



HAL
open science

Le psychologue, le sujet dément, l'institution et la clinique : du mortifère au transitionnel

J.-M. Talpin

► **To cite this version:**

J.-M. Talpin. Le psychologue, le sujet dément, l'institution et la clinique : du mortifère au transitionnel. NPG: Neurologie - Psychiatrie - Gériatrie, 2020, 20, pp.192 - 197. 10.1016/j.npg.2020.01.004 . hal-03492337

HAL Id: hal-03492337

<https://hal.science/hal-03492337>

Submitted on 22 Aug 2022

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.



Distributed under a Creative Commons Attribution - NonCommercial 4.0 International License

Le psychologue, le sujet dément, l'institution et la clinique : du mortifère au transitionnel

The psychologist, the demented subject, the institution and clinical practice: from deadly thoughts to transitionality

Jean-Marc Talpin
Pr de psychopathologie et psychologie clinique

Titre abrégé : Le psychologue, le sujet dément, l'institution, et la clinique.

Short title: The psychologist, the demented subject, the institution and clinical practice.

CRPPC, Université Lumière-Lyon 2, 69676 Bron Cédex

33 avenue Eugène Gilbert, 03200 Vichy

jean-marc.talpin@univ-lyon2.fr

06 11 63 20 94

Résumé

Le travail du psychologue en institution auprès de sujets âgés présentant des troubles cognitifs de type maladie d'Alzheimer a à prendre en compte deux dimensions principales qui sont en lien de complémentarité ou d'opposition : la dimension institutionnelle caractérisée par la spécialisation des établissements et le développement du secteur privé lucratif ; la psychopathologie de ces sujets, ici étudiée autour de dimensions en lien avec le narcissisme et les angoisses primitives, et à partir de ce moment clé qu'est le début du séjour en institution. Ces différentes dimensions, explorées à partir du matériel présenté en groupes d'analyse de la pratique, seront traitées dans la logique du paradoxe et de la créativité dans le travail avec les âgés, les familles et les professionnels.

Mots-clés : maladie d'Alzheimer ; narcissisme ; paradoxe ; travail du négatif ; transitionnalité

Abstract

The work of the psychologist in an institution with elderly persons with cognitive disorders of the Alzheimer type needs to take account of two main dimensions that are related in both complementary and opposite manner: the institutional dimension, **characterized** by the **specialization** of institutions and the development of the private profit sector on the one hand and the psychopathology of the residents on the other, here studied by way of dimensions related to narcissism and primitive anxieties, starting from the key moment formed by the beginning of the stay in an institution. These different dimensions, explored using the material presented in practice analysis groups, will be addressed in the logic of paradox and creativity in work with older people, families and professionals.

Keywords : Alzheimer's disease; narcissism; work on the negative; paradox; **transitionality**

Pour développer une réflexion sur le travail du psychologue en gériatrie, il faut distinguer deux registres :

1. L'un relève du métacadre, du cadre institutionnel et de l'évolution des institutions. Il sollicite lui-même deux sous-registres [1] :

- la spécialisation ainsi qu'en témoigne par exemple l'apparition de la gérontopsychiatrie, des unités spécialisées Alzheimer...

- le passage de l'associatif caritatif aux sociétés privées à but lucratif (privatisation)¹.

2. L'autre relève des cliniques du vieillissement normal et pathologique et des théorisations de ces cliniques, en particulier, pour ce qui nous intéresse ici, les modèles des troubles cognitifs d'apparition tardive, qui ont des effets importants sur la pratique des psychologues à trois niveaux : celui de sa clinique directe auprès de ces sujets et celui de sa clinique indirecte avec les familles ou de celui avec les **professionnels/les** (qui sont très majoritairement des femmes). Ces deux registres sont intriqués, qu'ils entretiennent des relations circulaires, de relance, d'antagonisme, de conflit... tout ceci sur fond de représentations sociales du vieillissement, elles-mêmes touchées par les évolutions sociétales.

Cliniques des institutions

Le point concernant l'évolution des institutions importe à deux égards : il dit le cadre d'inscription du psychologue et de ses pratiques professionnelles, les enjeux sociaux et sociétaux d'arrière-fond, ainsi que les enjeux pour les sujets accueillis, les autres professionnels et les familles.

Le métacadre institutionnel se caractérise d'abord par la création d'institutions spécifiques pour les personnes âgées, a fortiori pour les personnes âgées dépendantes cognitivement, création qui s'est faite progressivement, au fur et à mesure de la prise en compte des besoins spécifiques des vieux, de leur augmentation quantitative et de l'évolution de la société qui a conduit à moins garder « ses vieux », de plus en plus vieux, à la maison, et ce pour différentes raisons.

Que produit le fait de « sortir », d'extraire les vieux de la catégorie des adultes, ce dont témoigne particulièrement la création des services et unités de **gérontopsychiatrie** depuis une vingtaine d'années ? Avec Moscovici [2], nous proposons qu'il y a une « naturalisation » de ces catégories et représentations sociales qui deviennent alors muettes, déposées qu'elles sont dans le cadre [3]. L'analyse permet d'en prendre en compte les effets. Il en va de même pour la création des nombreux dispositifs actuels et des catégorisations dont ils témoignent, à la croisée du médical, du social, de l'économique, de l'organisationnel, du psychique...

Ces catégorisations appareillées à différents types d'institutions répondent conjointement à deux visées sociales, l'une négative, l'autre positive :

- La première est une visée d'exclusion, le plus souvent inconsciente, niée ; il s'agit de mettre à l'écart les vieux, qu'ils soient fous ou déments d'Alzheimer. Il n'est à cet égard qu'à voir comment les vieux sont aisément soupçonnés d'emboliser des lits à l'hôpital.
- La seconde est une visée de qualité de la prise en charge : les catégories et sous-catégories sont alors pensées comme permettant d'identifier les besoins spécifiques des **sous-populations**, à supposer au demeurant qu'ils soient homogènes, et de créer

¹ Une enquête du quotidien régional la **Montagne**, en juin 2019, classait les Ehpad du département de l'Allier par ordre de prix de journée : les Ehpad publics ou privés associatifs étaient tous dans la première partie de la liste (les moins chers), les Ehpad du privé lucratif étaient tous dans la seconde (les plus chers).

des dispositifs permettant d'y répondre. C'est un des points sur lesquels l'approche clinique du psychologue est importante, dans la tension entre catégorie et singularité.

- Pour terminer sur ce point, l'exemple des unités Alzheimer ou des PASA (Pôle d'Activités et de Soins Adaptés) est intéressant : qui y adresse-t-on ? pourquoi ? avec quels effets pour le vieux, pour ceux qui étaient avec lui dans une autre unité, pour les soignants de celle-ci, pour sa famille ? Le travail du psychologue peut permettre d'affiner la réflexion autour de ce qui doit être une indication dans le soin, alors que la dimension disciplinaire, voire rétorsive, vis-à-vis des patients ayant des comportements qui troublent, n'est pas rare.

Ces catégorisations produisent des effets complexes, tantôt parce que les catégories et les institutions afférentes ainsi définies se recoupent, tantôt parce que certains vieux semblent n'entrer dans aucune catégorie ni, donc, dans aucune institution. Pour le clinicien, il y a là un artefact à penser dans des logiques défensives vis-à-vis de la rencontre avec des vieux dont la clinique est complexe. Ceci a conduit à la création tantôt d'unités spécialisées, en particulier les PASA ou les UHR (Unité d'Hébergement Renforcé) tantôt d'unités mixtes, comme les UCC (Unité Cognitivo-Comportementale) qui, pour ne rien simplifier, relèvent soit de la gériatrie, soit de la neurologie, soit de la psychiatrie, en fonction d'enjeux locaux non seulement cliniques mais aussi économiques, historiques et de pouvoir. Les cliniques rencontrées en UCC ne sont pas tout à fait les mêmes en fonction de leur inscription institutionnelle qui renvoie aussi à des modèles théoriques, donc à des modes de prise en charge, différents. Ceci souligne que la commande vis-à-vis des psychologues peut fortement varier, allant de la réduction comportementale des symptômes à la prise en charge des souffrances singulières et groupales.

La multiplication des types d'établissement, selon les durées et les modalités de séjour, selon les problématiques des personnes accueillies, selon le standing et le coût aussi, ont conduit au développement d'institutions dont la vocation est la coordination, la mise en réseau, tels les CLIC (Centre Local d'Information et de Coordination) ou les MAIA (Maison pour l'Autonomie et l'Intégration des Malades d'Alzheimer). Des psychologues cliniciens peuvent y participer, tantôt dans une logique d'organisation, tantôt dans une logique d'orientation.

Après ce premier axe relatif aux catégories et aux différents types d'institutions accueillant des vieux qui sont aussi des lieux de pratique des psychologues, nous allons développer le deuxième axe annoncé que nous avons nommé ailleurs « la privatisation des vieux » [4]. En effet, si longtemps la prise en charge des vieux a relevé des institutions religieuses, militaires ou mutualistes, associatives, depuis la fin du XX^{ème} siècle un nouveau mouvement s'est amorcé : la création d'établissements pour sujets âgés (résidences-services, cliniques, Ehpad) par de grands groupes financiers cotés en bourse qui investissent ce domaine dans une logique marchande, avec l'objectif de distribuer des bénéfices aux actionnaires ou d'alimenter des fonds de pensions. Ce modèle en plein développement est marqué par des reconfigurations régulières du fait de jeux d'alliances ou de rachats, ce qui a des effets :

- sur la stabilité des établissements,
- sur le mode de pratique des psychologues et sur les attentes vis-à-vis de ceux-ci, avec dans certains cas une attention particulière, et complaisante, aux attentes des clients,
- sur les personnes accueillies qui doivent être suffisamment riches, ce qui entraîne des enjeux sociaux, de classe, entre les accueillies et les professionnels, en particuliers les moins diplômés et les moins bien payés, sans parler des enjeux parfois racistes,

- sur les familles qui sont souvent plus ou moins les payeuses et sollicitent les professionnels sur un mode marchand.

Différents opérateurs permettent de classer, autant que faire se peut, les institutions gériatriques et de relever différents registres au sein des enjeux institutionnels, registres que nous retrouverons comme éléments de problématique du champ dans lequel interviennent les psychologues : institution au domicile de l'âgé / institution comme domicile (de substitution) de l'âgé. Selon le lieu de son exercice, les pratiques des psychologues ne peuvent pas être les mêmes.

Ce premier couple renvoie à un autre, lieu de soin / lieu de vie (et/ou de mort) : si certains lieux gériatriques sont clairement désignés comme lieux de soins dans le cadre des services hospitaliers, d'autres sont à la fois des lieux de vie et de soin, ce dont rendent compte les triples financements des Ehpad (hébergement, dépendance et soins) et les conventions tripartites. Les dimensions vie et soin peuvent former un paradoxe aux destins différents, selon qu'il est **incontenu** ou contenu [5], source de désorganisation ou de créativité, ce qui jouera sur la clinique et les pratiques du psychologue. Il conviendrait aussi de voir comment est prise en compte la dimension de la mort, entre déni et écrasement par celle-ci. Là encore, en intégrant cette dimension du négatif, le psychologue peut introduire du jeu, de la transitionnalité, ainsi que nous le verrons à la fin de notre propos.

Ceci peut conduire à des clivages dans les profils de postes et les commandes faites aux psychologues, en particulier entre les pratiques cliniques auprès des résidents et les pratiques institutionnelles. Dans certains Ehpad, les psychologues sont cantonnés au travail clinique avec les résidents (évaluation et/ou suivi, éventuellement entretien d'accueil et projet personnalisé) sans avoir le droit d'animer des réunions, quand dans d'autres ils sont dits « psychologues institutionnels », n'ayant alors pas le droit de rencontrer les résidents, ce que beaucoup vivent avec une grande frustration.

Après avoir entendu de nombreux psychologues sur ces questions, et sachant que beaucoup trouvent complexe d'intervenir sur le plan des cliniques individuelles et/ou familiales et sur celui de la clinique institutionnelle, on peut soutenir a contrario que pouvoir travailler (dans) les deux registres permet d'articuler clinique directe et d'arrière-fond. Le travail avec les équipes, l'aide qui peut leur être apportée dans la compréhension des patients ou résidents, aura un effet pour le patient lui-même. La question du travail institutionnel est plus complexe, et néanmoins fort riche, lorsque le psychologue est invité ou doit participer aux réunions de cadres, d'équipe de direction : selon les logiques institutionnelles, ceci peut le mettre dans une position perverse, l'installant dans un conflit de loyauté institué, ou, au contraire s'inscrire dans une logique qui se rapproche plus ou moins de la psychothérapie institutionnelle qui vise à penser l'institution comme dispositif à dynamiser pour qu'elle reste dans une logique du soin, dans une réelle dynamique.

Cliniques du vieillissement avec troubles cognitifs

Le deuxième axe d'analyse quant au travail du psychologue, axe qui interagit avec le premier, est celui de la clinique des sujets atteints de troubles cognitifs, des effets de cette clinique sur le psychologue, sur les équipes et sur les familles qui sont le plus souvent elles-mêmes en lien avec les équipes.

Avant d'entrer dans le détail de cette (ces) clinique(s), il faut souligner un point qui a une importante incidence : l'augmentation conséquente de l'âge moyen d'entrée en institution

(autour de quatre-vingt-cinq ans). Cette augmentation va de pair avec le fait que les nouveaux résidents présentent des problèmes somatiques et/ou cognitifs importants (qui rendent souvent la création de liens difficiles) et avec le fait que leur durée de séjour se réduit dans la mesure où un nombre plus important qu'avant meurt dans l'année. Ceci ne peut qu'affecter les équipes dont les psychologues, mais aussi les autres résidents, et se répercute en partie sur les rencontres de ces âgés avec les professionnels en terme de tristesse, de dépressivité, de dépression ou d'angoisse.

L'entrée tardive des âgés en établissement mobilise non seulement la question de la proximité de la mort mais aussi celle des troubles cognitifs avancés. Il est souvent question de mort psychique à propos des démences ; ce terme (cette représentation) de « mort psychique » est impropre dans la mesure où, y compris dans les cliniques démentielles très avancées, il reste de la vie psychique, pour autant que le clinicien dispose d'appuis conceptuels lui permettant de la penser et qu'il désire et puisse mettre en œuvre des dispositifs cliniques lui permettant de la faire émerger à nouveau ou de la soutenir, autant dans des dispositifs singuliers que groupaux ou familiaux, de parole que médiatisés. Et ceci même si cette émergence est le plus souvent fragile et précaire. Cette représentation du dément comme « mort psychique » témoigne des désirs de mort à l'égard de celui-ci et du fait qu'il est alors contaminé par le « faire le mort psychologiquement » du sujet qui se présente comme dément, au prix d'une intense inhibition des processus de pensée.

Les effets de l'entrée tardive en institution de sujets présentant des troubles cognitifs importants méritent de s'y arrêter : en effet ces sujets ont de grosses, voire très grosses difficultés à (se) construire des repères temporo-spatiaux et à établir des liens interpersonnels, sinon intersubjectifs, difficultés auxquelles participent aussi les amnésies, aphasies et agnosies. De ce fait, la non liaison sera prépondérante entre les résidents tandis que les professionnels seront soit ignorés par ces sujets dans la même logique de non liaison, soit surinvestis comme objet de dépendance, d'attachement, voire d'agrippement. La psychopathologie démentielle, en deçà de la problématique dépressive, peut avoir des effets mortifères déliant dans les institutions gériatriques aussi une partie du travail du psychologue est du côté du soutien aux équipes, et par des apports, et par le soutien au travail psychique de symbolisation, donc de liaison, de celles-ci.

Pour autant, la rencontre du psychologue avec le sujet présentant des troubles cognitifs majeurs et entrant tardivement en institution est elle aussi rendue difficile par ceux-ci. Dans ces circonstances, le psychologue peut avoir besoin de s'étayer sur des connaissances relatives à l'âge extérieures au champ de la rencontre avec lui, qu'elles soient transmises par la famille ou par les professionnels. Dans les deux cas, il est nécessaire d'avoir une écoute clinique des « informations » recueillies et de celui ou celle qui les transmet : pourquoi et pour quoi le fait-il ? Comment cela affecte-t-il la représentation que le professionnel se fait du sujet ? Comment ces « informations », qui parlent de l'âge mais aussi de la relation de celui qui les donne à l'âge, participent-elles à la formation des représentations du psychologue et à l'orientation de son écoute ?

Afin d'approfondir l'analyseur proposé plus haut, nous allons nous arrêter sur l'entrée et les premiers temps du séjour du sujet âgé. Une partie de la problématique tient au fait qu'il s'agit de la rencontre d'au moins deux institutions : l'Ehpad (ou autre : l'hôpital, le service à domicile, le médecin ou service social qui oriente) et la famille. Il y a là un travail spécifique du psychologue quant à l'écoute des familles dans une autre logique que celle de la direction de l'Ehpad, ou du moins dans une logique décalée par rapport à cette dernière, en particulier dans les groupes privés où il s'agit de garder le client, d'avoir le moins possible de lits vides.

Ceci mobilise tout un travail sur la séparation et son traitement au sein de l'appareil psychique familial [6] et ce qui s'en rejoue éventuellement au sein des équipes, dans la logique de ce que Pinel [7] a décrit comme homologie fonctionnelle. Par ce terme cet auteur, qui s'appuie sur les travaux de Bleger [3], signifie que l'institution et les équipes qui la composent ont tendance à fonctionner sur des modalités psychiques, ou dépsychisées, propres aux personnes qu'elles accueillent. Lorsqu'il s'agit de sujets présentant des troubles cognitifs importants, la dimension de la perte de sens est prédominante, qu'elle se manifeste par la dépression, l'épuisement professionnel du fait de la perte de sens et de la lourdeur des prises en charges, ou par un fonctionnement opératoire réactionnel à la désorganisation que peuvent faire vivre les troubles cognitifs avancés.

Ceci suppose un travail double pour le psychologue : d'une part sur l'accompagnement de la séparation et le lien, ceci en particulier afin de différencier séparation et arrachement ou abandon, d'autre part sur l'articulation institution/famille et les dispositifs afférents.

Ainsi, le travail du psychologue relève :

- de la clinique directe au regard des enjeux psychiques des sujets présentant de troubles cognitifs ;
- de la clinique auprès des équipes en particulier quant aux effets de ces troubles cognitifs et aux enjeux institutionnels évoqués précédemment ;
- ces deux dimensions sont présentées de manière intriquées au regard des différents points de problématique de la clinique des sujets atteints de troubles cognitifs tardifs.

Clinique directe des démences

Le sujet dément sera ici caractérisé par quatre aspects, dans une autre logique que celle des difficultés ou déficits cognitifs : fermeture, agrippement, dépôt dans l'autre et assignation, aspects qui s'inscrivent tous dans la question de ce qui est interne et externe mais aussi internalisé ou externalisé dans le psychisme de chaque sujet.

La notion de fermeture recouvre le fait que le processus d'identification semble bloqué parce qu'il n'y a plus guère d'investissements objectaux, sinon sur les objets du passé (l'agrippement du paragraphe suivant). De plus, lorsqu'il y a investissement, il s'effectue sur les modes archaïques de l'imitation, voire de l'identification adhésive, du collage. Cette fermeture au présent qui aurait pu fournir de nouvelles figures identificatoires soutenant le devenir vieux va de pair avec l'agrippement.

En effet, le sujet dément s'agrippe à une identité passée et à des figures identificatoires souvent figées par l'idéalisation (en positif ou en négatif), confirmant en quelque sorte l'adage « on ne peut pas être et avoir été », qui dénie de manière inquiétante tout le travail psychique de transformation, d'intégration, d'intrication. Il se fossilise dans son agrippement à ne rien savoir ni du présent (et encore moins du futur) ni des parts du passé qui n'ont rien perdu de leur pouvoir de menace. Cet agrippement peut aussi prendre pour objet le corps de l'autre afin de lutter contre l'angoisse d'abandon et sans doute l'angoisse de néantisation lorsque le « sujet » est seul.

L'assignation identitaire est pour partie corrélée à l'incomplétude identitaire (qui est ontologique mais prend des formes et modalités particulières chez les sujets présentant des troubles cognitifs de type démentiel). Ce sujet reçoit son identité, ramenée à celle de dément (comme si en miroir, il avait besoin de s'agripper, de fixer) de l'autre, familial ou professionnel. D'où l'importance clinique et psychothérapeutique de maintenir l'indécidabilité, de ne pas fixer ce sujet à sa maladie, ni même à tel ou tel trait saillant de son identité proposée par lui-même ou par ses proches (métier, père, mère, époux.se, etc.). Cette

assignation par les tiers répète souvent celle, tout aussi défensive, du sujet lui-même qui se réclame d'une identité non seulement fossilisée et vécue comme perdue, mais qui n'a probablement jamais véritablement existé, qui était fantasmée et idéalisée.

La démence conduit à un désappareillage du dément et de sa famille (à une déliaison des modalités antérieures d'appareillage psychique familial) mais aussi à un réappareillage sur des modalités beaucoup plus archaïques, en particulier dans la logique de la symbiose. Dans les premiers temps de la démence, plus le sujet malade semble s'éloigner de sa famille plus celle-ci va chercher à le réintégrer au narcissisme familial, souvent au prix du déni de la pathologie. Dans un second temps, en particulier face à l'éloignement psychique du sujet, très sensible lorsqu'il ne reconnaît plus les siens [8], le rejet du dément s'installe fréquemment [6,9], en particulier parce qu'il est fantasmatiquement vécu, dans un fantasme de contamination, comme mettant en danger l'appareil psychique familial [10]. Ce rejet se manifeste par un double clivage qui s'instaure d'une part au sein de la famille qui exclut le vieillard qui fait alors l'objet d'une hospitalisation ou d'un placement, d'autre part au sein de la représentation de l'âgé entre une bonne image au passé et une mauvaise image au présent. Seule la première est investie, ce qui fait que le sujet dément est coupé de son passé ; le parent n'est que celui d'un passé sans lien avec le présent.

En appui sur ces propositions de théorisation du fonctionnement du sujet présentant des troubles cognitifs, le travail psychique avec un tel sujet consiste à inventer et/ ou à **recréer** une enveloppe commune de mémoire [11] dans une dynamique de transfert de mémoire, de traces psychiques (représentations et affects). Cependant, en particulier lorsque le psychologue rencontre tardivement le sujet dément, le risque est grand que la mémoire du premier fonctionne en miroir de celle du second, c'est-à-dire que rien ne s'y fixe en une amnésie symptomatique et en un partage alors non de contenus mais de symptômes, en une contamination par le travail de la déliaison, du négatif et du narcissisme de mort [12] sur le mode de l'identification projective. Alors ce psychologue, comme la famille, est tenté de s'accrocher à des bribes de mémoire au risque de les fétichiser, donc de finir de les dévitaliser. Cet accrochage des autres (familiers ou professionnels) est en miroir de celui du sujet dément qui s'agrippe à certains souvenirs ou affects comme à autant d'îlots de préservation narcissique.

Cet aspect du travail du psychologue dans la relation individuelle et familiale se redouble des enjeux quant au travail auprès des équipes qui vont aussi souffrir de ces modes de fonctionnement qui impactent le travail au quotidien. Ceci ne favorise pas la dimension de la réflexivité et de la recherche de sens. Il va être nécessaire pour l'âgé, par effet de ricochets et d'arrière-fond, que le psychologue se propose comme un soutien aux équipes afin que celles-ci puissent penser plus cliniquement, plus singulièrement, chaque âgé accueilli, et ce alors même que celui-ci peut décourager la relation, voire l'attaquer par la non-reconnaissance, l'agressivité, l'inhibition...

Mouvements et fantasmes (dés)organiseurs, défenses et dispositifs institutionnels

A partir de ces différents points centraux, mais non exclusifs, nous allons voir comment les institutions gériatriques, via leurs équipes et la manière dont elles sont (ou non) en relation avec les accueillis, s'organisent, s'inorganisent ou se désorganisent. Ces formules insistantes de négation visent à faire ressortir que dans ces institutions du vieillissement nous avons à faire à des formes du négatif qui produisent des effets spécifiques.

En appui sur ce qui précède, le travail du psychologue consiste donc en partie à aider à traiter psychiquement cette dimension du négatif, d'une part grâce à ses appuis théoriques et à son travail de supervision, d'autre part en appui sur sa position spécifique : il n'intervient pas directement dans le quotidien, rencontre les sujets dans des **espace-temps** limités et structurés

et occupe une position de cadre sans pouvoir hiérarchique, ce qui suppose néanmoins un soutien suffisant de la part de l'équipe de direction.

Certaines institutions gériatriques ne parviennent pas ou peinent à organiser une fantasmagorie autour des vieux, des familles, et des relations à eux, ce qui inscrit alors les équipes dans la dimension des passages à l'acte ou de profondes inhibitions, les uns et les autres pouvant conduire à de la maltraitance institutionnelle, sachant que la maltraitance faite aux salariés peut se répéter en maltraitances faites par eux aux âgés.

Le plus souvent après une certaine durée de fonctionnement, l'institution se désorganise, n'a plus, et n'est plus capable de produire de fantasmagorie qui organise le travail, la tâche primaire, le soin aux usagers. Un modèle purement organisationnel, procédural [13], peut alors venir comme issue illusoire, désobjectivante, qui, dans le cas d'institutions accueillant des sujets déments, va redoubler la problématique des accueillis au risque de renforcer la symptomatologie démentielle et la perte de sens pour les professionnels. Cependant, il est aussi des situations dans lesquels la causalité est renversée : c'est l'imposition de modèles procéduraux désobjectivants qui entraîne l'effondrement du sens, les équipes ne parvenant plus à soutenir le difficile travail de mise en sens du soin gériatrique quant au sens de la vie, des troubles cognitifs et de la mort. Il est fréquent que les psychologues cliniciens s'opposent à ces procédures et proposent la création ou le maintien de dispositif de travail sur le sens du travail, des pratiques, des comportements des âgés... Ce sont deux conceptions, deux logiques qui risquent de s'opposer. Il est alors intéressant de penser des dispositifs qui permettent de contenir et traiter la conflictualité nécessaire entre le psychique, le cognitif, l'économique, l'organisationnel...

Lorsque les fantasmes se dégagent du marasme et des angoisses d'effondrements catastrophiques, ils vont s'articuler autour de différents axes, en particulier selon les caractéristiques cliniques (le plus souvent plurielles) des accueillis. Aux enjeux liés aux difficultés cognitives s'ajoutent les modalités selon lesquels le sujet âgé y réagit, ou non : ainsi de la dépression, de l'agressivité, des réponses motrices et comportementales, ainsi encore de l'apathie...

La question du sens de la vie des âgés, renforcée d'une plus grande proximité de la mort, ne serait-ce que du fait du nombre de décès, se redouble de celle du sens du travail avec des sujets âgés pour les professionnels, ce qui rejoint pour partie celle de l'utilité sociale : nous retrouvons là une nouvelle fois la dimension bi-axiale des interventions des psychologues auprès des âgés et auprès des professionnels, sachant que la finalité reste bien les âgés.

En guise d'ouverture

Le travail du psychologue avec des sujets présentant des troubles cognitifs consiste en particulier à soutenir et développer la transitionnalité et des dispositifs la favorisant, au sens de l'analyse transitionnelle proposée par Anzieu [14] et Kaës [15], que ce soit dans la clinique individuelle, les groupes de résidents, les groupes familiaux ou le travail avec les équipes.

Nous retiendrons quelques axes, non exhaustifs, pour lesquels la transitionnalisation permet de sortir des oppositions binaires et mortifères pour la pensée et des paradoxes non moins mortifères :

- le soigner/guérir dont l'échec conduit à l'abandon du vieux dans la logique dépressive du « il n'y a plus rien à faire, ce que nous, professionnels, faisons, ne sert à rien ». Le soigner /guérir (*cure*) peut être transformé en un prendre soin/accompagner (*care*), ce

qui peut conduire à investir la fin de vie dans la perspective de la « belle ou bonne mort » ;

- lieu de soin/lieu de vie : cette dimension cumulative donne à penser les articulations d'antagonismes qui, issus d'un appareillage de **différenciation** administrativo-gestionnaires, n'ont sur le fond guère de sens. En quoi la vie s'opposerait-elle aux soins, et réciproquement ?
- l'opposition lieu de vie/lieu de fin de vie, pour ne pas dire évidemment lieu de mort. Que signifie, une fois encore, séparer, voire exclure, ce dernier temps de la vie du reste de celle-ci. Cet artéfact dit une dimension profondément défensive, en particulier quant au fantasme de contamination de la vie par la mort, de la vie des plus jeunes, les professionnels, par la mort (ou du moins sa perspective) des plus vieux ;
- travail clinique avec les âgés / avec les équipes : il s'agit alors essentiellement d'un travail d'articulation, de mise en perspective : comment la pratique de soutien aux équipes participe-t-elle au soin psychique du résident ? Ce travail est complexe car les équipes peuvent dans certains cas vouloir accaparer le psychologue contre les résidents dans une logique rivalitaire ;
- membre du personnel / cadre sans pouvoir hiérarchique mais participant aux réunions de l'équipe de direction. Ceci est complexe car l'équipe peut attaquer, dans une logique de bouc émissaire, la direction de l'institution, clivant et sommant alors le psychologue de choisir son camp. Ceci peut être d'autant plus difficile que 1) le psychologue peut être d'accord, 2) qu'il peut souffrir lui-même du fait de l'institution, de son organisation...

Vaste chantier donc, tout comme la vie, dans lequel le travail psychique n'est jamais terminé, est toujours à remettre sur le métier au fil des rencontres, des nouvelles situations...

Je soussigné, atteste n'avoir aucun conflit d'intérêt pour la publication de cet article dans la revue NPG. Jean-Marc Talpin, Lyon, ce 30 octobre 2019

Références

- [1] Talpin J-M. Le psychologue dans l'institution. Travailler en équipe pluridisciplinaire avec les soignants, les paramédicaux et les médecins. In : Verdon B (sous la direction de), Pratiques psychologiques auprès de l'adulte âgé. Paris : Armand Colin, 2012 :189-210.
- [2] Moscovici S. La psychanalyse, son image, son public. Paris : PUF, 1976.
- [3] Bleger J. Psychanalyse du cadre psychanalytique. In : Kaës R. Crise, rupture et dépassement. Paris : Dunod, 1979 : 254-74.
- [4] Talpin J-M. La privatisation des vieux. Enjeux cliniques et organisationnels de la privatisation des Ehpad. Lyon, colloque I.PM&M, 2017.
- [5] Roussillon R. Paradoxes et situations limites de la psychanalyse. Paris : PUF, 1991.
- [6] Joubert C. L'ancêtre insuffisamment bon : le maillon générationnel défaillant. In : Decherf G, Darchis E. Crises familiales : violence et reconstruction. Paris : In Press, 2005 : 195-213.
- [7] Pinel J-P. Les déliaisons psychopathologiques des liens institutionnels. In Kaës R. Souffrance et psychopathologie des liens institutionnels. Paris : Dunod, 1996 : 49-79.
- [8] Jarrige O, Talpin J-M. Quand le dément ne reconnaît plus les siens. Information Psychiatrique 1994 ; 4 : 343-7.
- [9] Charazac P-M. Soigner la maladie d'Alzheimer. Paris : Dunod, 2009.
- [10] Talpin J-M. Le fantasme de parentalité renversée et sa potentialité violente dans le champ du vieillissement. In : Ciccone A, Violence dans la parentalité. Paris : Dunod, 2016 : 107-18.
- [11] Enriquez M. L'enveloppe de mémoire et ses trous. In : Anzieu D. Les enveloppes psychiques. Paris : Dunod, 1987 : 90-113.
- [12] Green A. Narcissisme de vie, narcissisme de mort. Paris : Ed. de Minuit, 1983.
- [13] Diet E. Maîtrise imaginaire et stigmatisation : les procédures contre la clinique. In : Ecrire... aux temps du vieillir. 3^{ème} colloque de l'ARAGP, Lyon, 2008 : 51-62.
- [14] Anzieu D. La démarche de l'analyse transitionnelle en psychanalyse individuelle. In : Kaës R. Crise, rupture et dépassement. Paris : Dunod, 1979 : 184-219.
- [15] Kaës R. Introduction à l'analyse transitionnelle. In : Crise, rupture et dépassement. Paris : Dunod, 1976 : 1-81.