, auto-organisant – qui fait défaut, et allant de pair avec un désinvestissement foudroyant, aboutit à la déqualification pulsionnelle ouvrant la voie à l'excitation délétère qui cause de terribles ravages tant sur les plans psychique que somatique. La force du désir d'en finir ou la volonté de mourir, en deçà de toute ambivalence, jouerait, semble-t-il, une part importante dans ce tableau mystérieux de déstructuration progressive que rien n'arrête. » (Pragier et Faure-Pragier, 1990) <sup>18</sup>

De la même façon que Péruchon, André Green est également commenté par Jean-Strolick (2009).

Cet article traite des concepts de pulsion de vie et de mort, et leur rapport au narcissisme, qui vont nous intéresser dans le cadre de la recherche sur leurs implications et leur rapport dans le syndrome de glissement.

Dans cet article, l'auteur expose la thèse du livre d'André Green sur les pulsions de vie et de mort.

Elle met en relief la « pulsion de vie, fonction objectalisante, investissement et liaison » et « pulsion de mort, désobjectalisation, désinvestissement et déliaison. »

Il permet de reprendre pas à pas les considérations d'André Green sur les pulsions. L'auteur explique par exemple: « Dans un rappel des hypothèses sur la genèse de la pulsion de mort, deux conceptions sont étudiées : les aspects synchronique et diachronique. La pulsion originaire, la première, est la pulsion de mort qui vise à une restauration de l'état antérieur de non-vie, de non-tension. Les pulsions de mort et pulsions de vie coexistent dès le début au sein d'une conflictualité originaire mais c'est la qualité de leur intrication qui semble déterminante.

Le narcissisme sert à établir le lien entre les deux. L'ordre étant les chaos premiers des investissements corporels qui viennent être reliés par le narcissisme comme auto-érotisme puis permet le déploiement de la structure psychique par l'investissement d'objet.

---

<sup>18</sup>G. Pragier & Faure Pragier S. (1990) cité In Péruchon 2009

L'auteur évoque ensuite un sous chapitre du livre qui traite du rapport entre pulsion et narcissisme qui nous intéressera dans la tentative d'explication du syndrome de glissement.

En effet, dans l'ouvrage d'André Green, *Narcissisme de vie, narcissisme de mort*, publié en 1983, se trouve un article sur le narcissisme primaire qui serait l'un des temps fondateurs de la pensée de l'auteur. Il y traite du narcissisme de mort comme recherche active du néant, une sorte de mort psychique qui permet d'échapper à la logique du désespoir qu'il oppose au narcissisme de vie. Celui-ci met en jeu la fonction objectalisante pour réaliser l'unité du Moi alors que l'autre est au service d'une fonction désobjectalisante dominée par la pulsion de mort et évolue vers l'inexistence. Or, le narcissisme est le noyau le plus central des pulsions de vie, l'axe porteur de l'édifice du Moi. Nous pouvons donc supposer que si le narcissisme est fragilisé par les nombreuses perte de l'âge, le Moi peut s'effracter, conduisant ainsi la personne vers l'autodestruction.

Il apparaît une notion importante contenue dans l'idée que la survie de la pulsion de vie s'organise autour du complément libidinal des pulsions d'autoconservation, ce qui revient à dire que la lutte pour la vie s'étaie sur le narcissisme, la libido narcissique étant plus ancienne que la libido d'objet.

André Green reprend les conceptions de Freud: « Pour Freud, le seul vrai amour est l'amour d'objet. Le narcissisme sert de support pour une illusion. La fonction du narcissisme est de lutter contre les effets de la pulsion de mort puis il est englobé dans les pulsions de vie, ce qui établit un lien étroit entre la pulsion de vie, la conservation du Moi et de l'objet, et les avatars des investissements d'objets au service de la sauvegarde de l'objet. D'où le rôle d'étayage du narcissisme.

Une fois la survie et les fondements du Moi assurés, l'amour d'objet devient l'objectif des pulsions de vie. » Or, dans le cas des personnes âgées, le champ relationnel réduit voir presque inexistant n'offre pas aux pulsions de vie d'objectif. « Le concept de pulsion de mort renvoie donc à une inscription biologique mais aussi anthropologique, à savoir que la relation d'un humain à un autre humain est aussi nécessaire que l'attachement à la vie. » (Jean-Strolick, 2009).

Pour conclure, il s'agirait d'un retournement massif de la destruction qui se dirige contre le Moi, comme pour mettre fin non à la vie actuelle, mais à un avenir qui ne peut qu'empirer selon l'auteur.

Un narcissisme attaqué, un corps qui se dégrade, un champ relationnel qui ne permet plus à la pulsion de vie de se déployer, et l'absence de la possibilité d'un retour en arrière, semblent en

théorie offrir le champ libre à la pulsion de mort de conduire dans sa poussée la personne à un syndrome de glissement.

PARTIE 2:

LA METHODOLOGIE

## PARTIE 2:

### LA METHODOLOGIE

#### 1. Problématique

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 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.

L'addition de ces facteurs ou leur interaction peuvent conduire à une dépression, qui est le signe d'une pathologie et en aucun cas d'un vieillissement normal.

Les dépressions des personnes âgées sont souvent ignorées ou insuffisamment traitées car le vécu dépressif est difficilement repérable parmi les plaintes usuelles du grand âge. (Monfort, 2001).

En ce qui concerne la dépression, elle est étudiée plus spécifiquement chez la personne âgée dans le cadre de l'essor de la psychogérontologie et gériatrie, les problématiques des personnes âgées étant spécifiques

Or la dépression du sujet âgé est souvent en amont du suicide, ou d'un refus des soins nécessaires à la poursuite de la vie dont l'issue est fatale: le syndrome de glissement.

Le syndrome de glissement a été étudié sur le versant médical. Il a été défini par les gériatres en France comme étant une altération rapide de l'état général, avec une baisse progressive des investissements intellectuels et l'installation dans une attitude fataliste, partagée par l'entourage soignant. Il se caractérise par une décompensation rapide de l'état général faisant suite à une affection organique aiguë (infectieuse, traumatique, vasculaire, chirurgicale, choc psychique) qui est en voie de guérison ou qui paraît guérie. La personne semble refuser consciemment de continuer à vivre.

Du point de vue psychologique il est envisagé par certains auteurs comme un équivalent suicidaire, le suicide étant une « mort causée par la personne elle-même. On pourrait considérer que le renoncement aux efforts pour poursuivre sa vie est un mode de suicide, une conduite suicidaire lente. » Cependant, selon la fédération française de psychiatrie (2001), un débat existe avec les spécialistes du suicide qui considèrent que toute prise de risque n'est pas assimilable au suicide. Ce débat a des enjeux sur les statistiques sur le suicide car il n'est pas comptabilisé à l'heure actuelle comme tel.

Du point de vue psychanalytique, le syndrome de glissement est envisagé sous un angle pulsionnel, comme un phénomène actif d'autodestruction au travers de l'intrication et de la désintrication des pulsions de vie et de mort. Selon Péruchon (2009), l'extinction du désir et de tous les investissements, en particulier chez la personne âgée déjà fragilisée par l'âge dont la libido objectale et narcissique se raréfie, peut favoriser ou entraîner la perte du Moi et de son narcissisme comme l'invalidation de l'appareil psychique, corrélatives d'une désintrication pulsionnelle majeure.

En dépit de ses conséquences multiples, le syndrome de glissement n'a été que peu étudié. L'article de Bazin (2002) mentionne de « rares études de patients présentant un syndrome de glissement font état d'un pronostic très sombre». Péruchon (2009) indique qu'il s'agit d'une entité psychopathologique encore mal connue de la gérontologie.

Le syndrome de glissement ayant aussi bien des conséquences morales, physiques, financières et sur les soignants et les familles, l'intérêt de cette recherche est donc pluriel.



En effet du point de vue psychologique, le syndrome de glissement étant interrogé comme un équivalent suicidaire ou dépressif, on peut imaginer toute la dimension de la souffrance morale ressentie en amont par le sujet. D'autre part, les conséquences physiques sont aussi graves: apparition foudroyante d'escarres, aggravation des constantes biologiques, voire une rechute infectieuse, tout cela ayant en plus de la douleur physique, un coût financier.

La méconnaissance de la dépression doit également être mise en parallèle avec son poids économique et ses conséquences. Les patients déprimés sont en effet plus souvent hospitalisés et ils utilisent plus fréquemment les services médicaux que les autres, mais ils ne sont pas mieux traités pour leur dépression pour autant.

D'autre part, au niveau médical, le décès est surtout prévu dans le premier mois et seulement 10% de survie est envisagée à 1 an, on peut donc voir des personnes restant alitées constamment pendant plusieurs années, avant que le syndrome de glissement soit au stade d'état.

Il est donc nécessaire de l'étudier, de façon à mieux le connaître, envisager éventuellement sa prévention et en limiter les conséquences.

Cette recherche s'appuiera sur l'étude des points de vue psychologiques et psychopathologiques avec pour cadre de référence la dernière théorie pulsionnelle de Freud, les paradigmes freudiens réactualisés par les auteurs contemporains qui travaillent avec les personnes âgées.

En référence à la littérature et à la pratique de terrain à l'origine de cette recherche, nous pensons que trois facteurs rentrent dans la composition du terrain favorable à l'apparition du syndrome de glissement. En premier lieu, un narcissisme fragilisé qui n'offre plus un soubassement solide à la pulsion de vie, un rétrécissement du champ des relations possibles, n'offrant plus d'amour d'objet, et la présence de dépression qui peut éclore sur ce terrain. La pulsion de mort conduirait alors vers un glissement inéluctable, une regression sans fin dont la finalité est fatale.

Mais en permettant à la personne de retrouver des champs d'investissements possibles, le syndrome de glissement pourrait être réversible.

Nous pensons qu'à défaut d'un avenir acceptable, la personne en glissement se réfugie dans un espace psychique idéal par la remémoration de souvenirs heureux. Nous pensons également qu'en proposant une écoute, un accompagnement, une présence active, nous offrons à la personne un possible objet d'amour qui pourrait l'aider à arrêter de glisser vers la mort.

Notre recherche se basera sur trois aspects mesurables: la sphère corporelle, la sphère

relationnelle et la dépression afin de tenter de déceler une étiologie psychopathologique possible au syndrome de glissement.

Nous testerons la sphère corporelle afin de détecter un narcissisme potentiellement fragilisé. Nous nous appuierons sur la sphère relationnelle pour mettre en lumière les investissements objectaux, puis nous utiliserons les indices dépressifs pour mettre en lumière la possible prise de terrain de la pulsion de mort.

A ces fins, dans un cadre psychanalytique nous nous baserons sur les concepts de narcissisme, d'investissements objectaux et les pulsions de vie et de mort.

Nous nous pencherons dans un premier temps sur les facteurs psychologiques qui pourraient induire un syndrome de glissement et nous nous interrogerons dans un second temps sur la possibilité potentielle de sortir du syndrome de glissement pour ne pas arriver à une issue fatale. Et si c'est possible nous étudierons par quels moyens.

Nous mettrons donc à l'épreuve l'hypothèse selon laquelle le syndrome de glissement est issu d'un narcissisme fragilisé, d'un manque d'investissements objectaux et d'une dépression. Nous ferons l'hypothèse que le syndrome pourrait être la conséquence de trois facteurs conjugués. En proie à un manque d'investissements libidinaux par un appauvrissement du champ des investissements possibles, la personne aurait pour seul investissement potentiel son propre corps. La libido ferait alors retour sur celui-ci, la moindre atteinte au corps serait alors vécue comme une atteinte du Soi. Cette atteinte provoquant une défaillance narcissique qui viendrait désintriquer les pulsions, la pulsion de mort prenant alors le pas sur la pulsion de vie en tendant à ramener ainsi la personne à un état anorganique.

D'autre part, ce syndrome est souvent envisagé par la médecine comme ayant nécessairement une issue fatale. Nous ferons également l'hypothèse qu'en trouvant d'autres sources d'investissements objectaux que son corps propre, la personne en glissement pourrait ne pas en connaître l'issue fatale. Mais est-ce vraiment le cas? Peut-on envisager un rétablissement potentiel? Et si oui par quels moyens?

Ainsi, nous allons essayer de mettre en lumière dans quel mesure le désinvestissement pulsionnel des objets extérieurs, qui découle des problématiques dues au vieillissement, entraîne une dépression de la personne âgée qui peut conduire à un syndrome de glissement. Nous étudierons aussi si, et, dans quelle mesure un réinvestissement de champs d'intérêts par l'accompagnement peut aider à réactiver la pulsion de vie et à sortir du syndrome de glissement.



## 2. Hypothèses

### Hypothèses générales et opérationnelles

Au cours de cette recherche exploratoire, nous essaierons de démêler les facteurs qui peuvent être à l'origine du déclenchement d'un syndrome de glissement et les possibles effets significatifs d'une prise en charge ou de l'investissement des souvenirs pour en éviter l'issue fatale.

Nous faisons deux hypothèses générales distinctes.

La première concerne l'étiologie psychologique possible du syndrome de glissement. Nous faisons l'hypothèse que la présence d'un narcissisme fragilisé, d'une diminution des investissements objectaux, et un terrain dépressif sont les facteurs qui, associés, peuvent être à la source du déclenchement du syndrome de glissement.

Notre deuxième hypothèse s'appuie sur l'idée qu'un réinvestissement objectal peut participer à sortir de ce syndrome.

Nous pensons que l'investissement de champs d'intérêt peut se trouver dans l'investissement du thérapeute au sein de l'accompagnement ou d'autres personnes de l'environnement ou encore se trouver dans l'investissement des souvenirs positifs par la personne en glissement.

Ces champs d'investissement peuvent être de deux sortes : l'attention portée au sujet peut-être un champ partagé d'investissement objectaux et donc le terrain favorable à la pulsion de vie.

Nous pensons également que l'investissement par le sujet de ses propres souvenirs peut aussi participer à réinvestir un champ.

### Hypothèse générale 1:

Chez les sujets qui présentent un syndrome de glissement diagnostiqué ou potentiellement en voie d'apparition, nous nous attendons à trouver trois facteurs en interaction. Nous faisons l'hypothèse de la présence de ces trois facteurs chez le groupe présentant un syndrome de glissement. En contrepartie, nous pensons ne pas trouver les trois facteurs réunis chez le groupe contrôle.

Chez le groupe expérimental on s'attend à trouver la présence des trois facteurs:

la présence de dépression, la négligence de la sphère corporelle (qui traduit le refus des soins),

l'isolement (rétrécissement ou absence de relations sociales comme champ d'investissement objectal).

Chez le groupe contrôle on s'attend à trouver soit: aucun, un ou deux des facteurs mais pas les trois en même temps.

#### Hypothèse opérationnelle 1:

Nous nous attendons à rencontrer deux perturbations de la sphère corporelle.

Nous ferons l'hypothèse que le narcissisme du participant est fragilisé au travers de la présence de négligence des soins de son propre corps. Un corps qui ne répond plus aux besoins et aux désirs serait laissé à l'abandon.

Nous considérerons également la diminution ou le refus de nourriture comme un indice de régression, un refus des soins nécessaires à la vie, indice de l'affaiblissement de la pulsion de vie.

Chez le groupe expérimental on s'attend à trouver:

des signes de dénutrition et des indices de la négligence corporelle (davantage que le groupe contrôle.)

Chez le groupe contrôle on s'attend à trouver:

moins de ces signes que le groupe expérimental même si leur présence est possible mais associé alors à un seul autre facteur (dépression ou isolement).

#### Hypothèse opérationnelle 2:

Nous nous attendons également à trouver une diminution des investissements objectaux au travers d'un amoindrissement des relations du sujet avec l'environnement humain: qu'il s'agisse de sa famille, des autres résidents ou encore des soignants.

En ce qui concerne la sphère relationnelle, nous utiliserons les rapports avec l'environnement des participants comme indice de l'investissement objectal extérieur.

Chez le groupe expérimental on s'attend à trouver:

un score plus élevé à l'échelle d'isolement que pour le groupe contrôle.

Chez le groupe témoin on s'attend à trouver:

un score moins élevé que chez le groupe expérimental ou si il n'est associé qu'à un seul autre facteur recherché (soit dépression soit négligence corporelle).

### Hypothèse opérationnelle 3:

Nous pensons également trouver les signes sémiologiques de la dépression. Nous pensons qu'il y aura présence de troubles de l'humeur, d'inhibition, d'idées de mort et/ou de troubles associés.

Chez le groupe expérimental on s'attend à trouver:

un score élevé à la Mini Geriatric Depression Scale, c'est à dire une forte probabilité de dépression.

Chez le groupe témoin on s'attend à trouver:

Un absence de forte probabilité de dépression ou on peut trouver une forte probabilité de dépression seulement si elle est associée à un seul autre facteur recherché (soit isolement, soit négligence corporelle).

### Hypothèse générale 2:

Dans une seconde partie, nous nous attendons à constater une amélioration, une possible sortie de ce syndrome par deux voies possibles: l'investissement des personnes ou des souvenirs positifs.

### Hypothèse opérationnelle 4:

Nous pensons d'une part que le réinvestissement objectal par exemple dans la personne du thérapeute ou de l'équipe ou d'autres résidents peut participer à sortir du syndrome de glissement.

La relation avec l'équipe soignante ou le thérapeute sera étudié sur un versant qualitatif clinique.

L'investissement sur les souvenirs sera également un indice probable de réinvestissement

objectal.

Nous ne nous attendons pas à une différence entre les groupes.

Les bénéfices thérapeutiques seront évalués au cas par cas par une analyse succincte des indices d'investissement de la relation.

#### Hypothèse opérationnelle 5:

D'autre part, nous pensons que l'investissement des souvenirs par le sujet peut aussi participer à sortir du syndrome de glissement.

Nous ne nous attendons à ce que le groupe expérimental présente davantage d'évocation donc d'investissement des souvenirs à connotation positive que chez le groupe contrôle.

Nous supposons que le groupe contrôle peut encore investir le présent ou l'avenir au moins proche par la présence de membres de la famille, de relations sociales ce que nous ne pensons pas être le cas pour le groupe expérimental.

**Résultats attendus:**

Hypothèses et Tests associés	Groupe expérimental	Groupe contrôle
<b>Hypothèse opérationnelle 1</b>  Atteinte de la sphère corporelle avec:  refus d'alimentation: dénutrition: avis médical  négligence corporelle: grille d'observation	Mauvais état nutritionnel  Plus de signes de négligence corporelle que groupe contrôle	Etat nutritionnel correct  Ou mauvais état nutritionnel +  1 seul autre facteur: soit isolement soit indices dépressifs  Moins de signes de négligence corporelle que groupe expérimental
<b>Hypothèse opérationnelle 2</b>  Champ d'investissement relationnel réduit: échelle d'isolement	Isolement élevé: Davantage que groupe contrôle	Pas d'isolement ou isolement + 1 seul autre facteur: soit indices dépressifs soit atteinte de la sphère corporelle  Moins que groupe expérimental
<b>Hypothèse opérationnelle 3</b>  Indices dépressifs: Mini Geriatric Depression Scale	Score supérieur ou égal à 1 = forte probabilité de dépression	Score égal à 0 = forte probabilité d'absence de dépression ou score supérieur ou égal à 1 + 1 seul autre facteur: soit atteinte de la sphère corporelle soit mauvais état nutritionnel
<b>Hypothèse opérationnelle 4</b>  effet de la relation thérapeutique étude de cas	Indices de relation investie	Indices de relation investie
<b>Hypothèse opérationnelle 5</b>  Investissement des souvenirs	Souvenirs positifs investis  Présent moins investi que groupe contrôle  Avenir moins investi (ou pas investi) que groupe contrôle	Souvenirs positifs investis  Présent + investi que groupe expérimental  Avenir + investi que groupe expérimental
Nombre de facteurs attendus hypothèse générale 1	3/3	0/3; 1/3; 2/3



### **3. Description de la population**

Les sujets de la recherche sont des personnes âgées dépendantes ou non-dépendantes, qui vivent en maison de retraite.

Par personnes âgées nous entendons selon la définition de l'OMS, les personnes de 65 ans et plus et ici dont la maison de retraite est le lieu de vie.

	Age	Pathologie organique	Statut marital
Glissement			
S1	91	Parkinson	Veuve
S2	91	Aveugle	Divorcée
S3	90	Hypertension artérielle	Divorcée
Non Glissement			
S4	87	Alzheimer	Veuve
S5	90	Alzheimer	Veuve
S6	89	Parkinson	Veuve

#### Déontologie et consentement:

Il est important de signaler qu'avant d'être les sujets de la recherche, chaque personne a été un patient accompagné et suivi. L'idée de cette recherche nous est apparue sur le terrain, au fil de la pratique. Nous emploierons ainsi le mot « patient » dans certains cas et de manière volontaire. Les personnes souffrants, notre objectif premier étaient de les aider à aller mieux. Nous avons par la suite demandé leur accord pour utiliser le matériel clinique dans le cadre de notre recherche. Chaque patient a accepté.

#### Nous avons constitué deux groupes distincts:

Le groupe expérimental: les sujets ont été diagnostiqués comme ayant un syndrome de glissement.

Nous avons sélectionné les sujets ayant un syndrome de glissement en utilisant les perspectives et définitions de Monfort (2001) et du trépied clinique observable: réduction de l'alimentation, de l'activité locomotrice et de sa communication verbale ainsi qu'un laisser-aller prématuré aux yeux de l'équipe soignante. Le diagnostic ayant été aussi posé par l'équipe médicale.

Le groupe contrôle: les sujets ont été choisis par exclusion comme n'ayant pas de syndrome de glissement.

Caractéristiques des groupes:

Participants	Groupe Expérimental	Groupe Contrôle
Nombre	3 personnes diagnostiquées en glissement	3 personnes non diagnostiquées en glissement par exclusion
Sexe	3 femmes	3 femmes
Age moyen	90,7	88,7
Lieu	Même maison de retraite	Même maison de retraite

Nombre:

Le choix des participants a été limité. En effet, chez les personnes institutionnalisées, le syndrome de glissement toucherait 1 à 4% des malades âgés, sans prédominance de sexe.

La meilleure connaissance du diagnostic, des risques et du traitement pourrait dans les milieux gérontologiques être à l'origine d'une réduction de la fréquence.

Le lieu qui nous a accueilli pour la recherche reçoit 85 résidents. Si l'on reporte à la fréquence supposée, 4% sur 80 personnes nous trouvons que 3 à 4 personnes peuvent développer ce syndrome. En effet, trois participants ont été diagnostiqués présenter un syndrome de glissement ou commencer à en présenter certaines caractéristiques de l'entrée dans le syndrome.

Le nombre est donc représentatif du nombre de personnes supposées présenter le syndrome dans la population.

#### Sexe:

Il est indiqué que le syndrome de glissement existe sans prédominance de sexe. Or dans le cadre de notre recherche, les trois seuls sujets atteints sont des femmes. Nous avons choisi des femmes pour le groupe contrôle afin d'uniformiser les groupes au niveau du sexe.

#### Lieu de vie:

Les sujets de recherche sont des personnes âgées institutionnalisées dans la même maison de retraite. Leur cadre de vie est donc le même ce qui permet de diminuer et d'isoler les potentiels biais environnementaux.

La nourriture, l'équipe soignante, le rythme et le cadre de vie sont les mêmes.

Par la complexité de la population des personnes âgées souvent en proie à des polyopathologies, nos échantillons incluent des personnes dont la santé physique et mentale nous ont permis de mener cette enquête.

Nous avons exclu des patients souffrants par exemple de trouble du langage par un stade avancé de la maladie d'Alzheimer.

D'autre part, le rythme des personnes a été respecté.

Notre recherche nécessite la mesure de plusieurs variables. Nous avons donc sélectionné plusieurs échelles qui nous permettent de les mettre en lumière.

## **4. Outils utilisés:**

- Hypothèse 1:

Afin de mesurer les indices de négligence de la sphère corporelle nous avons sélectionné 2 outils:

**L'avis médical:** pour le refus d'alimentation, la dénutrition.

Nous considérons le refus de nourriture comme une négligence volontaire des soins nécessaires à la vie.

**Une grille d'observation du soin porté au corps** que nous avons conçu. Elle permet de relever les indices non verbaux au cours des entretiens qui sont visuellement observables et qui répondent à ces questions:

1. Le sujet accepte t-il les toilettes?
2. Son aspect extérieur est-il soigné?
3. S'habille t-il pour ne pas rester en vêtements de nuit?
4. Utilise t-il des soins? Du maquillage? Se coiffe t-il?

Les réponses sont présentées sous forme d'échelle nominale cotée pour permettre de discriminer des potentielles différences:

0 = Jamais

1 = Parfois

2 = Souvent

3 = Toujours

Les questions guidant l'observation ont été posées de façon à permettre des réponses discriminantes entre Jamais- Parfois et Souvent- Toujours.

Plus le score est faible moins il y a des soins portés au corps donc plus il y a négligence corporelle.

Les indices montrant que la sphère corporelle est désinvestie seront aussi considérés comme l'indice que l'énergie libidinale n'est pas investie sur le corps et pourra nous indiquer selon les

autres résultats si elle est investie ailleurs. Dans le cas contraire, nous pourrions nous interroger sur la place de la pulsion de vie, si le corps est laissé à l'abandon n'est-ce pas le signe d'une tentative de retour à l'état anorganique?

- Hypothèse 2:

Pour mesurer l'investissement du champ relationnel nous utilisons **une échelle d'isolement.** Nous avons utilisé un questionnaire que nous avons mis en place afin de mesurer ou d'objectiver l'isolement social.

Échelle de mesure d'isolement:

1. Sexe:

Homme- femme

2. Statut marital:

Célibataire- marié(e)s- veuf(ve)s- divorcé(e)s

3. Combien d'appels téléphoniques recevez-vous par semaine de votre famille ou de vos amis?

Aucun- Au moins un- plusieurs

4. Combien de visites recevez-vous par semaine de votre famille ou de vos amis?

Aucun- Au moins une- plusieurs

5. Pouvez-vous voir ou appeler des gens?

Oui- Non

6. Souhaitez-vous le faire?

Oui- Non

7. Vous sentez vous entouré?

Jamais- de temps en temps- souvent- tout le temps

8. Sentez-vous que vous pouvez vous appuyer sur quelqu'un?

Jamais- de temps en temps- souvent- tout le temps

9. Communiquez-vous avec les autres résidents?

Jamais- de temps en temps- souvent- tout le temps

10. Avez-vous des amis dans la maison de retraite?

Aucun- Au moins un- plusieurs

11. Prenez-vous les repas en groupe?

Jamais- de temps en temps- souvent- tout le temps

12. Participez-vous aux activités de groupe?

Jamais- de temps en temps- souvent- tout le temps

13. Parlez-vous avec le personnel soignant par exemple à l'occasion des toilettes?

Jamais- de temps en temps- souvent- tout le temps

14. Vous sentez-vous soutenu par le personnel soignant?

Jamais- de temps en temps- souvent- tout le temps

Nous avons proposé une échelle nominale de façon à discriminer les sujets en fonction de la présence ou non de « Aucun = 0 »

Plus le score est faible, plus l'isolement est élevé.

Cotation:

Aucun- Au moins un- plusieurs:

Aucun = 0

Au moins un = 1

Plusieurs = 2

Oui- Non:

Oui = 1

Non = 0

Jamais- de temps en temps- souvent- tout le temps:

Jamais = 0

De temps en temps = 1

Souvent = 2

Tout le temps = 3

Nous avons construit cette échelle en nous basant sur trois niveaux

La présence de personnes significatives au travers des relations familiales ou amicales.

- Les relations avec la famille ou les amis
- Les relations avec les autres résidents
- Les relations avec le personnel soignant

Ce questionnaire vise à mesurer deux facteurs:

les rapports avec les autres résidents (présence ou absence) et les rapports avec les proches (présence ou absence) par la participation à des activités singulières, et la présence de personnes significatives, au travers d'une mesure réelle et perçue.

La mesure réelle permet d'objectiver l'isolement réel c'est à dire vérifiable (comme le nombre de visites ou d'appels téléphoniques) quant à la mesure perçue elle permet de prendre en compte la singularité du ressenti du sujet c'est à dire, si la personne se sent isolée ou non, en dépit que se soit vrai ou pas, ce qui est pris en compte ici c'est son sentiment singulier.

Il y a aussi la dimension volontaire ou involontaire: l'isolement peut-être recherché ou subit. Il peut-être important de le prendre en compte car dans la mesure où il est volontaire on peut supposer qu'il sera à la source de moins de souffrances que si il est subit.

Cette évaluation des indices des relations interpersonnelles par la mesure de l'isolement a été conçu à l'aide de l'UCLA loneliness scale.

- Hypothèse 3:

Pour mesurer les indices de la dépression nous avons sélectionné la **Mini Geriatric Depression Scale** afin de montrer la présence ou l'absence de probabilité de dépression chez les sujets du groupe expérimental et du groupe contrôle.

Face aux capacités restreintes des personnes âgées, la fatigabilité, la difficulté de concentration, la lenteur du sujet âgé, nous avons opté pour l'utilisation la version simplifiée à 4 items.

Le test est positif si le sujet âgé répond oui à au moins une des questions. Plus le score est élevé plus la probabilité de la présence de dépression augmente.

Avant la passation, il faut expliquer à la personne que les questions posées portent sur les deux semaines précédentes et non exclusivement sur l'instant présent ni sur le passé lointain.

- Hypothèse 4:

Afin de mesurer de façon la plus objective possible, les informations recueillies pendant les entretiens sont traitées dans un tableau. Nous utilisons le niveau élocutoire du discours des sujets pour attribuer une valence aux sujets évoqués. En effet, nous avons regroupé le discours par grands thèmes que nous avons classés dans un tableau pour chaque participant.

Ce tableau précise le nombre d'évocations du passé, du présent et du futur que nous avons divisé par le nombre d'entretiens et associés à une valence positive ou négative.

Par passé nous entendons l'évocation par le sujet de sa vie passée, avant son entrée dans l'institution. Par présent nous entendons sa vie actuelle au sein de l'institution.

Nous n'avons pas attribué de façon subjective de valence aux thèmes abordés par les sujets mais nous leur avons donné une valence positive ou négative en fonction de ce que le sujet en dit.

Par exemple, un sujet qui évoque une chute dans son enfance sera classé dans le passé. Il s'agit de sa vie avant son institutionnalisation. D'autre part si il dit en avoir souffert, nous le classerons dans la catégorie valence négative.

L'objectif de ce regroupement est d'aider à donner un aperçu rapidement accessible aux lecteurs des thèmes abordés. Il permet de classer et de comparer le groupe expérimental et le groupe contrôle entre ce qui est principalement évoqué par les sujets, ce qui l'est moins et ce qui ne l'est pas du tout.

Il nous permet donc de savoir si il y a une différence entre les deux groupes et si les sujets évoquent davantage des souvenirs qu'ils ressentent comme positifs ou comme négatifs. Nous pourrions ainsi dégager une tendance ou non à l'utilisation des souvenirs comme « refuge



psychique » pour des sujets qui n'ont pas d'autres lieux d'investissements qui les étayent.

#### Procédures et conditions de passation:

Les échelles d'auto-évaluations ont été proposées en hétéro-évaluation. En effet pour des personnes étant alitées voire ayant des problèmes de vue, l'auto-évaluation était difficilement envisageable. Pour cette raison nous avons fait passer les tests de manière à pouvoir s'assurer de la bonne compréhension des items par les sujets.

Les entretiens se sont déroulés dans les chambres, au chevet des patients lorsqu'ils étaient alités. Nous avons respecté le rythme de chacun.

En ce qui concerne les entretiens, comme nous l'avons signalé plus haut, l'idée de cette recherche est apparue au fil du suivi des patients. Pour cette raison, nous avons en après-coup regroupé et classé les discours des patients par thèmes et valence.

Les entretiens étaient la plupart du temps non-directifs. De cette façon, chaque patient a évoqué ce qu'il souhaitait pendant les entretiens et nous n'avons ainsi essayé autant que possible d'éviter d'orienter le discours vers ce que nous « cherchions à savoir ».

- Hypothèse 5:

Les entretiens cliniques avec les sujets ont été utilisés. Nous avons relevé les indices qui aident à comprendre la relation que le patient avait avec nous à ce moment là.

Nous signalerons également si une amélioration a été constatée ou pas.

PARTIE 3:  
PRESENTATION DES  
RESULTATS

**PARTIE 3:**  
**PRESENTATION DES RESULTATS**

**Hypothèse 1:**

Négligence de la sphère corporelle:

Groupe expérimental (glissement) > Groupe contrôle (non glissement)

2/3 sujets présentent des signes de négligence corporelle > 0/3 sujet.

Nutrition:

Groupe expérimental (glissement) > Groupe contrôle (non glissement)

3/3 sujets présentent des signes de diminution de l'alimentation > 0/3 sujet.

**Hypothèse 2:**

Isolement:

Groupe expérimental (glissement) > Groupe contrôle (non glissement)

2/3 sujets isolés > 0/3 sujet isolé

**Hypothèse 3:**

Dépression:

Groupe expérimental (glissement) > Groupe contrôle (non glissement)

3/3 sujets à forte probabilité de dépression > 1/3 sujet à probabilité de dépression

**Hypothèse 4:**

Passé à connotation positive:

Groupe expérimental (glissement) > Groupe contrôle (non glissement)

Davantage d'évocations du passé à connotation positive par le groupe expérimental que par le groupe contrôle.

Passé à connotation négative:

Groupe contrôle (non glissement) > Groupe expérimental (glissement)

Davantage d'évocations du passé à connotation négative par le groupe contrôle que pour le groupe expérimental.

Présent à connotation positive:

Groupe contrôle (non glissement) > Groupe expérimental (glissement)

Davantage d'évocations du présent à connotation positive par le groupe contrôle que pour le groupe expérimental.

Présent à connotation négative:

Groupe contrôle (non glissement)  $\approx$  Groupe expérimental (glissement)

Autant d'évocations du présent à connotation négative pour les deux groupes.

Futur à connotation positive:

Groupe contrôle (non glissement) > Groupe expérimental (glissement)

Evocations du futur à connotation positive pour le groupe contrôle alors qu'aucune évocation pour le groupe expérimental.

Futur à connotation négative:

Groupe contrôle (non glissement)  $\approx$  Groupe expérimental (glissement)

Autant d'évocations du futur à connotation négative pour les deux groupes.

**Hypothèse 5:**

Groupe contrôle (non glissement) > Groupe expérimental (glissement)

3/3 sujets présentent une implication et une demande dans le processus d'accompagnement.

1/3 sujet du groupe expérimental semble réfractaire au suivi et n'exprime pas de demande d'accompagnement.

- **Hypothèse 1: score négligence corporelle**

Les sujets du groupe expérimental présentent moins d'indices de soins portés à leur corps (13) que les sujets du groupe contrôle (33).

Nous pouvons donc déduire qu'ils présentent davantage de négligence de leur sphère corporelle que le groupe contrôle.

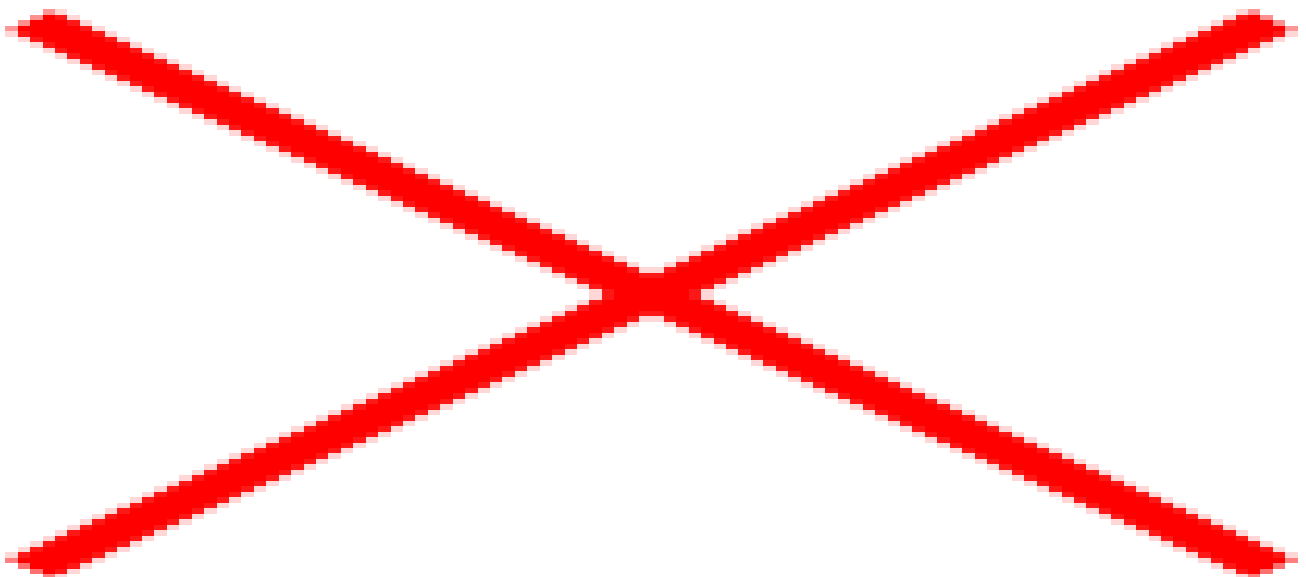
- Groupe expérimental:

2/3 présentent au moins une fois un signe de négligence corporelle. (Réponses 0 ou 1)

- Groupe contrôle:

Aucun ne présente de signe de négligence corporelle. (Réponses 0 ou 1)

1. Le sujet accepte t-il les toilettes?
2. Son aspect extérieur est-il soigné?
3. S'habille t-il pour ne pas rester en vêtements de nuit?
4. Utilise t-il des soins? Du maquillage? Se coiffe t-il?



- **Hypothèse 2: score échelle d'isolement**

Le groupe contrôle est plus soutenu et entouré (57) que le groupe expérimental (21).

Le groupe expérimental présente un score significativement plus faible au questionnaire ce qui signifie qu'il est significativement plus isolé que le groupe contrôle. Ce score montre que le groupe contrôle est plus étayé par la présence d'un entourage familial et par les contacts avec les autres résidents et le personnel soignant.

Les sujets du groupe expérimental sont significativement plus isolés que les sujets du groupe contrôle. L'isolement touche la sphère familiale, amicale et le rapport aux soignants.

Nous constatons que:

- **Groupe expérimental:**

2/3 n'ont pas de famille ou pas de contact avec leur proches. Ils ne reçoivent aucune visite ni aucun appel.

Le sujet 3 pour lequel le score est plus élevé que le sujet 1 et 2 a encore de la famille, des visites et des appels téléphoniques.

2/3 n'ont aucun contact avec les autres résidents.

- **Groupe contrôle:**

3/3 ont encore de la famille et reçoivent régulièrement des visites ou des appels téléphoniques de leurs proches.

3/3 ont des contacts réguliers avec les autres résidents.

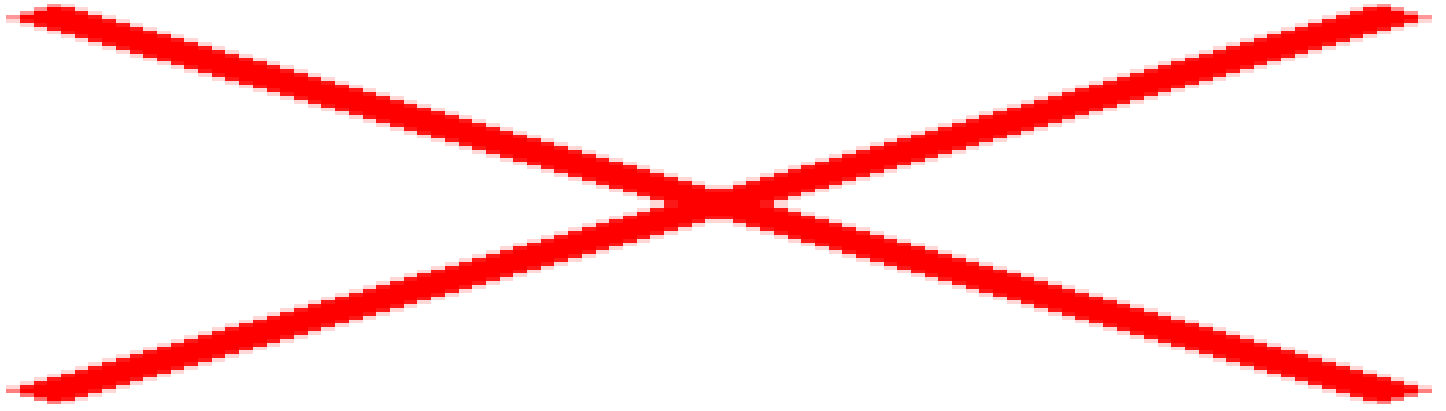


Tableau résultats à l'échelle d'isolement par sujet puis par groupe

- **Hypothèse 3: score à la Mini Geriatric Depression Scale**

- Groupe expérimental:

3/3 présentent un score qui indique une forte probabilité de dépression.

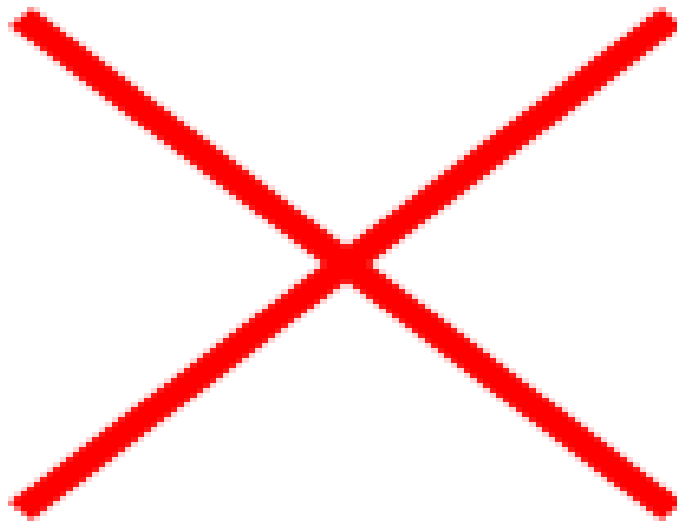
- Groupe témoin:

1/3 présente un score qui indique une probabilité de dépression mais plus basse (1) que les sujets du groupe expérimental.

2/3 présentent un score indiquant une forte probabilité d'absence de dépression.

Le groupe expérimental présente plus de probabilité de dépression que le groupe contrôle.

Score à la Mini Geriatric Depression Scale par sujet puis par groupe.





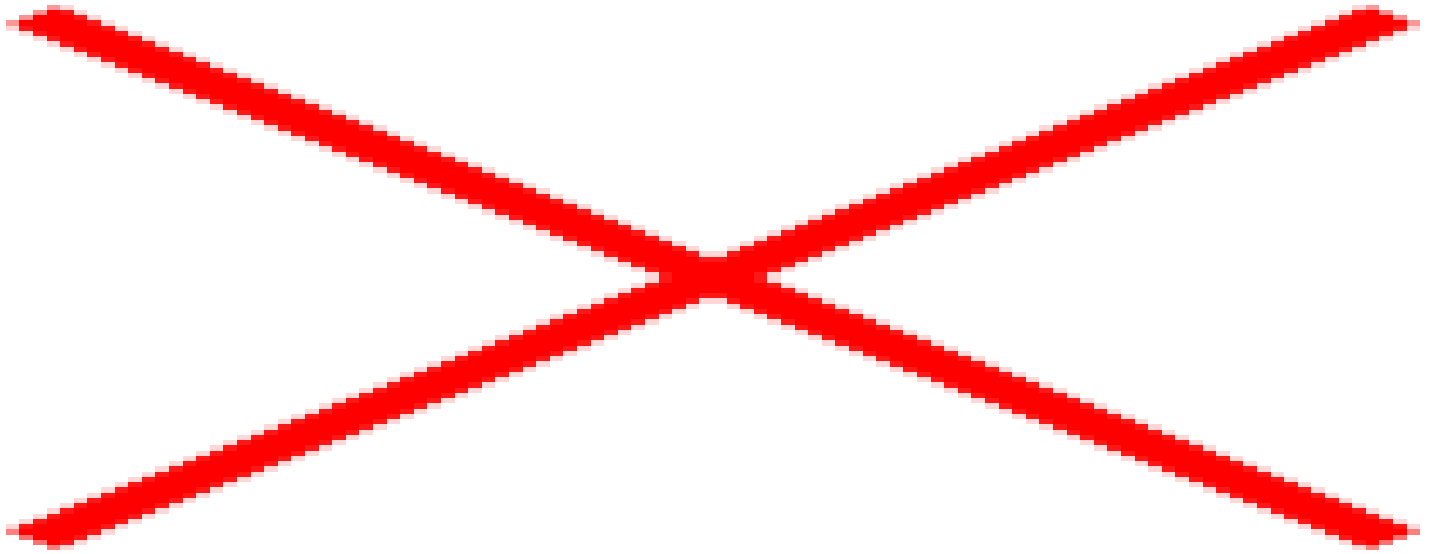
- Hypothèse 4:

Les souvenirs évoqués dans le discours de chaque sujet ont été classés dans un tableau. Nous avons relevé les thèmes abordés pendant les entretiens. Nous avons ensuite compté combien de fois ils ont été abordés par le sujet. Et nous avons fait le calcul suivant de façon à mettre en lumière la différence entre la récurrence de chaque thème. Nous précisons que le passé indique la vie avant la maison de retraite et le présent la vie depuis l'institutionnalisation.

Les tableaux chiffrés ont été conçus pour mettre en évidence les potentiels écarts entre les évocations du passé, du présent ou du futur et leur valence.

Nous avons choisi ensuite de citer certains des éléments du discours dont les chiffres émanent à titre d'exemple.

## EVOCATION DU PASSE, comparaison entre groupe expérimental et groupe contrôle



### CONNOTATION POSITIVE:

Nous constatons une différence entre le groupe expérimental et le groupe contrôle.

Groupe expérimental (7,86) > Groupe contrôle (5,5)

Les chiffres semblent montrer davantage d'évocation des souvenirs positifs que chez le groupe contrôle.

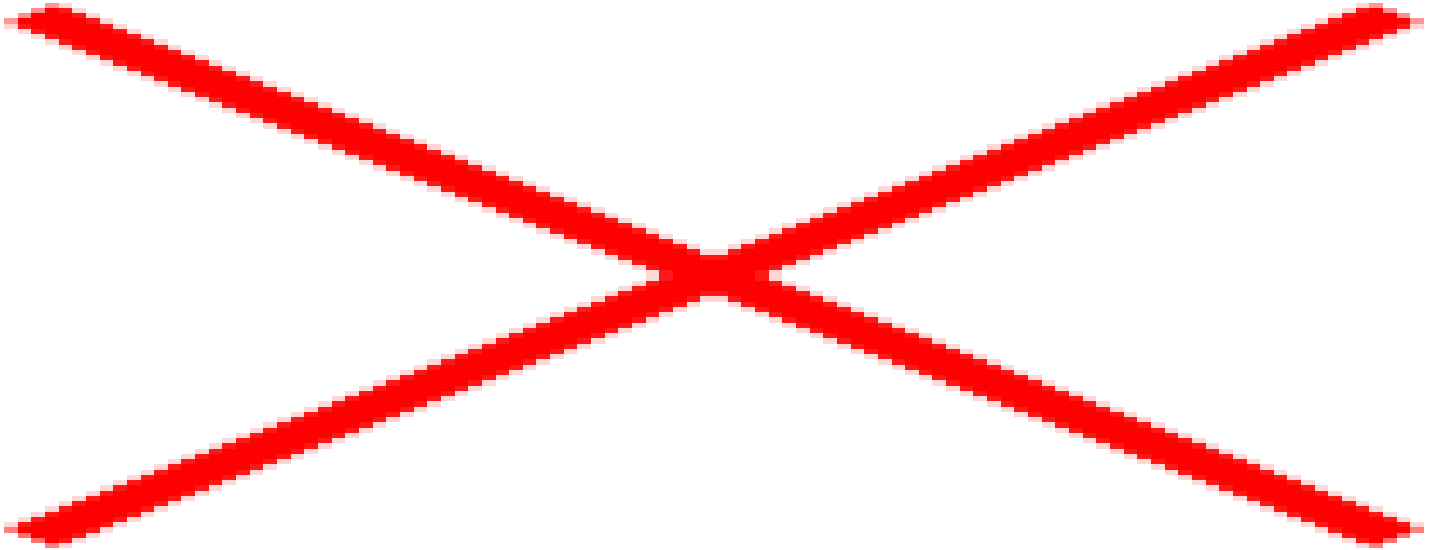
### CONNOTATION NEGATIVE:

Nous constatons une différence importante entre le groupe expérimental et le groupe contrôle.

Groupe expérimental (0,71) < Groupe contrôle (5,66)

Les chiffres semblent montrer davantage d'évocation des souvenirs négatifs chez le groupe contrôle que chez le groupe expérimental.

## EVOCATION DU PRESENT, comparaison entre groupe expérimental et groupe contrôle



### CONNOTATION POSITIVE:

Nous constatons une différence entre le groupe expérimental et le groupe contrôle.

Le groupe contrôle présente globalement davantage d'évocations positives du présent que le groupe expérimental.

Groupe contrôle (5,16) > Groupe expérimental (3,46)

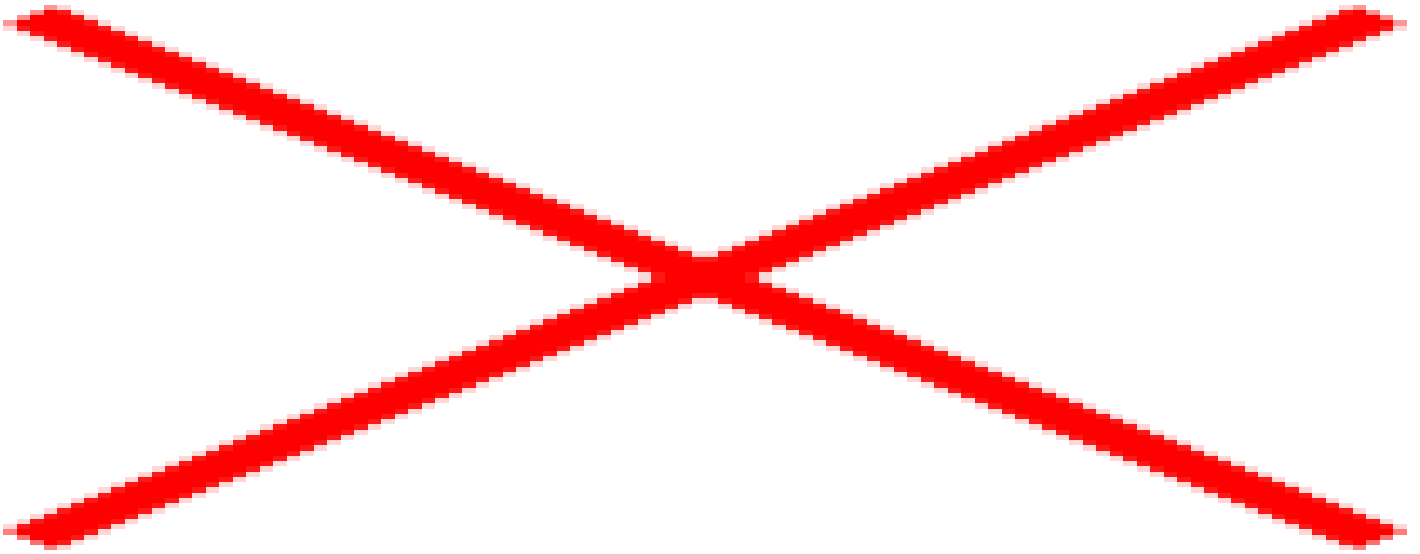
### CONNOTATION NEGATIVE:

Nous constatons peu de différence entre le groupe expérimental et le groupe contrôle.

Les deux groupes sont dans un quasi-équilibre en ce qui concerne l'évocation négative du présent.

Groupe expérimental (7,04) = Groupe contrôle (7,16)

## EVOCATION DU FUTUR, comparaison entre groupe expérimental et groupe contrôle



### CONNOTATION POSITIVE:

Nous constatons une différence importante entre le groupe expérimental et le groupe contrôle.  
Le groupe contrôle présente davantage d'évocations positives du futur que le groupe expérimental.

Le groupe expérimental n'en présente aucune.

Groupe expérimental (0) < Groupe contrôle (2)

### CONNOTATION NEGATIVE:

Nous constatons peu de différence entre le groupe expérimental et le groupe contrôle.

Les deux groupes sont dans un quasi-équilibre en ce qui concerne l'évocation négative du futur.

Groupe expérimental (1,82) = Groupe contrôle (2,34)

## **SUJET 1: groupe expérimental**

### Présentation:

Le sujet âgée de 91 ans est entrée à la maison de retraite de son propre chef. Elle réside en chambre seule.

L'équipe soignante a constaté une dégradation rapide et inquiétante de son état depuis quelques semaines. Elle reste alitée, refuse de s'alimenter, et de sortir de sa chambre. Elle a perdu beaucoup de poids et son état se dégrade à vue d'oeil.

Elle suis un régime alimentaire spécial en raison d'une affection gastrique, par contre l'alcool lui est autorisé. Elle a également un traitement médicamenteux contre la maladie de Parkinson. Et une hypertension artérielle.

Elle est veuve depuis plusieurs années. Elle n'a jamais eu d'enfants. Elle était secrétaire dans une grande entreprise de bateaux de croisière.

### Passé à connotation positive

Elle parle constamment au passé et également de sa vie qu'elle regrette beaucoup: un bon métier qu'elle a trouvé tôt, un mariage merveilleux avec son époux et une retraite heureuse ensemble jusqu'à son décès.

Une vie: « merveilleuse, comme dans un conte » avec un époux auquel elle dit penser constamment.

« Tout ce que j'avais avant vous savez...je le regrette...mais bon j'ai bien vécu »

Elle s'entendait vraiment très bien avec son père et elle s'était souvent rendue compte de la ressemblance morale entre son père et son mari.

### Passé à connotation négative

Elle raconte un épisode de vol de son portefeuille à l'époque où elle travaillait et qui l'avait beaucoup choquée: « on m'a vraiment fait du mal dans ma vie, c'est injuste », ainsi que la chute qu'elle avait fait un jour, quelques temps avant sa retraite en sortant du bus et qui l'avait handicapée pendant quelques semaines. Elle avait dû arrêter son travail le temps de s'en

remettre.

Elle relate un traumatisme vécu: « c'était horrible, j'ai eu très mal, ça a duré des semaines, après ce jour là, je n'ai plus jamais été vraiment la même, j'étais moins enjouée. ».

D'autre part elle entretenait avec sa mère des rapports conflictuels, toute leur vie.

### Présent à connotation positive

Elle nous signale voir des fleurs: « de gros bouquets apparaissent le soir, noués à leurs tiges par un ruban rouge. C'est magnifique ». Les fleurs semblent être pour elle des visions agréables.

Ici ce symptôme d'hallucinoses qu'on retrouve aussi dans la maladie de Parkinson peut être utilisé par la patiente comme un étayage de sa vie imaginaire où viennent se projeter des images et des pensées qui la réconfortent et « l'occupent ».

Son attention sera accaparée au cours de plusieurs entretiens par ses hallucinoses dont elle parle beaucoup.

Ce sont des « dentelles, très belles, des fleurs et des petites lumières comme des diamants qui descendent. »

Elle dit aussi qu'« il » lui envoie comme des tentacules qui sont des caresses. Lorsque nous lui demandons qui est celui qui les lui envoie, elle explique qu'elle voit aussi des visages, des personnages, particulièrement deux hommes. « C'est mon mari qui m'envoie tout ça. » Nous cherchons à savoir si elle met du sens sur ce qu'elle voit ce à quoi elle répond que c'est « un message d'amour, de courage ».

« Je suis bien, je les vois ils sont avec moi, c'est féérique, un rêve, j'aimerais que vous puissiez les voir vous aussi, et des fois ça me chatouille les bras et les jambes, hier ils m'ont même fait briller mes bijoux comme des soleils. C'est des cadeaux tout ça. ». Et qui est le deuxième homme? Elle dit que c'est son père et que lui aussi est là avec elle: « j'en suis sûre maintenant, c'est mon père et mon mari qui sont là, ils viennent me tenir compagnie. »

### Présent à connotation négative

Lorsqu'elle parle de sa vie présente, en ressort des ruminations anxieuses sur l'idée de chute car elle n'est pas bien depuis une chute. Elle parle de la crainte de chuter à nouveau et des douleurs qu'elle dit être « terribles, insupportables ».

Elle raconte un vécu douloureux de perte d'autonomie. « Quand je suis arrivée ici je marchais

encore, puis j'ai dû utiliser le déambulateur et maintenant depuis cette chute, je reste la plupart du temps dans mon lit, ou alors parfois je vais sur mon fauteuil mais c'est rare. ».

Elle va clairement et en détails raconter ce qui a causé sa chute. Une infirmière serait volontairement à l'origine d'un mauvais réglage des freins du lit. Ce dernier, penchant, elle serait allée se réfugier sur son fauteuil par peur de tomber du lit et aurait alors chuté. Elle serait restée un « long moment allongé sans que personne ne vienne et sans pouvoir me relever ».

« Elle vous savez elle me veut vraiment du mal, (silence) mais c'est parce qu'elle est jalouse. ». Elle parle de son isolement. Elle mangeait avec tout le monde, « je disais bonjour, aurevoir mais c'est tout, juste pour être polie, mais je les aime pas trop, ils y en a qui m'ont fait des réflexions parce que je buvais un verre de vin à table, alors je leur parle plus depuis longtemps, elles ne m'intéressent pas. Et puis dans la vie j'ai eu très peu de fréquentations féminines, j'aime pas trop les femmes, elles font des histoires parce qu'elles sont jalouses.»

D'autre part, à son entrée à la maison de retraite, la belle fille de son parrain et marraine lui a demandé de lui donner tous ses bijoux « car j'en avais plus besoin ». « Je m'attendais à plus de chaleur, plus d'intérêt pour moi même et non pas pour mes bijoux. ».

Des idées de mort apparaissent: « j'ai fais le deuil de plusieurs choses dans la vie, j'en ai marre de la vie. »

Lorsqu'elle aborde ses visions, elle raconte avoir aussi vu une petite personne, qui lui a « cherché dispute », « j'ai alors demandé qu'elle disparaisse et, depuis, elle n'est pas réapparue, je ne la vois plus. » Qui est-ce? Elle affirme qu'il s'agit de sa mère.

### Futur à connotation positive

Rien dans les entretiens n'évoque le futur de façon positive. Nous pouvons faire l'hypothèse que la patiente ne conçoit rien de positif pour elle dans l'avenir.

### Futur à connotation négative

Elle parle du mur qui cache la vue devant sa chambre. Elle rajoute à cela que « si ils décident de mettre des arbres de toute façon je ne serai plus là pour le voir ».

En ce qui concerne la relation:

Des éléments nous indiquent que la patiente a investi la relation. Elle dira au long des entretiens:  
« vous me donnez du courage vous savez. »

Déjà dès la première rencontre, elle nous reçoit sans résistance.

« Avec la personne que vous êtes, le bien que vous faites, l'aide que vous apportez, j'espère que ça ira bien pour vous dans votre vie ».

Lors d'une visite qu'elle avait demandé une simple proposition alternative par le médecin qui s'est déplacé pour parler avec elle semble l'avoir soulagée. Elle nous remercie d'être venus et d'avoir pris en compte son problème.

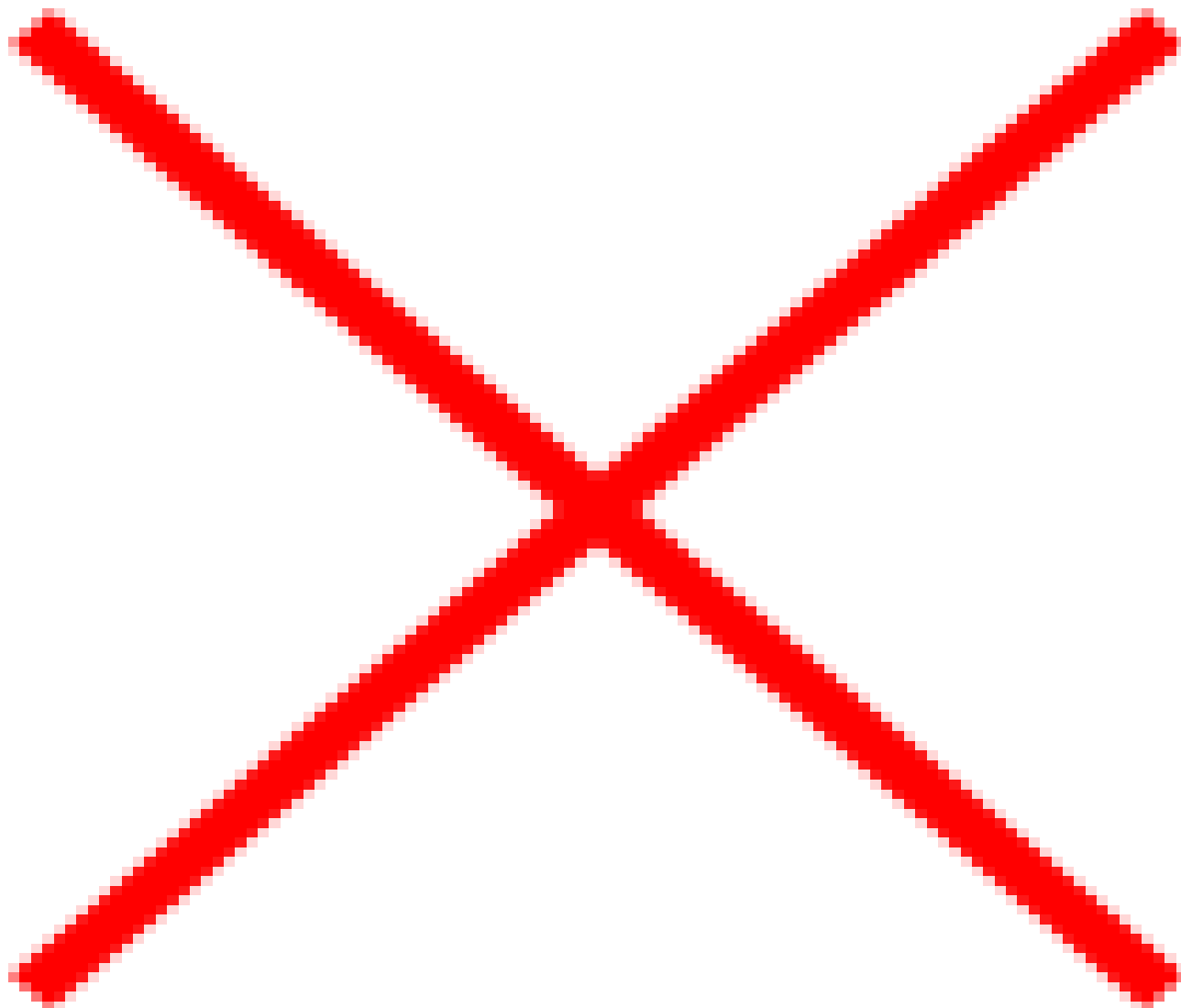
D'une rencontre à l'autre, elle dit: « j'avais hâte de pouvoir vous le raconter ».

D'autre part, en ce qui concerne son alimentation, l'équipe soignante nous a informé d'une amélioration. Elle recommencera à se nourrir. Pourtant, la patiente nous dit continuer à se nourrir très peu et à n'avoir aucun appétit.

Le médecin nous confirmera pourtant que son état nutritionnel commence à sensiblement s'améliorer. Nous faisons l'hypothèse que la personne cherche à maintenir l'attention de l'équipe soignante sur elle, et que dire que le symptôme a disparu reviendrait à perdre cette attention qui venait en réponse à sa solitude.



Regroupement par thèmes abordés, classés selon leur valence positive ou négative.



Commentaires:

Le sujet aborde le passé à connotation positive beaucoup plus fréquemment (4,86) que le passé à connotation négative (0,71).

Le sujet aborde le présent à connotation négative plus souvent (3,29) que le présent à connotation positive (1,71).

Le sujet n'aborde jamais le futur à connotation positive (0).

## **SUJET 2: groupe expérimental**

### Présentation:

Le sujet est une dame de 91 ans, qui reste dans sa chambre, constamment alitée. Elle vit en chambre seule.

Elle a été diagnostiquée par les médecins en syndrome de glissement depuis plusieurs mois. Elle ne souffre d'aucune maladie somatique particulière. Elle est très faible, très maigre, dénutrie, mange très peu, refuse la nourriture sauf un peu de liquide.

Elle a commencé par s'isoler puis ne plus sortir de sa chambre, communiquant très peu. Elle a perdu beaucoup de poids et restait alitée. Son état s'est beaucoup dégradé de mois en mois.

Selon l'équipe soignante, elle se « laisse-aller » depuis des mois. Elle ne communique pas avec les autres résidents. Elle aurait commencé à s'isoler depuis son arrivée à la maison de retraite. Elle est aveugle depuis quelques mois. Lorsqu'elle est amenée dans le salon, elle s'isole, ne communique pas.

### Passé à connotation positive:

Les thèmes abordés sont la famille, les enfants, les métiers, les amis et la maison.

Lors des premiers entretiens elle parle sans retenue de ce qu'elle a fait dans sa vie, de ses enfants, de ses métiers.

Des enfants qu'elle aimait beaucoup et dont elle s'est bien occupée. « Ils étaient sages comme des images, c'était bien avec eux. J'étais contente de m'occuper d'eux. »

« J'avais une grande maison à étages, il jouaient dans les escaliers. J'adorais les entendre rire pendant que je préparais le repas. »

« C'était bien quand on était tous ensemble, avec toute la famille, on passait de bonnes soirées. »

« J'aimais bien ma maison. », « j'ai fait plusieurs métiers, les gens m'appréciaient beaucoup, ils aimaient bien que je sois leur chef. », « j'aimais ce que je faisais. »

Le sujet sourit lorsqu'il relate ses souvenirs heureux. Elle n'a jamais au long des entretiens que nous avons eu, parlé de son passé au négatif. Son discours ne relate que des événements qu'elle dit elle-même lui faire du bien quand elle y repense. Nous lui avons demandé ce qu'elle ressentait en y pensant. Elle s'était alors exclamée en souriant: « je revis! Oui je revis quand j'y

repense. » Son intonation était alors résonnante, sa voix forte et son visage souriant. En nous basant là dessus, nous pouvons nous interroger sur la valeur du souvenir positif et de la remémoration du passé, à valeur réconfortante.

Après avoir rebondi sur cette exclamation, elle rajoute: « ça me procure beaucoup de bonheur quand je pense à mes souvenirs heureux » et rajoute: « j'y pense tout le temps. »

Tout son discours tourne autour de son vécu positif.

#### Passé à connotation négative:

Le sujet n'a jamais relaté de souvenirs négatifs de son passé. Nous pouvons nous demander si un présent difficilement supportable engendre un refoulement des souvenirs négatifs. Cependant, même si la personne ne l'a pas abordé avec nous, nous ne pouvons pas avoir la certitude qu'il y a refoulement ni même qu'elle n'y pense pas.

#### Présent à connotation positive:

Lorsqu'elle parle au présent ou de sa vie présente, le seul thème concerne les visites par sa famille ou ses amis. Elle nous dit avoir reçu des visites et en être très satisfaite: « aujourd'hui, ils sont venus me voir...ma famille et des amis aussi. Ils vont revenir et on va descendre ensemble au rez de chaussé. » Or, en nous renseignant auprès du personnel, nous avons appris que cette résidente n'a pas de famille, ni d'ami qui lui rend visite. Nous interrogeons alors ce « souvenir » comme une tentative de reconstruction d'une réalité plus acceptable, un moyen de diminuer l'angoisse si l'on reprend la considération freudienne.

La patiente n'ayant aucune maladie neurodégénérative pouvant être le soubassement du délire, l'idée qu'elle tente de se créer un espace psychique réconfortant se précise. La solitude effective qu'elle vit au quotidien et qu'elle exprime comme source de grande souffrance viendrait donc être mise à mal par un vécu hallucinatoire des proches.

Au cours d'un des entretiens, elle nous dit voir des proches dans la chambre. Elle semble aussi voir la kinésithérapeute. Elle nous avait déjà parlé d'elle. « Elle aussi, c'est comme vous, elle vient me voir, elle est gentille. Vous et elle je vous aime bien. Vous êtes gentilles, un jour il faudra que vous veniez en même temps toutes les deux. » Pourtant, d'une part nous sommes seules dans la pièce et d'autre part, la participante est aveugle. Son discours oscille entre deux pôles.

En premier lieu, elle aborde souvent sa souffrance d'être seule. Ce qui peut laisser penser qu'elle est par moments consciente d'être seule. D'autre part, elle dit voir des proches, avoir reçu des visites et l'affect qui est associé à ces souvenirs est positif. Ceci invite donc à penser que la réalité empreinte de solitude, sans visite, qui est source d'angoisse et de souffrance, est remplacée par moment par un vécu hallucinatoire des proches, ou la construction de souvenirs qui viennent répondre en tous points au besoin de contact, de communication et de présence rassurante.

Elle dit pourtant voir souvent des amis, qui lui rendent visite, ainsi que de la famille. Elle emploie parfois le présent alors même qu'elle parle de sa famille.

« Je fais de la soupe au pistou, on descend tous en bas, je les appelle et on mange en famille. »

Elle dit voir aussi parfois des gens dans la pièce dans laquelle nous sommes. Sa famille vient la chercher et elle dit devoir y aller.

Lors de certains entretiens, elle ne parle presque pas, elle cherche seulement un contact physique. Nous lui tenons la main et elle nous demande de nous taire lorsque nous tentons d'établir un contact par la parole. Elle nous dit seulement: « je suis avec ma famille là, ne me dérangez pas », « tais-toi tais-toi » nous pouvons alors nous demander si la patiente fait l'expérience d'un vécu hallucinatoire de sa famille. Tout se passe comme si son espace psychique était investi par la pensée de sa famille et qu'elle tentait de maintenir en évitant les interférences extérieures.

Son désir d'être entourée s'exprime par des « visions » des gens qu'elle a peut-être connu donc elle réactualise des éléments agréables de son passé, dans un présent qui lui est difficilement supportable.

Monfort (2001) aborde ce sujet en disant que le vécu hallucinatoire de la présence de l'autre est culturellement admis par exemple au Japon. Il est admis que les veuves puissent avoir des rendez-vous hallucinatoires agréables avec le défunt. Dans ce cas, les personnes âgées ont conscience du caractère hallucinatoire de ce vécu. Elles s'interrogent parfois sur la normalité de ce vécu ce à quoi il indique « qu'il faut les rassurer sur l'intérêt de ce phénomène physiologique de défense contre la solitude. Ailleurs, il s'agit véritablement d'hallucinations, des personnes âgées veuves peuvent croire véritablement à la «ressuscitation» de leur mari. Ce vécu délirant leur permet de se sentir moins seules. Il faut se garder de le faire disparaître brutalement car on risque de voir se démasquer un état dépressif. Certaines personnes âgées peuvent avoir un vécu délirant de grossesse. »

Présent à connotation négative:

Le présent à valeur négative est le deuxième thème le plus abordé après le passé à valeur positive.

Il s'agit en effet des plaintes somatiques et de la souffrance physique de la patiente. Ce qui peut prouver que le présent est majoritairement vécu négativement.

Elle explique qu'elle avait plein d'amis et rajoute: « Vous voyez, ça sert à rien parce que regardez maintenant ».

Lorsqu'on lui demande de préciser sa pensée elle répond: « Parce que maintenant je suis seule. »

Le présent évoqué est empreint de solitude.

Elle a abordé à plusieurs reprises une altercation avec une infirmière de la maison de retraite.

« Elle ne me laisse pas dire « aie », je ne peux pas me plaindre», « si je lui dis quelque chose elle me dit de me taire. » Le seul souvenir négatif qu'elle évoque est celui-ci dans son cadre de vie actuel.

Lorsqu'elle parle du présent, ses plaintes se cristallisent sur le corps et sur sa solitude. « Je suis seule, tout le temps seule. »

Le thème des plaintes somatiques est récurrent dans son discours.

Elle aborde ses souffrances physiques « c'est dur vous savez, j'ai mal. », « c'est très difficile à supporter vous savez, j'ai mal à la cuisse. »

Elle aborde sa semaine à la maison de retraite souvent de façon très négative. Elle nous dit par exemple: « Je veux me reposer. Vous savez pourquoi? Parce que cette semaine j'ai vécu le martyr. »

Quand nous lui demandons pour quelle raison elle dit cela, si elle a eu des douleurs au corporelles ou morales, elle répond « non mais j'ai vécu le martyr. » et quand nous lui demandons pourquoi elle rajoute: « je ne sais pas, mais il faut vivre le martyr. »

#### Futur à connotation positive et futur à connotation négative:

Aucun élément du discours du sujet n'aborde le futur, ce qui nous laisse penser qu'aucune projection dans le futur n'est envisagée. Nous pouvons lire cette totale absence d'éléments au futur comme une absence d'investissement d'un avenir « sans avenir ». La personne vivrait alors dans l'ici et maintenant, en rapportant des éléments du passé dans un présent où seules les souffrances morale et physique priment.

### En ce qui concerne la relation:

La fragilité de la patiente nous a demandé de nous adapter à son rythme, de mettre en place un cadre souple. Dans l'objectif d'accompagnement et de soulagement au moins provisoire de la solitude, nous nous sommes autorisés une certaine souplesse: des entretiens à son rythme, sans recherche des éléments négatifs, mais en écoutant la plainte. Nous avons aussi pris le parti de ne pas intervenir sur le délire. Si il s'agit d'un espace psychique dans lequel la personne trouve du réconfort, quel est l'intérêt d'une réorientation vers la réalité?

Nous avons pris dès le début le parti de tenir la main de la résidente pendant les entretiens. Ce choix a fait suite au fait qu'elle est aveugle et qu'à défaut de contact visuel, nous pouvons offrir un contact tactile. Elle avait en plus spontanément dès les premiers entretiens cherché à tenir notre main.

La relation nous a très vite semblé adhésive. Nous avons eu des difficultés à clore les entretiens. Lorsque le moment de la laisser arrivait, bien que nous ayons pris la précaution d'annoncer à l'avance que ce moment arrivait, la patiente se mettait à parler, à nous appeler.

A l'inverse, d'autres fois, elle nous serrait la main, et la gardait dans le silence au long d'une visite. Le choix du terme visite vient du fait que nous venions davantage nous mettre en place de soutien, d'étayage, dans l'objectif de l'aider à réinvestir quelqu'un et de rompre un temps la solitude.

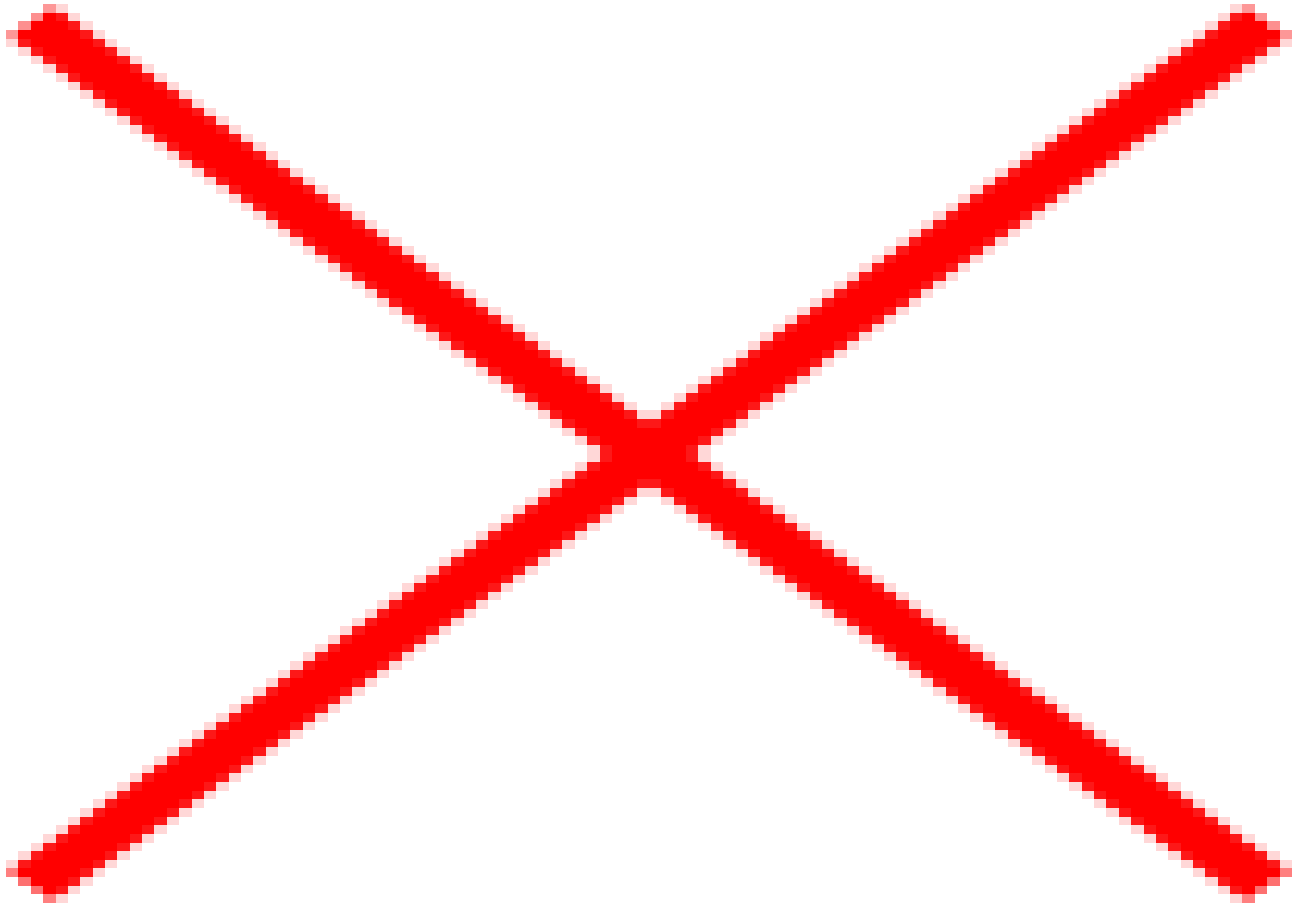
Il semblait que parfois notre simple présence suffisait à déclencher chez la résidente, un certain bien-être. Lorsque nous lui demandions comment elle allait, elle disait au bout de quelques minutes: « chut, tais-toi tais-toi, je suis avec eux. Reste tais-toi tais-toi. ». En disant cela, elle nous serrait fort la main, la faisant trembler, la balançant doucement de gauche à droite. Nous avons respecté ces moments de silence. Nous avons fait l'hypothèse que notre présence, et que le contact manuel avait peut-être servi d'étayage et participé à conduire la résidente dans un vécu hallucinatoire des proches qu'elle nous demandait de ne pas interrompre.

### En ce qui concerne la relation:

Elle nous appelait par notre prénom, cherchait systématiquement notre main. Elle dit nous avoir attendu d'une rencontre à l'autre. Elle nous a fait régulièrement des compliments. Nous pouvons l'envisager de deux façons complémentaires. D'une part comme une tentative de séduction dans le but de ne pas rester seule, de continuer à avoir de la visite. Ou simplement parce que la relation est investie de façon presque adhésive.



Regroupement par thèmes abordés, classés selon leur valence positive ou négative.



Commentaires:

Le sujet aborde le passé à connotation positive beaucoup plus fréquemment (3,00) que le passé à connotation négative (jamais).

Le sujet aborde le présent à connotation négative plus souvent (1,25) que le présent à connotation positive (0,25).

Le sujet n'aborde jamais le futur (des éléments de discours « futur » sont absents).



### **SUJET 3: groupe expérimental**

#### Présentation:

Le sujet est âgé de 90 ans. Elle est arrivée à la maison de retraite pour ne plus vivre seule chez elle. Elle vit en chambre seule. Elle est veuve depuis une quinzaine d'années. Elle avait un fils malade mais en rémission d'un cancer depuis quelques mois. Au moment de notre prise en charge et de notre recherche, elle venait d'apprendre le décès de son fils.

Elle a pour seule famille, une nièce de 67 ans qui lui rend régulièrement visite.

Nous la rencontrons pour la première fois suite au décès de son fils, avant que sa famille ne lui annonce. Nous verrons par la suite une claire différence entre cette première rencontre, riche en discours et les suivantes.

La patiente s'enfermera d'ailleurs dans un certain mutisme, avec une grande diminution de son alimentation, un isolement dans sa chambre, une diminution de la communication. Les signes qui donnent à penser à une dépression, nous ont alerté et nous avons tenté d'endiguer la possible apparition d'un syndrome de glissement.

#### Passé à connotation positive et négative:

La participante n'a pas évoqué de souvenirs de sa vie passée au fil des rencontres. Elle racontait sa vie avant la maison de retraite mais de façon factuelle, sans affect dans son discours ce qui ne nous a pas permis de classer ses dires dans le tableau car n'ayant pas de valence exprimée. Elle a une seule fois parlé de son fils pour raconter qu'elle a vécu un temps chez lui mais sans exprimer d'émotions. « J'ai un fils, il habite dans une maison mais depuis qu'il est malade il est en maison de convalescence. Il est en rémission et il réintégrera son domicile quand il ira mieux. J'ai vécu un certain temps chez lui avant de venir ici. »

#### Présent à connotation positive:

Le présent à connotation positive concerne les visites de sa nièce, et de sa famille. Elle nous parle également de son fils au présent « il est un gentil garçon. », alors qu'il n'est pas encore décédé.

### Présent à connotation négative:

La grande majorité des thèmes qui apparaissent dans le discours concernent les plaintes somatiques. La patiente se dit insatisfaite des soins et diagnostics qui la concernent. Elle souffre beaucoup et se dit dans une fatigue et une lassitude importante. Elle souffre d'une forte tension et prend un traitement.

Elle nous signale dès le début qu'elle est très fatiguée. Cette fatigue fait suite selon ses dires à des examens. Un doppler prescrit suite à ses problèmes de forte tension.

Son discours tourne autour de la plainte corporelle et de sa fatigue physique: « l'examen n'a pas été douloureux. Mais je suis fatiguée par l'attente et le trajet. »

Ce qui l'aurait fatiguée aurait été le déplacement en ambulance et l'attente avant l'examen.

Lorsqu'elle parle de son moral elle se contente de dire: « être vieux c'est difficile, c'est pas drôle... ».

Le reste de son discours qui concerne sa vie à la maison de retraite, les médecins, le traitement etc... se trouve être factuel. Elle n'associe aucune dimension élocutoire et n'inscrit pas d'affects à son propre discours.

Elle exprime également souffrir de ne pas avoir davantage de famille et de se sentir seule. « Même si je sais que je ne suis pas seule ici, je suis seule quand même. »

Elle regrette sa maison: « c'est pas pareil quand on habite chez soi. Quand c'est chez nous, on fait ce qu'on veut. Mais je ne pouvais plus rester seule. »

### Futur à connotation positive:

Le futur n'est jamais évoqué par la patiente de façon positive. Ce qui peut nous faire penser que songer à l'avenir ne lui évoque que des appréhensions voire des angoisses.

### Futur à connotation négative:

Elle nous explique qu'elle: « ne sais pas ce que les résultats des examens vont donner ».

En lui demandant si elle appréhende ces résultats, elle répond: « non ça ne m'angoisse pas, de toute façon on verra bien, c'est ça la vieillesse. »

Des angoisses concernant l'avenir transparaissent au travers des considérations négatives sur le

vieillesse. « Je n'ai pas peur de mourir, par contre j'ai très peur de tomber, ça m'angoisse parce que je ne voudrais pas me blesser et rester au lit, être comme les autres, ne plus pouvoir marcher. », « oui je ne voudrais pas perdre mon autonomie. »

### En ce qui concerne la relation:

Nous percevons à la suite du premier entretien, beaucoup de réticence de sa part à s'exprimer. Elle dit que « c'est tout ce que j'ai à vous dire aujourd'hui. »

La question de la demande s'est plusieurs fois posée. Nous lui avons proposé de nous revoir, nous sommes mi d'accord sur les rencontres. Pourtant, la patiente semblait réticente et nous disait comme pour « nous faire plaisir »: « Si vous voulez » quand nous proposons de nous revoir. Elle nous éconduit souvent poliment, mais, paradoxalement, continue à nous parler et relance souvent elle-même le discours.

La relation ne semble pas investie au sens où les indices semblent contraires à un investissement. Or nous avons relevé de rares indices qui nous interrogent sur la demande non-exprimée. Le fait par exemple qu'elle relance elle-même le discours. Ces indices peuvent faire penser que pour certaines raisons (la dignité, la fierté) la personne n'exprime pas son désir de continuer à être accompagnée. Mais ce n'est pas parce que ce désir n'est pas exprimé, qu'il n'existe pas.

Nous nous interrogeons chez cette patiente sur une forme d'intellectualisation et de déni, mis en place face au décès de son fils.

Il est possible que le refus de parler aille de pair avec le traumatisme de cette annonce, signe possible d'une potentielle dépression réactionnelle.

L'analyse du discours de la patiente, et les résultats ne nous donnent pas de tendance à l'investissement des souvenirs positifs du passé.

La faible présence d'affects dans le discours pourrait laisser penser à une alexithymie. Or la patiente présente ses émotions lorsqu'elle parle du présent.

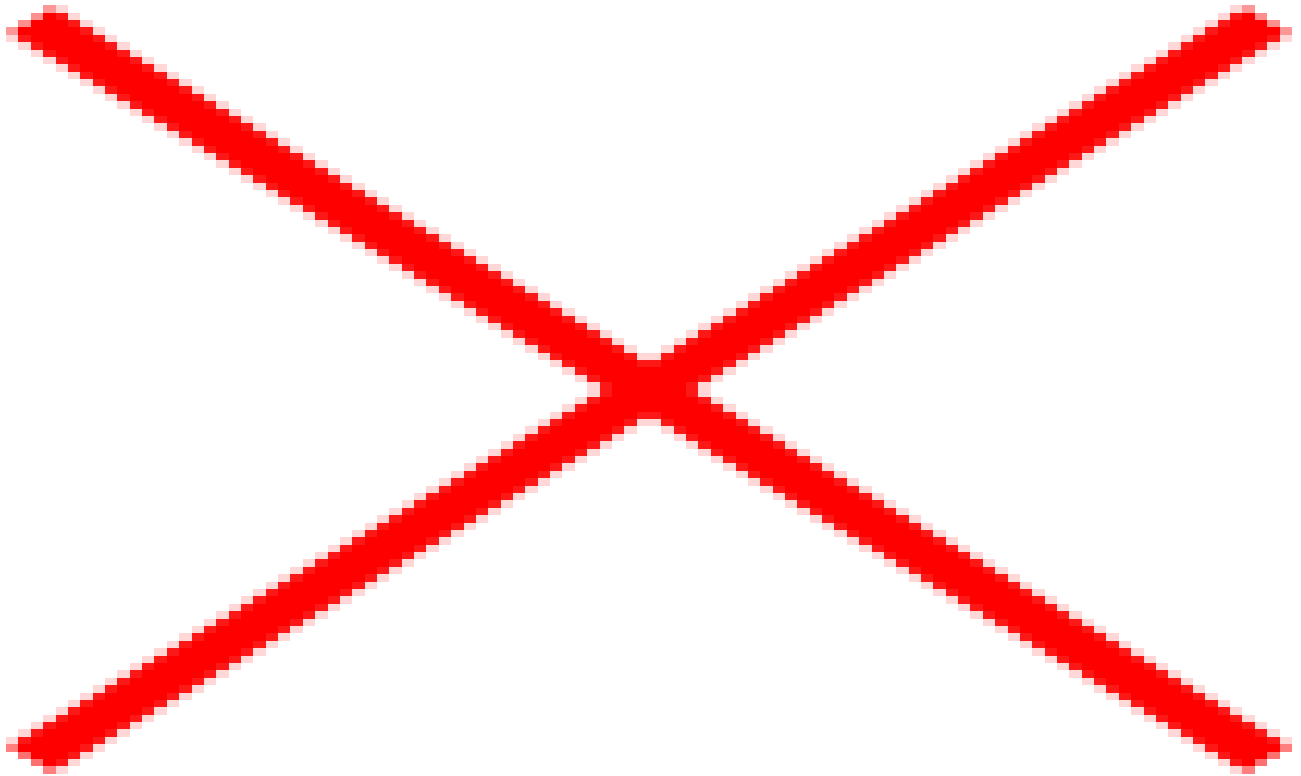
Si l'on reprend les considérations de Péruchon, sur le fait que le trauma désintrie, nous pouvons faire l'hypothèse que l'annonce du décès de son fils a été la source d'une dégradation. L'investissement des souvenirs pourrait peut-être apparaître quand un travail de deuil est amorcé et non pas pendant une période évoquant fortement un déni.

Les souvenirs ne sont peut-être investis que dans le cas d'un syndrome de glissement déjà installé.

Ici, tout se passe comme si les affects venaient se cristalliser sur la plainte somatique, peut-être

pour éviter de penser au décès qui a un caractère trop douloureux.

Regroupement par thèmes abordés, classés selon leur valence positive ou négative.



Commentaires:

Le sujet n'aborde jamais le passé.

Le sujet aborde le présent à connotation négative plus souvent (2,5) que le présent à connotation positive (1,5).

Le sujet n'aborde jamais le futur à connotation positive (0), et prononce quelques éléments « futur » négatifs.

## **SUJET 4: groupe contrôle**

### Présentation:

Le sujet vit à la maison de retraite depuis presque un an. Sa belle-soeur habite aussi avec elle. Elle vit en chambre double, prend ses repas dans le grand salon, a des amies avec qui elle se promène souvent dans le parc. Elle présente un début d'Alzheimer.

### Passé à connotation positive

La patiente évoque à chaque entretien, sa famille. Elle raconte à chaque entretien ce qui concerne sa vie avant la maison de retraite avec ses enfants. Elle le raconte comme si nous n'en avions jamais entendu parlé, ce qui peut laisser penser qu'elle ne se souvient plus nous l'avoir déjà raconté. Il est possible que ce soit donc une conséquence des pertes de mémoire imputable à la maladie d'Alzheimer. Or, le même souvenir, évoqué à chaque fois, fait pleurer la patiente. Lorsqu'on lui demande si il s'agit de larmes de tristesse. « Non je ne suis pas triste je suis contente de mes enfants, je les aime, c'est pour ça. » Nous savons aussi que la mémoire affective est prépondérante car épargnée dans la maladie d'Alzheimer. La patiente ne se souvient pas nous le raconter d'un entretien à l'autre et pourtant se trouve être marquée par le souvenir de ses enfants.

### Passé à connotation négative

Elle évoque beaucoup de souvenirs à valeur négative. Elle raconte en particulier systématiquement l'histoire de l'agression de son mari et d'elle-même et de la mort de son mari deux jours plus tard. Elle raconte des souvenirs qu'elle dit « très pénibles, traumatisants », qui l'ont marquée pour toujours et à l'évocation desquels elle pleure systématiquement. Nous pensons ici encore à la mémoire émotionnelle. Elle raconte avoir été souvent angoissée, de se faire de nouveau attaquer. Il apparaît clairement dans son discours un thème de persécution. Ces angoisses continuent à la suivre dans le présent. Elle raconte à chaque entretien que son mari a été tué par trois « noirs », « il a été très choqué et deux jours après il est mort, il était cardiaque. »

### Présent à connotation positive

Elle parle de ses enfants et petits-enfants. Elle nous raconte de nouveau à chaque fois qui est chacun des membres de sa famille. « Je suis fière de mon fils, c'est un neurologue, il est un très bon médecin », « ma fille travaille, elle est sérieuse, elle vient souvent me voir, d'ailleurs elle va venir me chercher je vais aller chez elle, je suis contente. »

### Présent à connotation négative

La patiente se dit très inquiète à chaque entretien, pour plusieurs raisons. Elle parle de sa peur de la chute, de sa peur d'être de nouveau agressée, et du fait que sa petite fille vit avec une personne susceptible de l'agresser « si je le vois, je l'attrape par les oreilles et je le sors. »

Elle répète souvent: « enfin c'est pas facile tout ça » et se remet à pleurer. Lorsque nous demandons ce qui n'est pas facile elle nous fait part d'une altercation avec une infirmière, et se met à pleurer dès qu'elle l'évoque. « Je lui ai demandé d'installer une dame qui était debout et elle m'a dit que je m'occupe de mes affaires. »

Elle évoque aussi un incident datant selon ses dires de deux semaines auparavant: « j'étais dans mon lit et trois noirs sont rentrés dans ma chambre pour me demander de l'argent. » puis se met à pleurer. Elle en raconte un autre: « j'étais dans mon lit et je me tourne et je vois deux noirs à la fenêtre qui me regardaient. »

Elle dit également avoir eu son fils au téléphone mais se met à pleurer en signalant qu'il était bizarre. Quand nous demandons qu'est-ce qui lui fait dire qu'il était bizarre, elle m'explique qu'il lui a dit: « ben non ben ça va pas ».

A chaque évocation de sa famille, elle pleure, mais de façon très rapide, quelques secondes, sa voix tremble mais elle se remet immédiatement de ses pleurs et se remet à parler comme si elle n'avait pas pleuré.

### Futur à connotation positive

Elle nous répète très régulièrement que sa fille va venir la chercher, l'amener chez elle pour manger et dormir. « ma fille va venir me prendre, on va chez elle. Je suis contente de la voir,

j'ai hâte qu'elle arrive. » Or nous savons que ce n'est pas le cas. Nous pouvons supposer que la pensée que sa fille vienne la chercher pour l'amener chez elle la rassure voir même lui donne des perspectives à courts termes qui la réjouissent.

### Futur à connotation négative

Quand elle parle du futur, elle dit s'inquiéter de tomber, d'être attaquée dans la nuit. Elle exprime redouter ce qui va se passer. « j'ai peur ce soir, je vais vérifier la salle de bain, au cas où ils reviennent. Mais si j'entends des bruits, je saurai que ça peut-être autre chose. »

### En ce qui concerne la relation:

La patiente investit la relation. Elle vient souvent demander qu'on se rencontre, elle nous remercie chaleureusement. Elle nous répète souvent être très satisfaite de nos entretiens et vouloir continuer. La demande est présente et clairement exprimée.

La patiente présente un trouble des performances cognitives. Il s'agit d'abord d'une baisse des performances de la mémoire immédiate avec un oubli à mesure des repères temporo-spatiaux et une diminution de la capacité à fixer son attention sur l'environnement. Il en résulte une perplexité anxieuse avec la répétition incessante de comportements et de questions. Ici c'est les thèmes qui sont très répétitifs, racontés chaque fois comme si c'était la première.

Nous avons remarqué de nombreux indices de la perte des repères. En contrepartie, les mêmes souvenirs qu'ils concernent un passé proche ou avant l'institutionnalisation sont répétés presque à chaque fois. Leur véracité n'est pas vraiment primordiale. Ce qui nous importe, même si ces souvenirs ont été créés de toutes pièces ou fantasmés, c'est ce qu'en dit la personne. Son discours exprime qu'elle souffre de certains souvenirs alors que d'autres évocations la rassurent.

Lorsqu'elle évoque ses fils, elle évoque systématiquement leur métier mais en donnant un nom différent à chaque fois.

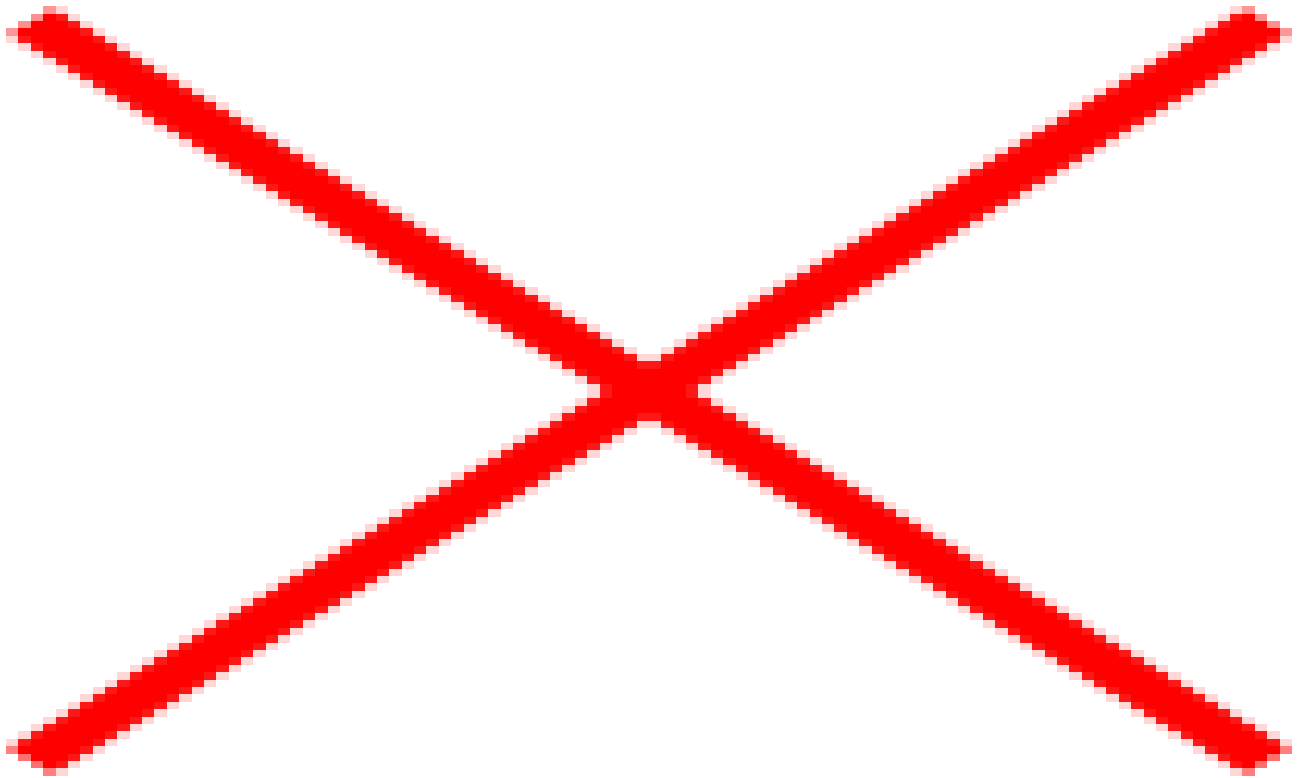
Elle explique qu'il habite à Lille, mais qu'il n'est venu la voir qu'une seule fois depuis qu'elle est ici alors qu'il n'est pas loin. Je lui demande alors de me dire à combien de kilomètres elle pense que la ville se trouve: « c'est à deux cent, deux cent soixante kilomètres à peu près ». La notion des distances, les repères spatiaux sont clairement affectés chez cette patiente.

Nous avons remarqué qu'en l'amenant dans la même pièce que la fois précédente, elle n'a pas



reconnu les lieux car a déclaré ne pas savoir où on allait ni ne connaître la chambre.

Regroupement par thèmes abordés, classés selon leur valence positive ou négative.



Commentaire:

Le sujet aborde le passé à connotation négative beaucoup plus fréquemment (2,33) que le passé à connotation positive (1).

On peut considérer qu'il y a équilibre entre le présent à connotation positive et négative.

Idem pour le futur.

## **SUJET 5: groupe contrôle**

Le sujet est âgé de 90 ans. Elle présente un début de maladie d'Alzheimer. Elle est entrée à la maison de retraite d'un commun accord avec sa fille car se trouve en perte d'autonomie et a des difficultés à vivre seule. Elle réside en chambre seule.

Elle est veuve mais a une fille qui vient la voir régulièrement et deux fils qui habitent loin. Elle a également plusieurs petits-enfants.

### Passé à connotation positive

Il est le plus abordé par la patiente. Au cours des entretiens elle nous racontera ses souvenirs de sa vie d'avant la maison de retraite. Elle parle souvent de sa relation avec son époux, de leurs voyages de leur famille et enfants. Elle parle aussi de son métier et de sa « belle retraite ». « Nous avons beaucoup voyagé, visité de beaux pays un peu partout dans le monde. On adorait ça. »  
« Nous étions très liés avec mon époux. Nous avons été un couple heureux. »

### Passé à connotation négative

Elle exprime souvent son ancienne peur des chutes depuis qu'elle avait été blessée à la suite de l'une d'entre elle. Elle aborde les angoisses auxquelles elle a dû faire face au cours de sa vie.  
« J'étais timide, j'ai dû me forcer à parler en public pour mon travail. Ça me stressait beaucoup, j'aimais mieux être dans un coin. »

### Présent à connotation positive

Elle raconte être satisfaite des visites de sa famille, de ses petits enfants qu'elle « aime beaucoup ».

elle dit également se sentir bien dans cette maison de retraite. Elle aime sa chambre, la nourriture lui convient. « je me sens bien ici, c'est bien c'est agréable, j'ai mon intimité mais je peux quand même voir ma fille et je ne suis pas seule. »

Elle explique que ses doutes concernant sa fête d'anniversaire étaient infondés: « je me suis

angoissée pour rien, j'avais peur de faire une bêtise mais en fait ça c'est très bien passé. »

#### Présent à connotation négative

Elle regrette cependant que ses fils habitent loin et ne puissent pas la voir régulièrement. Elle explique aussi qu'elle comprend que sa fille travaille mais qu'elle reste parfois trop peu de temps.

Elle nous fait aussi part du désagréable ressenti de perdre la mémoire. « Je crois que je commence à perdre la mémoire pour de bon. », « ça m'inquiète, je n'aime pas ça. Tant que ce n'est presque que les noms propres ça va mais c'est quand même ennuyeux. »

Elle nous exprime aussi ses angoisses, de la chute, de la perte de mémoire. « Je suis un peu perdue ici quand même. »

#### Futur à connotation positive

La perspective d'un voyage avec sa famille à venir la ravie « je suis très contente, on va partir ensemble, ils m'amènent avec eux, ça va être bien, j'ai hâte. »

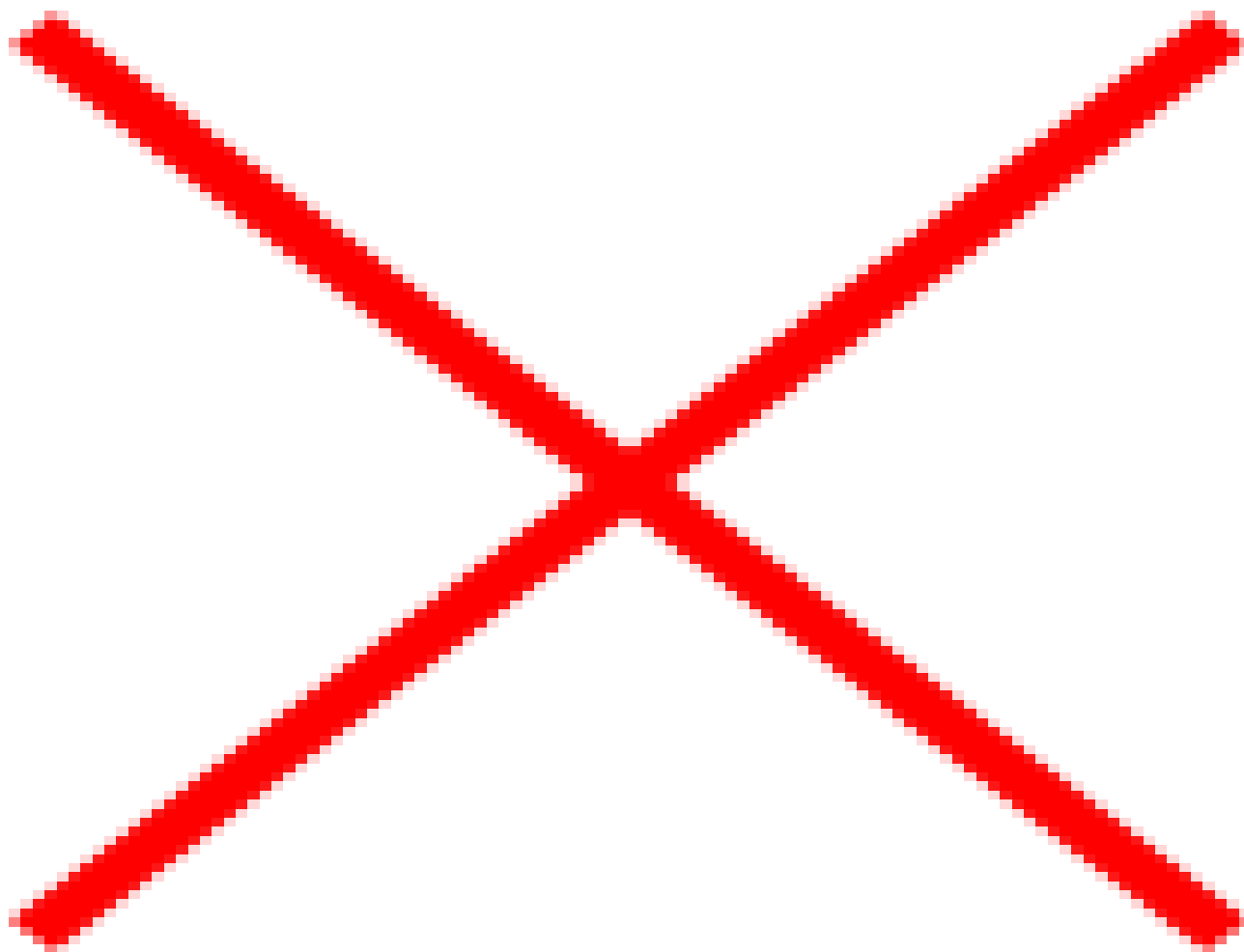
Elle languit également son anniversaire même si c'est source aussi de quelques appréhensions.

#### Futur à connotation négative

La patiente redoute beaucoup ses futures pertes de mémoire et la dégradation de son état intellectuel: « je sais que ça va empirer et ça me fait peur. »

Elle parle beaucoup d'une grande fête qui est en cours de préparation pour son anniversaire. Elle est inquiète et y pense tout le temps car ses deux fils sont en conflit et elle redoute un éclat pendant la fête: « j'ai peur qu'ils se disputent devant tout le monde, je crois qu'on ne devrait pas les installer à côté ».

Regroupement par thèmes abordés, classés selon leur valence positive ou négative.



Commentaire:

Le sujet aborde le passé à connotation positive beaucoup plus fréquemment (3,00) que le passé à connotation négative (0,5).

Le sujet aborde le présent à connotation négative plus souvent (2,00) que le présent à connotation positive (1,33).

Le sujet n'aborde le futur à connotation négative (1,17) légèrement plus souvent qu'en négatif (0,83).

## **SUJET 6: groupe contrôle**

### Présentation:

Le sujet est âgé 87 ans et mère d'un fils et d'une fille. Elle a plusieurs petits-enfants. Elle est atteinte par la maladie de Parkinson. Elle réside en chambre double.

Elle se déplace en fauteuil roulant.

### Passé à connotation positive

Elle parle de sa famille, ses frères, sa mère, son enfance: « Mes frères étaient gentils la plupart du temps », « heureusement maman me comprenait ».

Elle parle aussi de son foyer, de sa retraite et de son métier: « j'aimais mon travail, j'aimais bien aller travailler même si j'ai commencé très jeune. »

### Passé à connotation négative

Elle parle souvent de son époux, « je n'étais pas heureuse avec lui, il me trompait et je le savais. Mais je ne disais rien, pour les enfants », « on restait ensemble pour les enfants. »

Elle parle aussi de son père. « il trompait ma mère lui aussi. »

Elle nous fait part des angoisses qui ont émaillé son enfance: « j'étais très angoissée quand j'étais jeune, j'avais peur de tout. », « quand j'allais danser je restais toujours moins tard que les autres parce que j'avais peur de me faire agresser en rentrant. »

Elle raconte également une chute quand elle était petite qui l'avait beaucoup marquée et parle de son enfance difficile, avec des frères qui se moquaient d'elle et des angoisses à répétition.

### Présent à connotation positive

Elle parle de ses petits-enfants dont elle est très fière ainsi que de ses enfants.

Sa vie à la maison de retraite lui convient bien, elle aime sa chambre, a une colocataire avec qui elle s'entend bien.

### Présent à connotation négative

Son discours est empreint d'évocation d'angoisses. Elle n'aime pas du tout ses tremblements, elle craint sans cesse de chuter, de tomber pendant que quelqu'un la pousse en fauteuil ou pendant sa toilette: « cette peur qui me terrorise ».

Elle m'explique rêver de son mari depuis un certain temps. Ces rêves la contrarient: « je le laisse seul et quand je me réveille je me sens mal, je culpabilise ».

### Futur à connotation positive

La perspective de recevoir la visite des membres de sa famille lui « donne du courage ». Elle est impatiente à chaque fois qu'elle sait qu'ils vont venir la voir.

### Futur à connotation négative

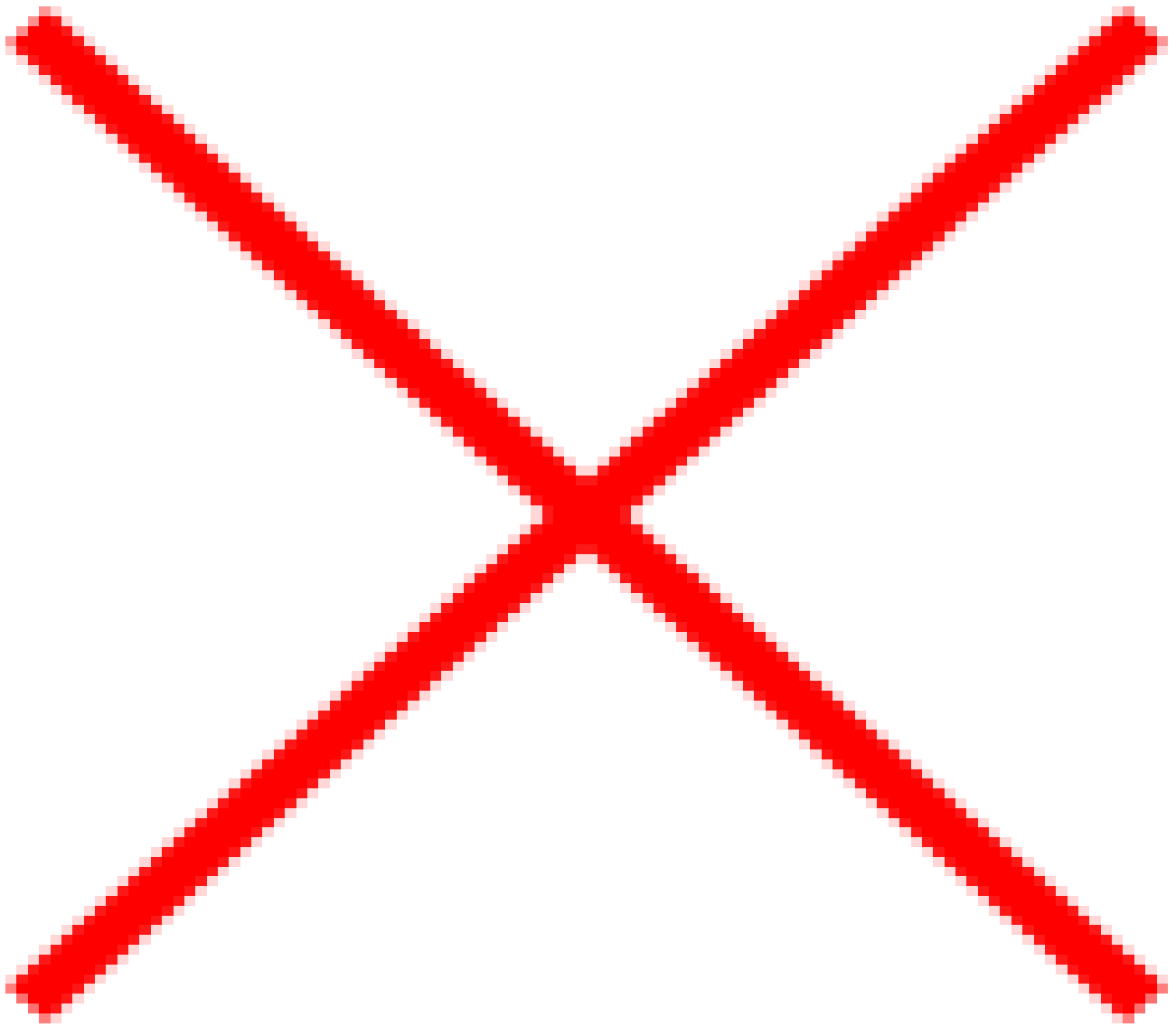
Ses angoisses concernant l'avenir tiennent à sa maladie de Parkinson. Elle redoute les symptômes et la dégénérescence de son état et de sa santé. « Dès que quelque chose est différent de d'habitude, je m'inquiète, je pense que c'est ma maladie qui évolue et j'ai peur pour après. »

### En ce qui concerne la relation:

La relation est investie, la patiente fait part de sa satisfaction et de l'attente entre les entretiens. Elle en a d'ailleurs parlé à sa fille qui avait selon ses dires constaté une amélioration de l'état de sa mère.

Une réflexion commune s'est mise en place avec la patiente, avec une demande et des objectifs définis. Elle me dit avoir lu que le stress se soigne et elle me demande de l'aider à aller mieux. « Je n'ai personne d'autre que vous avec qui je peux parler comme ça. Je n'ai trouvé personne que ça intéresse mais avec vous au moins on peut parler et vous écoutez vraiment. Ça me fait beaucoup de bien. »

Regroupement par thèmes abordés, classés selon leur valence positive ou négative.



Commentaire:

Le sujet aborde le passé à connotation négative (2,83) plus fréquemment que le passé à connotation positive (1,5).

Le sujet aborde le présent à connotation négative plus souvent (2,33) que le présent à connotation positive (1,33).

On peut considérer qu'il y a équilibre entre le présent à connotation positive et négative.

Ce qui est globalement le plus abordé par ce sujet, c'est le passé à connotation négative.



- Hypothèse 5:

Une micro-analyse de la relation avec chaque sujet est proposé à la suite de la présentation des éléments de souvenirs. Nous avons relevé quelques points clés relevés dans le discours de chacun, pouvant nous aider à prendre la teneur de la relation. Notre objectif étant de montrer si le patient investi la relation ou pas exclusion, ne l'investi pas.

L'analyse nous montre que:

Dans le groupe expérimental 2/3 sujets présentent une relation investie dans le cadre de l'accompagnement thérapeutique

Dans le groupe contrôle 3/3 sujets présentent une relation investie dans le cadre de l'accompagnement thérapeutique.

Nous pouvons tenter d'expliquer cette différence par le fait que le sujet qui n'investi pas la relation vient de perdre son fils. Ce deuil peut expliquer le renfermement dans le mutisme et l'absence de désir d'investir une personne nouvelle. Nous pouvons penser que toute l'énergie libidinale du sujet est mise au service du deuil ou du déni qui nous a semblé apparaître dans le comportement su sujet.

En ce qui concerne les autres sujets, nous pouvons expliquer l'investissement de la relation comme un étayage, une présence qui vient combler la solitude des sujets.

# DISCUSSION

## Analyse des résultats:

En raison d'une population de sujets à nombre limité, nous considérons les résultats obtenus comme une tendance possible à approfondir.

Notre recherche sur le syndrome de glissement s'est donc découpée en deux parties distinctes. La définition du syndrome de glissement faisant apparaître sa possible apparition à la suite d'un choc psychique, nous avons essayé de déterminer les facteurs fragilisants à la base de son apparition. D'autre part, nous avons tenté de déterminer si il était possible d'envisager une sortie du syndrome qui ne soit pas fatale.

Dans la première partie de notre étude nous avons recherché à savoir si le groupe des sujets en glissement présentaient un narcissisme fragilisé, un champ social réduit et des indices dépressifs.

Pour déterminer si le narcissisme des sujets en glissement est fragilisé, nous nous sommes appuyé sur des indices pouvant montrer que la sphère corporelle est désinvestie par le patient, en voyant si il néglige son propre corps. Pour cela nous avons comparé les soins que chacun apporte ou laisse apporter à son corps par l'absence ou la présence de négligence corporelle.

Nous avons également choisi de chercher des indices de dénutrition afin de déterminer si la personne refuse volontairement de se nourrir. Nous lisons le refus de se nourrir comme une régression, le signe d'un retour possible à un état anorganique, étant peut-être le signe que la pulsion de mort prend le pas sur la pulsion de vie.

Nous avons également fait l'hypothèse qu'avec un champ relationnel réduit, les sujets n'ayant que très peu d'étayage, la possibilité d'investir libidinalement les objets extérieurs que sont les personnes se réduit. Nous avons fait l'hypothèse que cette réduction du champ d'investissement fait que la libido libre fait retour sur le Moi, qui, déjà fragilisé conduit la pulsion de mort à prendre le dessus et à participer au déclenchement du syndrome de glissement.

Ensuite, nous avons voulu tester la présence de signes dépressifs dans la même perspective.

Notre deuxième hypothèse générale a porté sur deux axes. Tout d'abord, nous avons supposé qu'à défaut de lieux de fixation (le corps ne répondant plus aux besoins par l'image négative que la personne en a, le champ des objets extérieurs à investir étant réduit donc la personne isolée), elle pourrait venir se fixer sur la réactualisation des souvenirs positifs anciens, permettant au sujet de se créer un espace psychique acceptable en réponse à une réalité qui ne lui convient pas de par ses problématiques fragilisantes. Nous avons cherché à tester si malgré

le refus de communication habituellement présent chez les personnes en glissement, la proposition d'un nouvel investissement par la personne des soignants, pouvait aider à améliorer l'état des sujets.

Le nombre de sujets disponibles pour l'étude étant limité, nous ne pouvons évidemment pas revendiquer la pertinence statistique des résultats ou les généraliser mais ils peuvent tout de même indiquer une tendance. Les facteurs étudiés pourraient donc être vus comme entrant assez probablement dans l'étiologie psychologique du syndrome de glissement.

En ce qui concerne notre première hypothèse, les résultats sont conformes aux résultats attendus. Nous avons trouvé davantage de négligence de la sphère corporelle et le refus d'alimentation chez les sujets atteints de syndrome de glissement que chez ceux du groupe contrôle. Nous pouvons d'ores et déjà discuter cela. En effet, les sujets étant pour certains constamment alités, les capacités du corps étant limitées, ces personnes ne font pas leur toilette seule. Or nous savons qu'il leur est proposé de les coiffer voire même de les maquiller. Mais nous pouvons nous demander si il s'agit d'un indice bien représentatif d'une négligence volontaire de laisser son corps à l'abandon. Ce champ de soin fait-il partie des préoccupations des personnes atteintes de démence par exemple. Ce que nous avons constaté, c'est que les personnes qui ne sont pas en glissement, continuent à demander à être coiffés, soignées et ce, malgré un début d'Alzheimer par exemple. Nous pouvons donc interpréter cette différence en disant justement que pour les personnes dont le narcissisme n'est pas encore autant fragilisé que les sujets en glissement, il s'agit de maintenir une image positive de son corps en continuant les soins qui le permettent.

D'autre part, le refus alimentaire, pourrait être discuté de plusieurs points de vue. D'une part, comment être sûr qu'il s'agit du signe que la pulsion de vie s'affaiblit au profit de la pulsion de mort. Nous savons que les personnes âgées ont souvent une alimentation réduite du fait de régimes spéciaux ou encore de problèmes dentaires. Les personnes âgées mangent moins que les plus jeunes. Cependant ce que les résultats nous indiquent, c'est une différence entre le groupe contrôle qui continue à s'alimenter normalement, même si ils mangent moins que les personnes plus jeunes. Ce qui semble s'exprimer chez le groupe expérimental, c'est un refus de s'alimenter. Une diminution de l'appétit mais aussi et surtout une volonté claire de ne pas s'alimenter. C'est à ce niveau là que la différence entre les deux groupes peut être lue comme passant du ralentissement normal de l'appétit et de l'alimentation, au refus pathologique.

En ce qui concerne le champ relationnel, les résultats sont conformes à ceux attendus. Nous

avons fait l'hypothèse que le champ relationnel serait réduit chez les personnes en glissement, davantage que chez le groupe contrôle. Nous avons vu que les sujets du groupe en glissement sont significativement plus isolés que ceux du groupe contrôle. Ces derniers ont encore des personnes à investir: des enfants, des petits-enfants, une nièce.

A l'inverse, les personnes en glissement sont seules, n'ont pas de famille ni de visites.

Nous avons cependant vu chez un sujet la présence assez régulière d'un membre de la famille mais que nous considérons comme un cas particulier car il venait de perdre son fils.

En ce qui concerne la probabilité de présence de dépression, elle est significativement plus élevée chez le groupe expérimental que chez le groupe contrôle comme nous l'attendions.

L'interaction des facteurs que nous avons testé seraient l'aménagement favorable, le terrain propice au syndrome de glissement. Dans sa définition, il est indiqué qu'un choc psychologique ou une affection organique peut le déclencher.

En revanche, concernant la deuxième hypothèse, les résultats se sont avérés un peu différents de ce à quoi nous nous attendions.

Nous cherchions à voir si les souvenirs positifs du passé sont utilisés par les sujets en glissement comme un « refuge » psychique. Pour cela nous les avons comparé à l'évocation du présent et du futur.

L'évocation des éléments positifs du passé sont apparus un peu plus nombreux chez le groupe en glissement mais aussi un peu plus faiblement chez le groupe contrôle.

Le passé à connotation négatif est apparu comme n'étant quasiment pas évoqué par les sujets du groupe expérimental. Nous pouvons interpréter ce résultat en accord avec le précédent. Si le sujet se réfugie dans des souvenirs positifs du passé comme défense à l'effondrement psychique, il semble logique qu'il ne va pas contrecarrer lui-même cette défense en évoquant des souvenirs douloureux.

Le groupe contrôle évoque presque autant ses souvenirs positifs que négatifs. A la vue de ce résultat, on ne peut pas avancer que les souvenirs positifs sont pour eux une défense.

En ce qui concerne le présent, il est moins évoqué en positif qu'en négatif et ce dans les deux groupes. Le groupe contrôle évoque cependant davantage le présent en positif que le groupe expérimental. Nous pouvons tenter de l'expliquer par le fait que le groupe contrôle connaît un environnement qui lui convient davantage comme la présence de membres de la famille par exemple, ce qui n'est pas le cas pour les sujets en glissement.

Nous avons également constaté un résultat fortuit qui concerne l'évocation du futur. Le groupe

expérimental ne présente aucune évocation du futur positif ce qui paraît logique au vue du fait que dans leur situation avec les indices dépressifs, et sans projets familiaux par exemple, la vision du futur est pessimiste. Ce qui est appuyé par le résultat montrant qu'ils évoquent le futur négativement. Or ce que nous montrent les résultats c'est que le groupe contrôle évoque davantage le futur en terme négatif que le groupe des sujets en glissement.

Nous pouvons interroger ce résultat dans le sens où ces sujets ont « encore des choses à perdre ». Il apparaît que les pertes à venir sont angoissantes pour les sujets du groupe contrôle comme les pertes de mémoire à venir et la diminution des capacités intellectuelles redoutée par les sujets.

Ces sujets ayant encore de la famille, la perte d'un membre est toujours à craindre à l'inverse des sujets du groupe expérimental qui sont isolés et sans famille comme l'ont montré les résultats précédents.

Les résultats obtenus sont donc en accord avec ceux attendus mais nous insistons sur le fait que la population étudiée étant réduite, ils ne sont pas généralisables à l'ensemble de la population concernée.

Nous avons pensé voir apparaître un investissement des souvenirs de la vie passé de façon plus importante chez les sujets du groupe en glissement, ce qui a été le cas pour 2 sujets sur 3. or le résultat fortuit qui nous est apparu est que chez ces même sujets, le présent à connotation positive est également envisagé alors qu'avec présence d'éléments dépressifs ça ne devrait pas être le cas. A la lumière de l'étude plus précise de la singularité des sujets, il nous est apparu qu'il semble se produire une réactualisation au présent des souvenirs positifs passés. Ces souvenirs semblent s'aménager avec des symptômes somatiques pour le sujet 1 et un vécu hallucinatoire des proches pour le sujet 2.

Il semblerait donc que pour lutter contre la solitude et l'isolement, les sujets utilisent des éléments de leur passé dans le présent, au travers d'hallucinations ou d'hallucinoses.

Nous allons ensuite analyser les résultats les plus probants au cas par cas en essayant de leur donner une interprétation en fonction de la singularité de chaque sujet.

Il s'agit de déterminer ce qui dans la vie actuelle des sujets en glissement a pu constituer un choc psychologique qui les auraient précipités dans le glissement.

### **Sujet 1:**

Pour commencer, les premiers symptômes du syndrome de glissement sont apparus à la suite

d'une chute. Le sujet 1 avait vu son état se dégrader de façon très rapide depuis une chute qui l'avait handicapée. Cette chute avait généré des douleurs, une impossibilité de se déplacer, une perte d'autonomie pouvant être vécus comme un traumatisme et une atteinte directe au corps, et au narcissisme, la personne n'ayant plus la liberté de ses mouvements.

Il a probablement un narcissisme fragilisé par un corps qui ne répond plus aux attentes et qu'on peut mettre en lien avec les problématique de dégradation du corps dans le vieillissement. Le corps dégradé par la perte d'autonomie causé par le vieillissement et par la chute. Un corps qui devient un lieu de cristallisation des pertes inhérentes à l'avancée en âge.

Celle de la souffrance narcissique, le narcissisme comme investissement libidinal de l'image du corps. Les ruminations anxieuses sur l'idée de chute peuvent venir révéler toute la problématique de l'atteinte du corps avec l'écho à une chute antérieure vécue comme un traumatisme qui viendrait encore fragiliser le narcissisme du sujet.

Au cours des entretiens apparaissent le thème d'une grande anxiété de la chute. « L'idée d'une chute possible à tout instant. Cette idée peut avoir des conséquences comportementales: regard fixé au sol, recherche permanente de la proximité d'un appui, refus des propositions de voyages, refus de sortir de chez soi, parfois même refus de se lever de son fauteuil, c'est ce qui a été appelé par les gériatres: «le syndrome du fauteuil». Cette crainte survient souvent à la suite d'une chute avec station au sol prolongée pendant une partie de la nuit. Syndrome dit de «la tortue sur le dos».

Elle serait restée un « long moment allongé sans que personne ne vienne et sans pouvoir me relever », « oh, j'en ai marre, vous savez cette chute ça a été une catastrophe pour moi... »

Le sujet 1 a développé à partir de là un refus alimentaire, qui a entraîné une perte de poids conséquente. Ce qui est important à relever est le refus dans le sens de la volonté de ne pas se nourrir. Nous en avons d'ailleurs été témoin au cours du suivi.

A cela c'est rajouté un isolement, un alitement, le sujet ne souhaitant plus sortir de sa chambre ni de son lit.

Le laisser-aller a été rapporté comme brutal par l'équipe soignante.

La patiente a également montré une diminution de la négligence corporelle. En effet, constamment alitée au début, elle a ensuite commencé à changer de vêtements de nuit pour mettre des chemises de nuit féminines en satin. Elle nous a plusieurs fois signalé s'être « coiffée aujourd'hui » et s'être même mis de la crème sur le visage. Il a semblé que se produire un début de réinvestissement de la sphère corporelle. Peut-on néanmoins dire qu'il s'agit d'une conséquence de l'attention portée par l'équipe soignante? Nous pouvons aussi parler de

désirabilité sociale, soit le désir de donner une image positive de soi. Mais à travers le fait de donner une image positive de soi n'est-ce pas pour en avoir une positive soi-même?

Nous avons cependant pas remarqué de refus de communication avec l'équipe. Au fil des entretiens et de l'accompagnement, nous avons observé une amélioration de l'état général de cette patiente.

En ce qui concerne l'investissement des souvenirs, ce qui est prépondérant chez ce sujet c'est le passé à connotation positive. On peut expliquer ce constat par un investissement des souvenirs positifs, en réponse à un présent négatif qui illustre une réalité qui lui déplaît.

Nous voyons également dans les résultats que le futur n'est pas envisagé en positif, ce qui peut laisser penser que le sujet n'envisage rien de positif à venir pour lui.

La prépondérance des visions qu'on pourrait considérer comme prenant appui sur un trouble réel que sont les hallucinoses dues à Parkinson donne à penser qu'elle semble voir ce qu'elle a envie de voir comme son père et son mari et ne voulait pas voir sa mère donc ne la voit plus. Les hallucinoses au lieu d'être mal vécues, sont venues remettre en lien la pulsion de vie en remémorant des investissements libidinaux perdus ou éteints, les membres de sa famille qu'elle aime et qui sont morts. Elle vient revivre des souvenirs agréables, au travers des hallucinoses. Il pourrait finalement s'agir d'un aménagement d'un symptôme physiologique, les hallucinoses, qu'elle a mis à profit, au service de sa vie imaginaire en venant réactiver la pulsion de vie.

Chez ce sujet, les hallucinoses qui ont une origine physiologique pourraient être une base à la mise en place de croyances mystiques qui viendraient faire renaître la pulsion de vie. En effet, dans le cadre de nos rencontres, nous avons observé que c'est à partir du moment où le sujet s'est mise à investir ses visions en leur donnant une signification que nous avons observé un changement de comportement et une sortie de son état de retrait et d'apathie.

Le fait de donner une signification viendrait peut-être comme une double défense: d'une part elle voit des personnes décédées qui la réconfortent, donc vient être un lieu d'investissement de bons objets (son père et son mari). On peut voir que les pensées qui la dérangent et qui viennent interférer sont tout de suite rejetées (comme sa mère qui lui a « cherché dispute »). Deuxièmement, cette signification donnée aux visions sert peut-être à maintenir l'idée d'intégrité de son psychisme sur le mode investi mystiquement ou surnaturellement: « Si je les vois c'est un signe, ce n'est pas là pour rien donc je ne suis pas folle. »

Il y aurait donc deux bénéfices: d'une part le sujet dont l'environnement est pauvre en objets à investir aurait trouvé un lieu psychique qui permettrait à la pulsion de vie de se déployer ou de se fixer. Depuis elle se réalimente, recommence à accepter les soins.

Peut-être que l'énergie libidinale qui véhicule l'angoisse de mort vient se fixer dans les hallucinoses et qu'elle trouve des réponses qui permettent de diminuer l'angoisse. Comme par exemple quand elle demande à son père et son mari si elle va bientôt mourir et qui lui répondent que non. Elle vient peut-être projeter son désir de ne pas mourir donc sa pulsion de vie dans ce lieu psychique qu'elle a investi. On pourrait faire l'hypothèse que la pulsion de vie était libre, sans objet auquel se fixer et laissait donc place à la pulsion de mort à travers le « renoncement prématuré aux efforts qui permettent d'assurer la survie » (Monfort, 2001).

Comme indiqué dans le dictionnaire du corps: « ...l'instinct de vie à lui seul ne suffit pas et que, pour s'accomplir, il faut qu'il soit relayé par autre chose, notamment l'amour. Dans l'ordre humain, un corps biologique qui n'est pas soutenu par un corps libidinal, n'a aucune chance de survie. Par rapport à l'ordre vital, la pulsion présente donc une double face: tantôt une sorte de support, tantôt une sorte de peste. Si bien que, pour se conserver on peut manger comme on peut refuser de manger. » (Marzano, 2007).

Les résultats pourraient être interprétés de la manière suivante:

le futur positif jamais abordé pourrait se lire comme l'incapacité pour le sujet de se projeter dans un avenir qui pourrait être positif pour lui. La seule façon dont il nous dit envisager l'avenir, c'est de façon négative.

Le présent négatif étant très abordé, nous pouvons lire par là que la situation actuelle du sujet (dans la maison de retraite) lui est insatisfaisante.

Dans le cas de ce sujet, ce qui est évoqué en positif dans le présent sont ses visions qu'elle dit elle même rassurantes et qui l'occupent.

De la même manière, se sont les éléments à connotation positive du passé qui sont le plus souvent évoqués. Ce que nous pensons, c'est que le sujet s'est créé un espace psychique plein de souvenirs du passé, qui lui permettent de lutter contre le présent insatisfaisant. Ces mêmes souvenirs de ses proches qu'elle dit réconfortants, semblent être réactualisés dans le présent au travers de ses visions. Tout se passe comme si le symptôme des hallucinoses de Parkinson venait être mis au service de la patiente, comme un mécanisme de défense, une béquille à l'isolement et à l'absence de perspectives d'avenir réjouissantes.

## **Sujet 2:**

Pour le sujet 2, la dégradation était apparue à l'entrée en institution, que nous savons être également souvent vécu comme un événement traumatique chez les personnes âgées. Pour le sujet 3, l'annonce de la mort de son fils, avait aussi été le déclencheur d'un isolement, de refus



d'alimentation.

Les résultats indiquent que le passé à connotation positive est le plus abordé par le sujet, le deuxième étant le présent à connotation négative. De la même manière que pour le sujet précédent, nous pouvons interpréter ces résultats comme l'aménagement par le sujet d'un espace psychique réconfortant qui viendrait le sauver de la désintrication pulsionnelle et du glissement vers la mort.

En ce qui concerne le présent à connotation positive la patiente nous dira en effet souvent voir ses proches, et ce en dépit de son handicap visuel.

En hallucinant ses proches, le sujet viendrait construire une réalité moins douloureuse qui répondrait au besoin de combler la solitude imposée.

D'autre part, nous avons constaté chez ce sujet, une absence totale d'évocation du futur. Tout se passe comme si tout était investi par ce sujet dans le présent par des éléments du passé qu'elle se remémore et qu'elle vit dans d'ici et maintenant. L'absence d'évocation du futur pourrait être envisagée comme une projection négative, la personne ne pouvant faire aucun projet réjouissant, n'ayant pas par exemple la perspective d'être amenée dans sa famille le week-end, l'avenir étant trop douloureux à envisager, « sans espoir », toute l'énergie pulsionnelle serait mise au service du présent réaménagé.

En ce qui concerne le choc psychologique, nous savons que l'état de ce sujet a commencé à fortement se dégrader, lors de son entrée dans la maison de retraite. Nous pouvons penser que la cassure avec sa vie avant l'institutionnalisation, un isolement non souhaité ont pu générer le début du glissement.

### **Le cas du sujet 3 est particulier:**

Le sujet présentait déjà des signes symptomatiques de glissement. Or, la survenue du décès de son fils est probablement intervenue dans son évolution et dans les résultats.

Nous n'avons en effet pas trouvé pour ce sujet les résultats escomptés.

Le sujet évoque presque exclusivement le présent, à valeur douloureuse, par des plaintes somatiques répétitives et une insatisfaction des soins qui lui sont apportés.

Etant en deuil peu de temps après que nous ayons commencé un accompagnement, nous pensons que la perte de son fils a interféré.

Les résultats marquant concernent l'absence d'évocation totale du passé. Nous proposons à cela une hypothèse: le sujet, récemment traumatisé par le deuil de son fils, éviterai de penser au passé car celui-ci pourrait lui faire penser à son fils et provoquer de la souffrance et de

l'angoisse.

En défense contre cela, toute l'énergie psychique du sujet serait dirigée, cristallisée sur la plainte somatique dans le présent.

D'autre part, le futur n'est envisagé que sous un aspect négatif. Ce qui paraît logique puisque la personne présente des indices de dépression et, un deuil très récent. Les pertes sont encore possible, il parle d'ailleurs de l'angoisse que l'idée de la perte d'autonomie déclenche.

### **En ce qui concerne le groupe contrôle:**

#### **Le sujet 4:**

Il présente une évocation principale du présent. Il est à rappeler que le sujet est atteint par la maladie d'Alzheimer.

Ce qui est le plus abordé c'est le présent, sa vie dans la maison de retraite, ses angoisses actuelles, ses rapports actuels avec sa famille, ses enfants, sa belle-soeur.

Nous pouvons faire l'hypothèse que la patiente commence à vivre dans l'ici et maintenant. En ce qui concerne le passé, les seuls souvenirs évoqués sont teintés de négatif ce qui peut laisser penser qu'ils sont « imprimés » en mémoire émotionnelle et réapparaissent en boucle. L'état cognitif doit encore être suffisant pour permettre un souvenir raconté qui est le support du souvenir émotionnel.

Son évocation du futur concerne ses angoisses à savoir de l'intrusion et de la chute.

Les pleurs réguliers de la patiente pourraient être attribués à l'hyperémotivité inhérente à la maladie d'Alzheimer où les personnes atteintes vivent les émotions à des degrés beaucoup plus élevé que les autres.

Nous envisageons chez cette patiente, les souvenirs comme marqués en mémoire émotionnelle. Qu'il s'agisse de souvenirs réels ou non, la patiente réagit par les pleurs à leurs évocations. Quand il s'agit de souvenirs « agréables », elle le signale, même si elle pleure. C'est le cas de la même manière, à l'évocation de souvenirs négatifs.

#### **Sujet 5:**

Les résultats pour le sujet 5 concernent principalement le présent. Ce sujet souffre également de la maladie d'Alzheimer. En ce qui concerne le présent, ce qui est le plus prégnant sont les

angoisses qui émanent des pertes de mémoire qui se retrouvent aussi dans l'appréhension de l'avenir.

Ce qui apparaît dans l'évocation des éléments positifs concerne surtout ce qui tient à l'étayage familial. Le sujet envisage l'avenir au travers de perspectives qui la réjouissent de fête et de voyage en famille.

Cependant ce qui apparaît c'est que le passé positif est également beaucoup évoqué par le sujet comme chez les deux sujets du groupe en glissement.

Nous pourrions lire ce résultat comme l'effet de la perspective de la perte de mémoire. La patiente, bien informée sur les conséquences de sa maladie se remémore peut-être davantage les souvenirs positifs. Il s'agit peut-être d'un mécanisme inconscient, involontaire. Avec les données que nous avons, il nous est difficile de donner davantage d'interprétations.

### **Sujet 6:**

Chez ce sujet, c'est le passé à connotation négative qui est le plus abordé ainsi qu'en deuxième lieu, le présent à connotation négative.

La demande d'accompagnement était très présente chez ce sujet, fortement désireux de travailler sur ces angoisses actuelles et passées. Le résultat peut donc provenir du fait qu'en entretien, il abordait les sujets douloureux qui lui posaient question et sur lesquels il souhaitait réfléchir.

Ces sujet a aussi un étayage familial, qui lui offre aussi des perspectives dans un avenir proche. Le passé en positif est moins abordé, peut-être pour les raisons évoquées plus haut, le sujet souhaitant se sentir mieux, moins angoissé, il va davantage parler de ce qui lui pose problème, de ce qu'il ressent en négatif que du positif.

Ce résultat peut venir montrer un des biais de la recherche: la simple présence du chercheur modifie déjà le discours du patient et les données de recherche.

Pour ce qui est de la place du chercheur et même du thérapeute, on peut se poser également la question du maintien des symptômes pour continuer à avoir une présence à ses côtés.

Même si le matériel a été analysé dans l'après coup, il est tout de même issu d'un contexte particulier et d'une rencontre singulière qui en soi donne probablement d'ores et déjà une teinte non neutre au matériel. Il s'agissant de la rencontre à un moment donné de deux subjectivités, nous avons essayé d'objectiver au maximum le matériel en employant un traitement systématique.

### **Groupe contrôle:**

En ce qui concerne le groupe contrôle, à chaque fois que le futur est évoqué en positif, il s'agit de perspectives familiales, ce qui est absent dans le groupe expérimental. Nous pouvons voir les membres de la famille comme autant d'objets à investir libidinalement, qui participent à maintenir un rapport au monde extérieur, un champ d'investissement et de lutter contre la désintrication pulsionnelle.

Nous pouvons en déduire que le groupe contrôle étant moins isolé, ayant des perspectives d'avenir réjouissantes, il leur est moins nécessaire de se « raccrocher » au passé, puisqu'ils ont encore la possibilité d'investir des objets du présent ou du futur.

### **Notre recherche mérite quelques réflexions sur ses limites:**

D'autre part nous souhaitons insister sur le fait qu'il s'agit de nos interprétations personnelles et donc tout autant subjectives du matériel clinique. En effet, même si nous avons essayé d'objectiver le matériel par des résultats chiffrés, afin de mettre en lumière des tendances, il n'en demeure pas moins que nous sommes dans une démarche confirmatoire.

Nous avons essayé de minimiser ce biais par la mise en place d'un classement des éléments recueillis, le danger d'adopter une démarche confirmatoire continue à résider dans le fait d'aller chercher les informations qui confirment nos idées. L'interprétation subjective des résultats va dans ce sens.

Pour essayer de contrer ce biais, nous avons relevé les thèmes généraux du discours de chaque sujet que nous avons ensuite classé strictement selon leur dire. Nous n'avons pas tenu compte du discours factuel à savoir sans affect exprimé par les sujets.

On aura tendance dans une analyse qualitative de chercher les indices qui vont dans notre sens donc même si nous avons une grille pour sélectionner certains indices représentatifs, dans le discours tout ce qui ne rentre pas dans ces cases risque d'être ignoré et crée le risque de passer à côté d'indices qui auraient justement prouvé le contraire.

D'un point de vue déontologique, des remarques sont à faire. Nous avons parlé au départ du syndrome de glissement comme équivalent suicidaire. Il pourrait alors nous être opposé l'idée du respect du désir de mourir, d'en finir, d'un point de vue éthique, on peut se questionner. Or ce que les résultats ont semblé montrer, c'est que les sujets sont demandeurs d'une prise en charge, d'un soutien, d'un accompagnement voire simplement d'une présence. Prévenir le

syndrome de glissement pourrait donc commencer par la mise en place de visites régulières, et d'éviter de laisser les patients s'enfoncer dans une solitude désespérante. Nous ne parlons pas ici de thérapeutique au sens propre mais de venir se placer comme un étayage.

Nous pourrions également aborder le sujet du « délire mis en place par les patients ».

D'un point de vue moral il pourrait être critiqué le fait que nous « incitions » le patient à y rester. Mais il est nécessaire d'adapter cette réflexion à la population des personnes âgées. Il ne s'agit pas de diminuer le symptôme pour permettre par exemple une adaptation sociale comme chez les plus jeunes. En effet, si le délire permet à la personne âgée qui est seule, et désespérée, de l'être un peu moins, nous soutenons l'idée qu'il n'est pas recommandé de réorienter la personne vers la réalité mais de lui permettre de maintenir en place cet espace psychique qui peut l'accompagner de façon plus douce dans les derniers temps de sa vie.

Aujourd'hui, chaque soignant ne peut agir qu'avec le consentement de la personne soignée. Mais dans le syndrome de glissement, la personne fait le choix de refuser les soins et donc par voie de conséquence de mettre sa vie en danger. La question du positionnement des soignants se pose et au delà celle du droit de regard sur son propre corps. Nous pouvons rajouter à cela la question du consentement éclairé. Jusqu'où peut-on considérer qu'une personne fait des choix pour son bien? Et alors que faire lorsque ce dernier est lié à un désir de mourir? Si ces questions se posent c'est parce qu'elles soulignent un problème dont la complexité ne permet pas de donner une réponse nette et précise. Notre positionnement est cependant clair. En posant la question différemment, et en prenant l'angle de la souffrance, nous pensons qu'il est nécessaire de la limiter au maximum, et d'aller proposer l'aide, dans l'objectif premier de rompre la solitude surtout chez une population qui n'est pas très familière à l'approche psychologique ou que la pudeur enferme souvent dans une douleur muette.

Un autre point est à souligner. Il s'agit de la polymédication. Nous savons qu'il existe des interactions ayant des effets secondaires, à partir d'un certain nombre de médicaments. Cependant, ses interactions et leurs effets secondaires sont méconnus et les personnes âgées sont pourtant très souvent confrontées à ce phénomène.

Nous pouvons donc nous poser la question de savoir si certains de ces symptômes ou comportements de la personne âgée que l'on attribue à d'autres sources seraient imputables à ces interactions méconnues.

A cela se rajoute que le syndrome de glissement est difficile à étudier. En effet de par sa nature même, il ne permet pas certains types d'études. Par exemple, les études longitudinales sont

impossibles du fait de la dégradation parfois extrêmement rapide des personnes.

Il est également à souligner la complexité qui émerge des interactions entre maladies somatiques, dégénérescence neurologique, et problématiques du vieillissement qui rendent complexe la compréhension et l'attribution des symptômes.

La convergence d'autant de facteurs permet de donner une éventuelle tendance mais demanderait de créer des groupes où l'on aurait isolés ces caractéristiques. Or seraient il alors représentatifs d'une population qui voit de plus en plus l'émergence de ces maladies neurodégénératives?

En effet, nous n'avons pas isolé ces facteurs, le faible nombre de notre population ne le permettant pas.

Pour ce qui touche à la procédure, les échelles d'auto-évaluation ont été proposées en hétéro-évaluation. En effet pour des personnes étant alitées voire ayant des problèmes de vue l'auto-évaluation était difficilement envisageable. Pour cette raison nous avons fait passer les tests de manière à pouvoir s'assurer de la bonne compréhension des items par les sujets. Mais cette procédure comporte déjà un biais en soi. En hétéro-évaluation, les réponses données en direct sont peut-être aménagées par le sujet dans l'optique d'une désirabilité sociale dans le but par exemple de plaire à celui qui le fait passer.

Orne (1962)<sup>19</sup> a montré que l'influence exercée par la situation de recherche sur le sujet est associée à ce qu'il nomme la « perception subjective des caractéristiques de la situation ». Selon cet auteur, les sujets ne sont pas complètement neutres lorsqu'ils participent à une recherche: ils désirent quelquefois aider le chercheur en fonction de la propre perception de leurs attentes. Dans ce cas, peut-être les sujets avaient ils perçus dans la recherche comme dans la relation thérapeutique, l'attente d'une amélioration de leur état et sont donc allés dans le sens d'une amélioration.

Nous pouvons également nous poser la question déjà posée par certains auteurs du syndrome comme équivalent dépressif, notre recherche ayant mis en lumière une possible présence de dépression comme facteur constitutif du syndrome, elle ne permet cependant pas de savoir si il est une conséquence de la dépression ou si la dépression en est une des composante.

---

<sup>19</sup>Orne cité In Lavarde 2008

### **Ce que donnent à penser les résultats:**

Il serait donc nécessaire de prolonger la recherche à plusieurs établissements, de façon à avoir des échantillons plus variés et plus importants. En ce qui concerne l'approche thérapeutique du syndrome de glissement, nous pourrions si les résultats d'une étude à plus grande échelle le confirment, proposer d'essayer au cours des entretiens de renarcissiser autant que possible les patients.

Nous avons opté pour ce moyen dès que possible, par exemple en insistant sur « la meilleure mine que la recontre précédente ». Nous avons constaté que c'est à partir de ce moment là que des efforts vestimentaires et esthétiques ont été fournis par le sujet 1.

En effet, si le narcissisme est fragilisé du fait d'un corps en perte d'autonomie et qui se dégrade, améliorer l'image que la personne a d'elle même est un moyen concret de potentiellement éviter un glissement.

D'autre part, comme nous l'avons évoqué plus haut, rompre l'isolement des personnes âgées peut passer par le thérapeute, l'équipe soignante, le contact avec les autres résidents, par l'intermédiaire par exemple de la participation à des ateliers dans la mesure du possible.

D'un point de vue pratique il s'agit d'éviter tout ce qui peut être la source d'un enlissement. Solliciter par exemple la prise des repas en groupe et ne pas systématiser les repas seuls dans les chambres. Cependant, le syndrome de glissement ayant des conséquences physiques comme l'alitement, ces moyens sont parfois difficile à employer et la frontière est mince entre la volonté de s'isoler et un isolement qui découle par exemple d'une incapacité à se lever.

C'est pourquoi la relation thérapeutique ainsi que la relation avec l'équipe soignante, par l'écoute active peut offrir un nouveau champ de relations à investir.

Ainsi, il est possible lorsque l'on détecte des signes qui font penser au syndrome de glissement chez un patient, de proposer un soutien, qui selon nous peu éviter qu'il en connaisse une issue fatale.

D'autre part, lorsque les signes potentiels de l'étiologie du syndrome font leur apparition, il serait possible d'intervenir de la même façon préventivement.

Informé les équipes soignantes est important puisqu'elles jouent aussi un rôle dans la vie quotidienne du résident de l'institution, en étant parfois les seules relations sociales de celui-ci.

### **Les outils:**

En ce qui concerne les outils utilisés dans notre démarche, plusieurs ont été conçus

spécifiquement pour notre recherche.

En effet, il nous a été difficile de trouver des outils spécifiques aux personnes âgées. Beaucoup ne sont pas encore adaptés aux personnes âgées. Pour répondre à ce manque nous avons essayé de mettre en place des échelles qui permettent de rechercher les indices, de façon rapide puisque les ressources cognitives de la personnes âgées sont souvent plus réduites que pour les autres populations.

Ainsi, au terme de cette discussion, nous pouvons conclure que le syndrome de glissement est une entité difficile à étudier, de par sa nature même qui conduit à la mort mais également par la complexité de la population des personnes âgées et aussi par le manque d'outils de mesure adaptés à cette population.

D'autre part, étant une urgence gériatrique, il nécessite une prise en charge adaptée et rapide.

Il serait intéressant de pouvoir reproduire une recherche similaire, à une population plus étendue, et avec des outils spécifiques de façon à peut-être permettre aux personnes âgées qui souffrent de ne plus en arriver à l'extrême de renoncer à la vie.



## CONCLUSION

Ainsi, l'analyse effectuée au cours de notre recherche nous conduit à dégager plusieurs points.

D'une part, nous avons pu constater que les personnes âgées institutionnalisées sont en proie à de nombreuses et douloureuses problématiques. Il s'agit de la vigilance à apporter aux personnes âgées.

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 autant de facteurs qui peuvent participer à l'apparition d'un état dépressif.

Si il n'est pas pris en compte ni en charge, cet état peut conduire la personne âgée à refuser les soins nécessaires à sa survie et s'enfoncer dans un syndrome de glissement. Un choc psychologique est souvent le détonateur du syndrome.

Ce qui nous est apparu dans notre recherche est surtout la peur de la chute présente chez tous les sujets et l'expérience d'une chute effective chez les sujets en glissement.

Cette atteinte traumatique, attaque encore un peu plus un narcissisme déjà fragilisé par les pertes du grand âge.

Nous sommes allés chercher en amont du choc traumatique, quels peuvent être les éléments qui associés fondent le terrain fragilisateur et propice à l'apparition du syndrome.

Mais il semble apparaître qu'une prise en charge régulière, la présence active de l'équipe soignante, la prise en compte des plaintes dans leur valeur pathologique et non pas usuelles, peut favoriser une amélioration de l'état général.

Nous avons aussi soupçonné une tendance à l'apparition de délires comme mécanismes de défense que nous pensons venir en contre pied du retour à l'état anorganique comme une dernière tentative de maintien de la vie et de la vie psychique.

Nous pouvons alors nous poser la question de l'apparition des démences. Les démences que l'on attribue au grand âge, sans nécessairement de sous bassement neurodégénératif. La démence au lieu de les considérer comme mécanisme dégénératif, ne pourrait t-elle pas venir comme un dernier recours avant un effondrement psychique total?

Ainsi, il serait intéressant de pouvoir élargir cette recherche à une population plus vaste afin de

vérifier à plus grande échelle si il est possible de considérer le syndrome de glissement comme un syndrome curable, et ainsi permettre aux personnes touchées de clore leur vieillesse non pas dans la souffrance mais accompagnées et de façon plus douce et sereine.

## 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 « défectologique » à un modèle « ontogénique ». *Gérontologie et société*, 123, 13-29.

Bazin, N. (2002). Syndrome de glissement: un équivalent dépressif? *La Revue de Gériatrie*, 27, 371-372.

Ferrey, G. & Le Gouès, G. (2008). *Psychopathologie du sujet âgé*. Paris: Elsevier Masson.

Frémont, P. (2004). Aspects cliniques de la dépression du sujet âgé. *Psychologie et Neuropsychiatrie du Vieillissement*, 2, 19-27.

Jean-Strochlic, C. (2009). Pourquoi les pulsions de destruction ou de mort d'André Green. *Revue française de psychanalyse*, 73, 571-584.

Lavarde, A-M. (2008). Guide méthodologique de la recherche en psychologie. Bruxelles: De Boeck.

Lemaire, P., & Bherer, L. (2005). *Psychologie du vieillissement, une perspective cognitive*. Bruxelles: De Boeck.

Marzano, M. (2007). *Dictionnaire du corps*. Paris: Presses Universitaires de France.

Monfort, J.-C. (2001). Spécificités psychologiques des personnes très âgées. *Gérontologie et société*, 98, 159-187.

Monfort, J.-C. (2001). Quels sont les facteurs de risque de la crise suicidaire relatifs aux personnes âgées? In Fédération française de psychiatrie, *La crise suicidaire: reconnaître et prendre en charge: Conférence de consensus, 19, 20 octobre 2000, Paris, Hopital de la Salpêtrière* (pp. 131-154). Paris: John Libbey Eurotext.

Pellerin, J., & Pinquier, C. (2002). Le syndrome de glissement: un marqueur de la dépression? *La Revue de Gériatrie*, 27, 197-201.

Péruchon, M. (2006). Structure et déstructuration à la sénescence. *Annales Médicopsychologiques*, 164, 601-606.

Péruchon, M. (2009). Figures de l'hypercomplexité en gériatrie, ou du destin des forces de déconstruction et de construction. *Cliniques méditerranéenne*, 79, 91-101.

Simeone, I. (1990). Les aspects psychodynamiques des troubles de comportement chez le sujet sénéscent et leur approche psychodynamique. *Santé mentale au Québec*, 15, 33-46.

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.

Vidal, P. (2005). Stress postopératoire de la personne âgée. In *Emotion et traumatisme. Le corps et la parole* (pp. 44-66). Paris: Elsevier Masson

# TABLE DES ANNEXES

