



UNIVERSITE ABDERRAHMANE MIRA - BEJAIA
Faculté des Sciences Humaines et Sociales
Département des Sciences Sociales

Mémoire de fin de cycle
En vue de l'obtention du diplôme de master en
Psychologie Clinique

Thème

***La crise existentielle chez les personnes âgées placées en
institution gériatrique***

Réalisé par :

CHALAL Tinhinane

Encadré par :

Dr. Fergani Louhab

Année universitaire 2019-2020

Remerciements

Je voudrais dans un premier temps remercier mon promoteur monsieur FERGANI Louhab d'avoir accepté de m'encadrer, je le remercie également pour sa patience et ses judicieux conseils tout au long de la réalisation de ce projet mais aussi durant toutes ses années universitaires.

Je tiens à exprimer toute ma reconnaissance à madame HADERBACHE Lamia et madame TOUATI Saida pour leur dévouement et les efforts qu'elles ont déployés tout au long du cursus universitaire pour nous transmettre le savoir et les connaissances nécessaires.

En dernier lieu, j'adresse mes remerciements les plus sincères à ma famille, mes amis et tous ceux qui ont contribué de près ou de loin à la réalisation de cette recherche.

Dédicace

Tout d'abord, j'aimerais préciser que je dédie en premier lieu ce travail de recherche à mon modèle qui n'est personne d'autre que ma très chère mère

Djamila, une femme exceptionnelle, la plus grande combattante à mes yeux, mon modèle, qui n'a jamais baisser les bras, ne m'a jamais laisser tomber et m'a toujours soutenue dans les bons et surtout dans les mauvais moments.

Ensuite, il y a ma petite sœur Lydia, la meilleure sœur qui puisse exister, ma petite boule d'énergie qui n'a pas cessé de me remonter le moral.

A la mémoire de ma tante Hayet que Dieu l'accueille dans son vaste paradis qui attendais ce moment avec impatience.

Je tiens également à dédier ce travail à toute ma famille, ma grand-mère qui a toujours été une deuxième maman pour moi, à mon oncle et à toutes mes tantes.

Sans oublier my homies Lili et Abdallah qui n'ont jamais cessé de croire en moi.

Et pour finir, mes meilleurs amis et confidents qui m'ont soutenue jusqu'au bout, Fifi, Wiwi, Achraf, Mourad, Amine, Walid et Mohamed...

Table des matières

Introduction	7
--------------------	---

Partie Théorique

Chapitre I : Le vieillissement et l'institution gériatrique

Préambule

I. Le vieillissement

1. Histoire du vieillissement	11
2. Définitions des concepts	15
2.1 La vieillesse	15
2.2 Le vieillissement	17
3. Aspect sociologique du vieillissement	18
4. Aspect biologique du vieillissement	20
5. Aspect psychologique du vieillissement	24
6. Modalités de vieillissement	27
7. Le vieillissement en Algérie	31

II. L'institution gériatrique

1. Définitions des concepts	34
1.1 Gérontologie et gériatrie	34
1.2 Institution gériatrique	35
2. Les différents types d'institutions	36
3. Les différents types d'entrées en institution	39
4. La personne âgée en institution	45
5. Le mode de vie en institution	51
5.1 Recomposition des rôles domestiques	52
5.2 Persistance des statuts familiaux et aménagement des rôles	53
6. L'institution gériatrique en Algérie	55

Synthèse	58
----------------	----

Chapitre II : La crise existentielle

Préambule

1. Les perspectives existentielles au XXIe siècle	60
2. La psychologie et la psychopathologie existentialiste	63
3. Les concepts fondamentaux de l'approche existentialiste	66
3.1 La volonté	66
3.2 L'angoisse	68
3.3 La mort	69
4. L'approche psychanalytique de la crise existentielle	71
5. Le discours sur la mort à l'âge de la vieillesse	74
5.1 La mort des pairs d'âge	75
5.2 La mort des proches familiaux	75
5.3 La précarité de la vie de vieillesse	76
5.4 Mourir chez soi	77
5.5 Ne plus pouvoir rien faire	78
6. Les déprises chez les personnes âgées	79
6.1 Déprises stratégiques	80
6.2 Déprises tactiques	82
6.3 Déprises imposées	83
7. La vieillesse et le rapport à la mort	84
8. L'accompagnement psychologique des personnes âgées en souffrance	88
 Synthèse	 91
 Problématique et hypothèses	 93

Partie Pratique

Chapitre III : La méthodologie de recherche

1. La méthode utilisée	99
1.1 La méthode clinique	99
1.2 L'étude de cas	101
2. Le groupe de recherche	102
2.1 Critères d'inclusion	102
2.2 Critères d'exclusion	102
3. Les outils de recherche	103
3.1 Le récit de vie	103
3.2 Thematic Apperception Test (TAT)	107
4. Le TAT et la personne âgée	121
5. Difficultés de la recherche	122
 Synthèse	 124

Chapitre IV : Analyse et discussion des études antérieures

1. Première étude : « Dépression chez le sujet âgé hospitalisé en psychiatrie »	126
2. Deuxième étude : « Ressenti de la personne âgée en EHPAD souffrant de dépression : étude qualitative »	128
3. Troisième étude : « Des représentations sociales de la vieillesse aux expériences vécues : impact sur l'accompagnement dans les structures d'hébergement pour personnes âgées »	131
4. Quatrième étude : « Sur-vivre en institution gériatrique, une question de construction identitaire »	135
 Conclusion	 139
Liste des références	143

Il faut d'emblée noter que l'espérance de vie augmente continuellement, le vieillissement est un cheminement naturel dans la vie, c'est une suite programmée et continue, qui commence dès la naissance et qui va suivre plusieurs phases jusqu'à la mort : le développement, la maturité et la senescence.

Ainsi, la vieillesse est la dernière phase de la vie de l'être humain, c'est une phase délicate qui est vécue différemment d'une personne à une autre à cause des changements physiques et psychologiques. Ces changements n'apparaissent pas au même temps et n'évoluent pas au même rythme mais ils ont une grande influence sur la vie quotidienne de la personne âgée et son entourage.

Par conséquent, les personnes âgées sont la catégorie la plus sensible et vulnérable de la société, qui nécessite une très grande attention et compréhension de la part de leur entourage, car le moindre geste de négligence qui peut paraître pour nous banal et sans importance pourrait être blessant pour eux.

D'ailleurs, le placement en institution engendre d'énormes souffrances psychologiques chez les personnes âgées surtout quand ce dernier n'est pas consenti, leur santé mentale se détériore petit à petit suite à cela.

Il est connu que dans la culture algérienne, les parents sont synonymes de respect et « d'adoration », mettre un parent dans une maison de retraite est un abandon et une honte pour celui qui le fait, quant au senior, il vit très mal cet abandon qui sera l'une des raisons principales de sa souffrance.

Nous pouvons constater que les maisons de retraites en Algérie sont des établissements qui accueillent encore plus les personnes abandonnées plutôt que des personnes nécessitant des soins palliatifs.

À vrai dire, la souffrance existentielle en fin de vie demeure un sujet très souvent jeté aux oubliettes. Les seniors se retrouvent face à une détresse imminente, un sentiment d'impuissance et parfois attendent la mort avec impatience car ils ne trouvent plus aucun sens à la vie.

Ainsi, l'objectif de ce travail est de contribuer à la connaissance de l'histoire de la crise existentielle du sujet âgé et de la difficulté de la vie au sein de l'institution gériatrique mais également de pouvoir avant tout, mettre en lumière cette catégorie de personnes très souvent négligée, mises en institutions gériatriques parfois contre leur gré, en réalisant cet abandon et tout ce qu'ils ont perdu, le risque d'une souffrance existentielle devient alors inévitable.

Dans notre étude portée sur « La crise existentielle chez les personnes âgées placées en institution gériatrique » nous avons choisis comme terrain d'étude les Foyers pour personnes âgées (FPA) d'Alger en utilisant comme outils de recherche le récit de vie et le Thematic Apperception Test (TAT) qui nous permettront de réorganiser l'histoire du sujet et avoir une idée sur les processus de pensée et les représentations de soi du senior.

De ce fait, nous avons opté pour l'approche intégrative car nous avons combiné entre l'approche existentielle qui décrit de la meilleure manière possible la crise existentielle et l'approche psychanalytique qui est la mieux adaptée pour trouver un sens aux souffrances qui s'inscrivent dans l'histoire de chaque personne.

Afin de réaliser notre recherche, nous avons établi un plan de travail décomposé en deux parties :

La partie théorique qui englobe deux chapitres, l'un sur le vieillissement et l'institution gériatrique et l'autre sur la crise existentielle où nous allons aborder au fur et à mesure cette souffrance existentielle vécue par la personne âgée placée en maison de retraite.

La partie pratique comporte également deux chapitres, le premier sur la méthodologie de recherche et le dernier sur les études antérieures.

Et enfin, on clôturera notre travail de recherche par une conclusion.

Chapitre I

Le vieillissement et l'institution gériatrique

Préambule

La vieillesse est un processus inhérent à la conception de changement qui relève à la fois du fait de changer mais également de son résultat. Par changement nous parlons de l'adaptation mais aussi de la résistance du sujet âgé, on peut le voir également comme un point d'arrivée et un point de départ. Le vieillissement est pour chacun synonyme de pertes ce qui bascule tout leur quotidien, ainsi un placement en institution gériatrique qui offrent une surveillance continue deviens alors une nécessité évidente.

Pour mieux comprendre cela, nous avons réparti notre premier chapitre en deux parties, la première abordant le vieillissement et la deuxième l'institution gériatrique.

I. Le vieillissement

1. Histoire du vieillissement

Entre naissance et mort, la vie humaine en ses états successifs est pensée par toutes les cultures selon deux pôles, jeunesse et vieillesse, entre lesquels s'étend l'âge adulte, et qui suscitent, outre un savoir réglé, une cristallisation symbolique dont témoignent la littérature et les arts.

Les mots pour dire la vieillesse et le vieillissement, les langues romanes les ont hérités du latin *vetus*, *veteris* (français vieux, vieillir, vieillesse ; italien *vecchio*, *vecchiata*, espagnol *viejo*, *viejez*). Le sort de ces mots, leur histoire révèlent l'importance de la notion qu'ils transmettent. Ainsi, ce n'est pas le latin classique *vetus* mais un bas latin *veclus*, altération populaire, responsable aussi du terme italien, et qui montre qu'il s'agit d'un mot courant, parlé, et non pas d'un terme savant.

L'idée latine transmise par *veclus* est identique à celle de *vetus* et contient une ambiguïté fondamentale. *Vetus* marque l'effet du temps sur les choses et

les êtres effet bénéfique quand il s'agit de certains objets, tel le vin (*vetus vinum*, notre vin vieux) et plus souvent dégradation, détérioration lorsqu'il s'agit des vivants, en particulier de celui qui nous importe le plus, l'être humain. *Vetus* et *vetulus* s'opposaient à *novus*, alors que *senex* indiquait la classe d'âge et s'opposait à *juvenis*. Sur l'axe chronologique qui concerne toutes choses, la tendance de la langue, avec des exceptions, est de voir dans ce qui est ancien l'usure du temps.

Le français continue de distinguer neuf et jeune, mais a bloqué les deux idées latines de « dégradation par l'âge » et de « caractère propre aux humains âgés », situation qui pouvait être socialement et moralement valorisée.

Du côté de *vetus*, *veteris*, même incertitude. L'idée de dégradation y est bien présente, avec *vetustus* et *vetustas*, mais celle d'expérience humaine n'en est pas absente, avec *veteranus*, l'ancien militaire.

L'idée d'ancienneté, toujours présente, joue à plein en allemand (*alt*, *altern*) ou dans le mot anglais apparenté (*old*, *old age*) : concernant la vie humaine, l'idée de vieillesse est évidemment associée à celle d'âge.

Reconnaître cette association, c'est dire que le concept de vieillesse dépasse l'idée temporelle pour caractériser un état fonctionnel spécifique, dû certes à l'action du temps, mais observable à tout moment. Le pont entre-temps, âge et vieillesse, c'est l'idée de vieillir, vieillissement (*ageing*, de *to age* en anglais, *senescere* en latin).

Cette ambiguïté toujours présente entre grand âge – pure constatation d'une durée de vie importante – et vieillesse – accumulations de traits d'où la pathologie n'est jamais absente, par rapport à une idée globale de la norme – a inspiré des réflexions morales désabusées : l'une des plus spirituelles est sans doute due à Jonathan Swift, qui notait dans ses Pensées sur divers sujets : « tout le monde voudrait vivre longtemps, mais personne ne voudrait être vieux ». (Ponthière, 2017, p.7)

Deux révolutions s'accomplissent au XXe siècle quant à la pensée de la vieillesse : celle de la physiologie et de la médecine, et celle de la démographie, qui donne aux mots vieillesse et vieillissement une valeur collective nouvelle, régulatrice de toute volonté d'agir sur le problème de la vieillesse, aboutissant au XXe siècle à la notion de « politique de la vieillesse » (Pierre Larroque, 1960).

En France, la prise en considération de la physiologie de la vieillesse passe des recettes de bon sens (M.J. Tenon, *Offrande aux vieillards*, 1813) et des considérations moralisantes de P. Flourens (*De la longévité humaine [...]*) à des études plus précises : Prus, à Berlin (1840 : *Recherches sur les maladies de la vieillesse*), Durand-Fardel à Paris (1854 : *Traité clinique des maladies des vieillards*) et surtout J.-M. Charcot (1867 : *Leçons cliniques sur les maladies des vieillards*).

Cette pathologie de la vieillesse recevra un nom aux États-Unis : *Geriatrics* (Nascher, 1909) et l'étude générale de la vieillesse se nomme gérontologie, depuis Élie Metchnikoff (1902).

La gériatrie, spécialité médicale, et la gérontologie, connaissance scientifique générale des phénomènes de vieillissement et de vieillesse, doivent leur nom au grec *gêron*, *gerontos*, l'être humain âgé. Une des difficultés dans la constitution de concepts opératoires, à partir des idées de vieillissement, de vieillesse et, d'autre part, de pathologie, est la définition d'une norme du vieillissement. Celui-ci, quelles que soient ses causes, qui font l'objet de nombreuses recherches et hypothèses – au niveau cellulaire, et aujourd'hui moléculaire – est de mieux en mieux décrit par la physiologie, depuis les évolutions histologiques jusqu'à celle des organes et des systèmes, et enfin de l'organisme entier.

Par rapport aux normes de la physiologie adulte, la vieillesse constitue un état « pathologisant » ; mais si l'on construit une norme physiologique pour

l'état de vieillesse, on considérera comme pathologie tout écart par rapport à cette norme, comprenant par-là non seulement les maladies plus fréquentes chez les personnes âgées (domaines cardiovasculaire, pulmonaire, ostéoarticulaire, neurologique, etc.), mais aussi les différences par rapport aux normes statistiques de chaque situation de vieillissement. Mais le concept même de pathologie, qui dépend de celui de norme objet épistémologique litigieux : voir Canguilhem : Le normal et le pathologique s'applique mal à certaines situations en rapport avec le vieillissement (les effets psychophysiologiques de la retraite, par exemple) et avec la grande vieillesse situation où la pathologie l'emporte. Car, heureuse ou malheureuse, saine ou malade, la vieillesse est normale, et précède normalement la mort. L'évolution fatale, la « maladie de la mort » (Marguerite Duras), échappe en partie à la notion de pathologie ; seules les circonstances du vieillissement, de la vieillesse ou même de l'agonie et de la mort varient par rapport à une normale identifiée à la nature même de la vie. (Trivalle, 2016, p.23)

Selon Grégory Ponthière, le vieillissement apparaît en ce début de XXe siècle, comme une donnée sociale indépassable, omniprésente dans les études portant sur l'avenir des systèmes de retraite ou sur les perspectives économiques de long terme. Cependant il est essentiel, à ce stade, de prendre un peu de distance par rapport au phénomène du vieillissement.

Le vieillissement ne constitue ni une donnée ni un « choc » externe « frappant » nos économies.

Le vieillissement est le produit d'une longue évolution de nos sociétés - transition démographique – qu'il s'agit d'étudier afin de resituer le vieillissement dans son contexte historique. Il est également essentiel de rappeler que l'idée même de « vieillissement » constitue, elle aussi, un produit social. Il existe de nombreuses définitions du « vieillissement », et

autant de mesure de celui-ci, qui conduisent chacune à des représentations très différentes du processus de « vieillissement ».

A l'échelle de l'histoire de l'humanité, le vieillissement démographique, entendu dans le sens commun d'une hausse de la proportion de personnes dites « âgées » au sein des populations, constitue un phénomène récent. (Ponthière, 2017, p.7)

2. Définitions des concepts

2.1 La vieillesse :

Selon le grand dictionnaire de la psychologie, la vieillesse serait la dernière période de la vie, correspondant à l'aboutissement normal de la sénescence.

Le terme s'oppose parfois à celui de sénilité, qui en serait l'aspect pathologique. Mais il faut bien reconnaître que l'extrême vieillesse ne se distingue en rien de cette dernière. En revanche, il est certain que la vieillesse apparaît et va s'aggraver plus ou moins vite selon les individus. Classiquement, pour l'Organisation mondiale de la santé (O.M.S.), l'âge moyen s'étend de 45 à 59 ans, celui des personnes âgées de 60 à 74 ans, celui des vieillards de 75 à 90 ans et celui des grands vieillards au-delà de 90 ans. Dans les conceptions médico-sociales françaises actuelles, on parle plutôt de « troisième âge » à partir de 65 ans, âge de la retraite, et de « quatrième âge » à partir de 80 ans. Mais ces chiffres n'ont qu'une valeur très relative puisque tout dépend des processus de sénescence biologique et psychologique. Il ne faut pas oublier que le comportement du vieillard sera surtout fonction de sa personnalité antérieure. Si celle-ci est équilibrée, la personne âgée supportera plus facilement de vieillir et pourra

même y gagner si, repoussant les nombreuses exigences et invitations de la vie de personnes plus jeunes, elle sait rester sage.

En revanche, les personnalités psychopathiques voient s'accroître leurs traits caractéristiques. De nombreuses difficultés avec les vieillards naissent d'un comportement qui est moins la conséquence de leur âge qu'un trait de caractère qui déjà autrefois rendait la vie difficile en leur compagnie. Et c'est à partir de la soixantaine qu'apparaissent les démences, qui sont devenues, avec l'allongement considérable de la durée de la vie dans le monde occidental, la véritable « peste noire » de notre époque. (Grand dictionnaire de la psychologie, 1999, p.3535)

La vieillesse a deux valeurs principales. La première, abstraite, caractérise la dernière période de la vie humaine normale et, outre l'ancienneté de la naissance, implique un déficit progressif des fonctions physiologiques, parfois des facultés mentales. L'autre valeur, concrète et personnelle, correspond au fait d'être vieux, à une durée vécue, à une expérience de l'âge et du grand âge, ressentie de manière variable selon le sexe, les cultures, l'état général de santé. Enfin, la vieillesse est parfois personnalisée comme une force hostile, car elle entraîne la faiblesse, prépare la mort. Dans tous les cas, le concept de « vieillesse » efface l'idée clé de l'effet progressif du temps sur l'organisme, qui conduit à un mot plus expressif, moins symbolique, car inscrit dans le dynamisme de la vie, *vieillesse*. (Trivalle, 2016, p.3)

La vieillesse et l'action du temps sur les êtres vivants, se traduisent par des modifications morphologiques et fonctionnelles. Nous ne sommes pas tous égaux devant le vieillissement. Le gérontologue américain Howell le définit ainsi : « La sénescence n'est pas une pente que chacun

descend à la même vitesse. C'est une volée de marches irrégulières que certains dégringolent plus vite que d'autres ».

Chaque individu ne vieillit pas au même rythme. En fonction de sa personnalité, de sa résistance physique et de sa capacité à s'adapter, la personne réagit plus ou moins bien aux événements qui vont la toucher tout au long de sa vie. (Beaulieu et al., 2010, p.3)

2.2 Le vieillissement :

Le vieillissement correspond à l'ensemble des processus physiologiques et psychologiques qui modifient la structure et les fonctions de l'organisme à partir de l'âge mûr. Il est la résultante des effets intriqués de facteurs génétiques (vieillissement intrinsèque) et de facteurs environnementaux auxquels est soumis l'organisme tout au long de sa vie. Il s'agit d'un processus et progressif qui doit être distingué des manifestations des maladies. L'état de santé d'une personne âgée résulte habituellement des effets du vieillissement et des effets additifs de maladies passées (séquelles), actuelles, chroniques ou aiguës. (www.chups.jussieu.fr)

Vieillesse, dérivé du verbe vieillir, marque le processus progressif, à la fois physique et mental, par lequel chaque être humain survivant se rapproche de la vieillesse et la parcourt. Lorsque la vieillesse est envisagée en tant qu'ensemble des personnes âgées, le vieillissement devient collectif et purement chronologique, quantitatif. Le vieillissement d'une population s'évalue en pourcentages, en classes d'âge précises, en espérances de vie qui tendent vers zéro. Mais le vieillissement de chacun ne peut être défini seulement par la mesure du temps ; de même que « la vieillesse est un naufrage » (image de l'Antiquité reprise au XXe siècle

par De Gaulle), le vieillissement, écrivait Mauriac, « est un drame vécu jour après jour » mais, « pour certains êtres », ajoutait prudemment cet écrivain déjà âgé dans son Bloc-note. La connaissance scientifique du vieillissement est primordiale pour savoir ce qu'est la vieillesse et comment en limiter les effets. (Trivalle, 2016, p.26)

Le seuil du vieillissement est, actuellement, de soixante ans, même si l'on peut faire encore longtemps illusion. On distingue effectivement deux vieillesse : celle des retraités jeunes, avec encore quinze ou vingt années de bonne forme devant eux et celle des vieux proprement dits qui passent progressivement de l'état de validité à l'état de dégradation le plus cruel. On observe, depuis quelques années, un vieillissement de la population par diminution de la fécondité et allongement de la longévité. Ainsi, s'il y a actuellement, au niveau mondial, trois fois plus d'enfants de moins de quinze ans que de personnes de plus de soixante ans, il y aura, en 2050, selon le scénario central des Nations-Unies, plus de personnes âgées que d'enfants. La durée de vie devrait atteindre, en moyenne, en 2050, quatre-vingt-dix ans pour les femmes et quatre-vingt-deux ans pour les hommes. A de faibles variations près, tous les pays occidentaux affrontent la même évolution. Le niveau du vieillissement sera alors probablement retardé. (Bersay, 2004, p.37)

3. Aspect sociologique du vieillissement

Aspect démographique

L'OMS (organisation mondiale de la santé) classe les sujets par tranches d'âge de 15ans.

- 45 à 59 ans : les sujets dits d'âge moyen.

- 60 à 74 ans : les personnes âgées.
- 75 à 89 ans : les vieillards.
- Au-delà de 90 ans : les grands vieillards.

L'espérance de vie depuis l'Antiquité, n'a cessé de grandir. Elle était de 18 ans sous les Romains, de 25 ans au XVIIe siècle, elle est aujourd'hui de 76 ans pour les hommes et de 84 ans pour les femmes et le nombre de femmes âgées est supérieur à celui des hommes. En France, après 75 ans, on compte 2 femmes pour 1 homme, et au-delà de 85 ans 4 femmes pour 1 homme.

Entre 1980 et 2025, le nombre de personnes âgées de 65 ans et plus aura doublé ; de 75 ans aura triplé ; de 85 ans et plus aura quintuplé.

En 2030, 1 personne sur 4 aura 65 ans ou plus et le nombre de « centenaires », de quelques centaines dans les années 1960 puis de 5000 au milieu des années 1990, devrait atteindre les 21 000 en 2020.

Aspect médiatique

Les différentes étapes de la vieillesse ne sont pas perçues par les uns et les autres de la même manière : ceci est fonction de la personnalité de chacun. La réalité sociale est omniprésente. Les facteurs auxquels nous sommes confrontés dépendent de la façon dont la société parle et traite du phénomène de la vieillesse. Ainsi notre société industrielle, liée à la notion de profit, de production, de compétitivité, prône la jeunesse et écarte ses vieux, en dénonçant leur côté « dépassé, démodé, périmé ».

Le rôle des médias est prépondérant et on ne peut résister à leur puissance et à leur impact. A la longue, l'œil s'habitue aux valeurs véhiculées. Ainsi, les images idéalisées dans les magazines, de corps jeunes, beaux,

irrésistibles et séduisants, ont pour conséquence de nous faire rejeter inconsciemment l'image des « vieux ». (Beaulieu et al., 2010, p.4)

4. Aspect biologique du vieillissement

Le vieillissement biologique est inhérent au processus de la vie comme le sont la naissance, la croissance, la reproduction, la mort. Ce processus est commun à tous les êtres vivants.

Les effets du vieillissement sur l'organisme

Le vieillissement s'accompagne d'une diminution des capacités fonctionnelles de l'organisme. D'une façon générale, cette altération est la plus manifeste dans les situations qui mettent en jeu les réserves fonctionnelles (effort, stress, maladies aiguës). Cette diminution des réserves fonctionnelles induit une réduction de la capacité de l'organisme à s'adapter aux situations d'agression. De même, plusieurs systèmes de régulation de paramètres physiologiques s'avèrent moins efficaces chez le sujet âgé.

Il faut souligner que cette réduction fonctionnelle liée au vieillissement est très variable d'un organe à l'autre (vieillessement différentiel inter-organe).

De plus, à âge égal, l'altération d'une fonction donnée varie fortement d'un individu âgé à l'autre (vieillessement interindividuel). La population âgée est ainsi caractérisée par une grande hétérogénéité. En effet, les conséquences du vieillissement peuvent être très importantes chez certains sujets âgés et être minimales voire absentes chez d'autres individus du même âge (vieillessement réussi, vieillissement usuel, vieillissement avec maladies).

- Effets du vieillissement sur les métabolismes :

La composition corporelle de l'organisme se modifie au cours du vieillissement. Ce dernier s'accompagne à poids constant, d'une réduction de la masse maigre (en particulier chez le sujet sédentaire) et d'une majoration proportionnelle de la masse grasse (en particulier viscérale).

Les besoins alimentaires (qualitatifs et quantitatifs) des personnes âgées sont sensiblement identiques à ceux d'adultes plus jeunes ayant le même niveau d'activité physique.

D'une façon générale, les tests biologiques d'exploration dynamique s'avèrent fréquemment perturbés en raison de la réduction de la capacité de l'organisme à s'adapter aux situations de stress, sans que cette réponse ne soit obligatoirement le témoin d'une pathologie.

- Effet du vieillissement sur le système nerveux :

De nombreuses modifications neuropathologies et neurobiologiques du système nerveux central ont été décrites au cours du vieillissement parmi lesquelles il faut principalement mentionner : la diminution du nombre de neurones corticaux, la raréfaction de la substance blanche et la diminution de certains neurotransmetteurs intracérébraux (en particulier l'acétylcholine).

Le vieillissement s'accompagne d'une réduction et d'une déstructuration du sommeil.

La réduction de la sensibilité des récepteurs de la soif (osmorécepteurs) et les modifications du métabolisme de l'arginine vasopressine (Arginine vasopressine) rendent compte au moins en partie de la diminution de la sensation de la soif chez les personnes âgées.

L'ensemble de ces modifications concourt à majorer la vulnérabilité cérébrale des personnes âgées à l'égard des agressions, et notamment le risque de syndrome confusionnel.

- Effets du vieillissement sur les organes des sens :

Le vieillissement oculaire s'accompagne d'une réduction de l'accommodation (presbytie) gênant la lecture de près. Ce processus débute en fait dès l'enfance, mais les conséquences fonctionnelles apparaissent vers l'âge de la cinquantaine. Il se produit aussi une opacification progressive du cristallin débutant à un âge plus tardif et retentissant sur la vision (cataracte). Le vieillissement de l'appareil cochléovestibulaire s'accompagne d'une perte progressive de l'audition (portant principalement sur les sons aigus) à l'origine d'une presbyacousie.

Les données concernant les modifications du goût et/ou de l'olfaction au cours du vieillissement sont plus controversées.

- Effets du vieillissement sur le système cardiovasculaire :

Le débit cardiaque au repos est stable et peu diminué à l'effort avec l'avance en âge. Toutefois, le vieillissement cardiaque s'accompagne de modifications anatomiques : augmentation de la masse cardiaque et de l'épaisseur pariétale du ventricule gauche à l'origine du moins bon remplissage ventriculaire par défaut de la relaxation ventriculaire.

- Effets du vieillissement sur l'appareil respiratoire :

La diminution de la compliance pulmonaire, de la compliance thoracique et la réduction de volume des muscles respiratoires rendent compte de la réduction de la capacité ventilatoire au cours du vieillissement. On constate une augmentation du volume aérien non mobilisable en fin d'expiration et une réduction du calibre des bronches distales qui diminue les débits expiratoires.

- Effets du vieillissement sur l'appareil locomoteur :

Le vieillissement du muscle squelettique se traduit au plan histologique par une diminution de la densité en fibres musculaires (principalement de type II), au plan anatomique par une réduction de la masse musculaire et au plan fonctionnel par une diminution de la force musculaire.

Le vieillissement osseux se caractérise par la réduction de la densité minérale osseuse ou ostéopénie (principalement chez la femme sous l'effet de la privation ostrogénique de la ménopause) et par la diminution de la résistance mécanique de l'os.

- Effets du vieillissement sur l'appareil urinaire :

Au cours du vieillissement, il se produit une perte du nombre de néphrons fonctionnels (variable d'un individu à l'autre), induisant une réduction de la filtration glomérulaire et des capacités d'élimination du rein. La clairance de la créatinine des personnes âgées de 80 ans est d'environ la moitié de celle de sujets de 20 ans ayant le même poids.

Cependant, les résultats de certaines études telles que l'étude longitudinale de Baltimore démontrent que cette modification de la fonction rénale épargne certains individus âgés et résulterait plus des effets cumulés de différents processus pathologiques (immunologiques, infectieux, toxiques, ischémiques...) que des effets propres du vieillissement.

- Effets du vieillissement sur les organes sexuels :

Chez la femme, la ménopause s'accompagne de l'arrêt de la sécrétion ovarienne d'œstrogènes, de la disparition des cycles menstruels, de l'involution de l'utérus et des glandes mammaires.

Chez l'homme, il se produit une diminution progressive de la sécrétion de testostérone qui est variable d'un individu à l'autre. Une proportion importante d'hommes âgés conserve une spermatogenèse suffisante pour

procréer. Le vieillissement s'accompagne d'une augmentation du volume de la prostate.

Le retentissement du vieillissement sur la fonction sexuelle est variable d'un individu à l'autre, et est influencé par le statut hormonal, mais aussi par des facteurs sociaux, psychologiques et culturels. (www.campus.cerimes.fr)

5. Aspect psychologique du vieillissement

Le concept de soi

Le concept de soi évolue de la naissance à la mort ; il est influencé par les relations avec les autres, le milieu socioculturel. Il englobe la façon dont on se fait une représentation mentale de soi-même : de sa valeur, de ses capacités, de son pouvoir à aimer et à être aimé. Il comprend aussi les sentiments, les valeurs de la personne, et influe sur ses réactions en toutes circonstances.

Il intègre plusieurs composantes : l'image corporelle, l'estime de soi et l'identité.

- L'image corporelle : Elle est la résultante des représentations, attitudes et perceptions que nous avons de notre propre corps. C'est un jugement que l'on porte sur son propre corps, sur son apparence, sur la manière d'en prendre soin, de s'habiller, de se coiffer, de marcher, de parler... et la façon dont on montre son corps aux yeux des autres.

L'image corporelle a une influence sur le comportement, il existe une interdépendance entre la personnalité, l'image de soi et l'estime de soi.

- Estime de soi et identité personnelle : L'estime de soi se construit dans l'amour et s'organise à partir des qualités que la personne se prête et de

la façon dont les autres la jugent. C'est une comparaison entre « ce que je crois être » et « ce que je suis ». Il faut apprendre à se situer entre les critiques, la désapprobation d'autrui et la considération : certains individus ont plus besoin que d'autres d'être valorisés et d'être aimés.

Le narcissisme ou l'amour que nous portons à nous-mêmes est à l'origine de la confiance en soi et de l'estime de soi. Il est la fonction la plus déterminante pour la construction de l'identité.

L'identité est ce qui fait que la personne est unique et se distingue des autres (« je suis Mme, M. ou Mlle X ») ; elle comprend l'idée d'autonomie et la façon dont la personne veut gérer sa propre vie. Cette capacité est unique et propre à chaque individu.

Les modifications

Changements et pertes :

L'âge adulte est caractérisé par l'indépendance physique, psychologique, sociale, financière et un statut légal : la majorité.

Le vieillissement bouscule toutes ces valeurs. Vieillir c'est se confronter à ses limites et c'est un nouveau mode de vie qui commence.

Avec l'âge, les capacités d'adaptation se réduisent et les possibilités d'apprentissage diminuent. La personne âgée représente le passé, la longue marche de la vie, son vécu est marqué par une série de changements, de diminutions, de pertes :

- Perte de la vie professionnelle liée à la mise à la retraite et qui peut entraîner une diminution de la vie sociale et un désinvestissement socio-affectif ;
- Perte des capacités du corps, de la souplesse, déficits sensoriels, ralentissement sensori-moteur, qui restreignent petit à petit l'espace ;

- Perte ou diminution de la santé que remplacent les maladies ;
- Perte d'autonomie qui restreint la liberté et peut interférer sur l'ensemble du comportement ;
- Perte de l'image positive que l'on a de soi (narcissisme), liée aux déficits successifs ;
- Perte des facultés mentales qui perturbent la communication ;
- Perte d'un passé qui s'estompe, d'un futur qui se rétrécit.

Il faut accepter de perdre pour continuer à vivre. Vieillir c'est effectuer différents deuils : retraite, éclatement de la famille, décès d'un conjoint, maladie, handicap, fragilisation (physique et/ou psychologique).

Le travail de deuil lié à la perte :

Toute perte, quelle qu'elle soit, et que peut vivre tout individu au cours de sa vie entraîne des réactions qui sont propres à la personne elle-même et à son histoire et à la perte en tant que telle.

Sont considérées comme pertes importantes :

- La mort d'un être cher ;
- La séparation physique (déménagement, placement...) ;
- La rupture du couple (décès, divorce...) ;
- La perte d'une fonction du corps ou d'un membre, suite à un accident ;
- La disparition d'un rôle social ;
- La disparition de son animal favori, d'un bien précieux, etc.

Les états affectifs qui suivent les deuils ou les pertes d'objet sont très variés. Il peut s'agir de grandes réactions expressives ou à l'opposé d'états d'indifférence affective avec repli. Ces réactions d'intensité variable ne nous apparaissent pas forcément à nous soignants, en correspondance avec la gravité de la perte ou avec l'idée que nous pourrions nous en faire ; nous

devons donc nous garder de tout jugement de valeur. L'important est « d'entendre la souffrance », exprimée verbalement ou non.

Toute personne confrontée à un processus de perte ou de deuil va mettre en place des réactions psychologiques inconscientes qui vont lui permettre de compenser la ou les « pertes d'objet » subies et de « vivre sans » ; c'est le travail de deuil. (Beaulieu et al., 2010, p.5)

6. Modalités de vieillissement

Le vieillissement, appréhendé à l'échelon des populations, se caractérise par une réduction des capacités fonctionnelles et par l'augmentation d'incidence des maladies liées à l'âge. La probabilité d'être victime de ces maladies apparaît donc plus élevée à un âge donné, mais il ne s'agit que d'une possibilité plus forte et non d'une fatalité.

En revanche, à l'échelon individuel, et bien qu'il faille se garder d'une approche trop schématique, trois modalités évolutives de vieillissement, sous-tendant différentes trajectoires de vie, sont communément admises :

- Le vieillissement réussi, à haut niveau de fonction, ou robuste, se caractérisant par le maintien des capacités fonctionnelles ou leur atteinte très modérée ;
- Le vieillissement usuel ou habituel, qui s'en distingue par la réduction des capacités ou de certaines d'entre elles, sans que l'on puisse attribuer cet amoindrissement des fonctions à une maladie de l'organe concerné ;
- Le vieillissement avec morbidités, dont nous avons dit précédemment qu'il était trop souvent et à tort considéré comme la seule modalité de vieillissement.

Ces morbidités, plus souvent chroniques, et dont l'âge ne représente qu'un facteur de risque, vont plus particulièrement concerner la sphère affective (dépression), cognitive (démence), locomotrice, sensorielle,

cardiovasculaire. Elles ont pour point commun d'être fréquemment associées à une dénutrition et d'exposer à un risque majoré de maladies aiguës, en particulier infectieuses ou traumatiques. Elles doivent de ce fait être considérées comme des déficiences, à l'origine d'incapacités fonctionnelles parfois majeures et de handicaps authentiques. Le terme de « handicap » est dès lors plus adapté pour caractériser ces états que celui de « dépendance ».

L'amointrissement des capacités fonctionnelles caractérisant les deux autres types de trajectoire (vieillesse réussie ou usuelle) peut résulter des habitudes de vie ou de l'effet des maladies. Plusieurs études démontrent bien l'importance et l'influence négative de certains comportements tout au long de la vie sur le risque de survenue d'incapacités. D'autres études révèlent que la principale cause d'incapacité avant l'âge de 85 ans provient d'affections chroniques du système nerveux, de l'appareil locomoteur ou des organes des sens. Finalement, l'âge en tant que tel, c'est-à-dire si l'on exclut le rôle des habitudes de vie et des maladies incapacitantes, n'apparaît plus que comme un facteur de fragilité, d'exposition accrue au risque. (Jeandel, 2005, p.29)

La notion de vieillissement réussi a été proposée en 1987 par Rowe et Kahn. Il concerne 12% à 33% des personnes âgées selon les études. Le vieillissement sain, en bonne santé ou avec succès, le bien vieillir, le bon fonctionnement et le vieillissement « productif » sont autant de termes utilisés pour désigner le vieillissement réussi. Ce modèle implique à la fois le fonctionnement physique, mental et psychosocial avec une dimension subjective importante incluant les notions de « bien-être » et de « satisfaction de vie ». Ce mode de vieillissement n'est bien sûr pas acquis définitivement, il demande à être entretenu et il est à

rapprocher de la notion d'espérance de vie sans incapacité. Pour certains, la notion de vieillissement réussi est un oxymore car cela impliquerait en fait de ne pas vieillir.

Par rapport au vieillissement habituel ou au vieillissement pathologique, on peut définir un certain nombre de caractéristiques et de facteurs prédictifs positifs et négatifs du vieillissement réussi :

- Principales caractéristiques : les sujets ayant un vieillissement réussi ne se sentent pas déprimés, effectuent souvent un travail rémunéré ou bénévole, sortent à l'extérieur pour accomplir ce qu'ils désirent, ont des activités de loisir, ont une implication familiale importante, font de l'exercice ou pratiquent un sport, n'ont pas été malades au cours de l'année et voient le médecin moins de 1 fois/mois ;
- Facteurs favorisant un vieillissement réussi : avoir une autonomie conservée, marcher souvent ou pratiquer des activités physiques, avoir une alimentation diversifiée, ne pas être déprimé, avoir une bonne « satisfaction de vie », entretenir une relation suivie avec au moins 5 personnes proches ;
- Facteurs négatifs : revenus bas, faible niveau d'études, pression artérielle élevée, tabagisme, sédentarité, isolement social, prise de psychotropes, chutes à répétitions et présence de pathologies chroniques telles que dépression, diabète, asthme, cardiopathie, BPCO, AVC, baisse importante de l'audition. Ces facteurs de risque, qui traduisent la « fragilité » de l'individu, sont importants à dépister pour proposer une intervention adaptée.

Cependant, le terme de fragilité ou *frailty* des Anglo-Saxons (certains auteurs préfèrent utiliser le terme de vulnérabilité) est un concept gériatrique qui suggère un état d'instabilité avec risque de perte fonctionnelle ou de majoration de la perte fonctionnelle existante. La fragilité peut se concevoir

comme une étape intermédiaire entre le vieillissement habituel et le vieillissement pathologique. Sa définition la plus simple correspond à « l'impossibilité de répondre de façon adaptée à un stress qu'il soit médical, psychologique ou social ». La fragilité constitue alors un état d'équilibre précaire entre la bonne santé et la maladie, l'autonomie et la dépendance, l'existence ou l'absence de ressources et, enfin, la présence ou non d'un entourage. Il est important de souligner que cet état possède à la fois un caractère dynamique et évolutif, et qu'il peut être amélioré par des actions adaptées. On peut considérer que 10 à 20 % des personnes âgées de 65 ans et plus sont fragiles. Cette proportion augmente rapidement avec l'âge, pour atteindre 50 % chez les plus de 85 ans. Il s'agit d'un groupe de personnes âgées à haut risque d'hospitalisation, d'institutionnalisation, de chutes et de décès.

Le facteur psychologique est souvent négligé en médecine. Pourtant les évènements de vie ont un impact qui évolue fortement avec l'avancée en âge. Ainsi, après 70 ans, de nombreux évènements négatifs peuvent compromettre la qualité de vie et entraîner une décompensation, tels que la perte du conjoint, le divorce des enfants, les conflits de famille ou la survenue d'une maladie personnelle. Alors que d'autres évènements, au contraire, vont avoir une influence positive : naissance d'un petit-enfant, guérison d'une maladie personnelle ou du conjoint, ou même, rencontre d'un nouveau partenaire.

Lorsqu'on étudie les données de la littérature, chaque auteur fournit sa définition de la fragilité des personnes âgées. Dans les années quatre-vingt, les premières définitions étaient axées uniquement sur la dépendance et la limitation fonctionnelle, ou sur la perte des réserves physiologiques.

En 1994, Linda P. Fried a proposé une approche plus médicale en utilisant l'expression de « syndrome de fragilité », qui associe de façon variable les

signes et symptômes suivants : fatigabilité, asthénie, anorexie, déshydratation, amaigrissement, troubles de la marche et de l'équilibre, etc. Parmi les facteurs favorisants de l'état de fragilité, on peut citer : l'âge (responsable d'une baisse des réserves fonctionnelles, surtout après 85 ans), l'absence d'exercice (qui favorise la sarcopénie et le risque de chutes), une alimentation inadaptée (entraînant une dénutrition), des facteurs génétiques, des facteurs immunologiques, les modifications hormonales (qui participent notamment à l'ostéopénie), les pathologies associées (en particulier la polyopathie, les troubles cognitifs et la dépression), les médicaments (iatrogénie) et enfin des facteurs environnementaux comme décrit plus haut (décès du conjoint, isolement social, aidant unique, etc.).

Enfin, il semblerait que le syndrome de fragilité soit un meilleur facteur prédictif du risque de complications que les pathologies elles-mêmes. Il est donc important d'identifier les personnes âgées fragiles le plus tôt possible pour proposer des aides adaptées et corriger les déficits constatés. (Trivalle, 2016, p.8)

7. Le vieillissement en Algérie

Près de 11 millions, sur une population globale de plus de 40 millions d'Algériens, représentaient la catégorie des 60 ans et plus en 2019, a révélé, mercredi à Alger, le représentant de l'Office national des Statistiques (ONS), Hamid Zidouni, prévoyant un nombre global de la population de l'ordre de 57,6 millions en 2040, rapporte l'agence officielle.

Intervenant lors d'une rencontre nationale dédiée aux personnes âgées, M. Zidouni a fait savoir que le taux d'accroissement annuel moyen de la population âgée de 60 ans a atteint 2,5 % et ce, depuis 1963, expliquant ce fait par « le changement du profil démographique » propre à l'Algérie, à

savoir une baisse de la fécondité en même temps qu'une baisse de la mortalité. (www.algerie-eco.com)

Les dirigeants politiques et autres, qui ne rataient jusque-là aucune occasion pour répéter pompeusement que "l'Algérie est un pays jeune" et qui présentaient sa population comme un atout indéniable du développement économique, devront bientôt se raviser et trouver d'autres facteurs à mettre en relief. Et pour cause : les universitaires et chercheurs viennent de tirer la sonnette d'alarme sur le vieillissement accéléré de la population algérienne. En effet, pour la brochette d'universitaires ayant pris part au colloque international organisé hier par la faculté des sciences humaines et sociales de l'université de Tizi Ouzou en partenariat avec l'université française de Haute-Alsace, sous le thème "Le vieillissement, la maladie d'Alzheimer, la dépendance : nouveaux problèmes, nouveaux enjeux", l'Algérie doit se préparer dès maintenant au phénomène du vieillissement auquel elle est désormais confrontée et qui s'accélère pour atteindre des proportions inquiétantes à l'horizon 2040. "En 2040, un Algérien sur cinq aura plus de 60 ans, soit la même proportion qu'en France aujourd'hui", est-il révélé lors de ce colloque au cours duquel l'Algérie a été citée parmi tous ces pays du Sud où la part des plus de 65 ans augmente de manière beaucoup plus rapide qu'elle ne l'a été en Europe et où elle devrait doubler d'ici 2050. Tablant sur une population de 50 millions d'habitants en 2050, Lallouna Tillou, une psychologue clinicienne et maître assistante à l'FSHS de l'université de Tizi Ouzou, a estimé le taux des personnes âgées à l'horizon 2050 à 22% de la population algérienne. "L'Algérie a vécu jusque-là sur des données démographiques qui ne prennent que rarement en compte la frange des plus de 60 ans, en raison de la jeunesse de sa population. Or, depuis 2009-2010, la situation tend à connaître un fléchissement relatif dans la mesure où le troisième âge devient plus visible", a-t-on relevé, précisant que ces plus de

60 ans passent de 7,4 à 7,7% de la population et que cette tendance est appelée à s'amplifier dans la décennie à venir. Aucun des professeurs approchés n'a voulu préciser la source de ces données, mais à leurs yeux, le plus important est de se pencher sur les besoins qui vont s'affirmer en matière de prise en compte des maladies impliquant une forte dépendance et de résoudre la question complexe des acteurs et des professionnels qui doivent accompagner des dispositifs qu'il faudrait aussi penser. À ce titre, les spécialistes conviés à ce colloque ont relevé que dans la société algérienne les personnes âgées vivent le plus souvent au sein de leur famille par obligation morale et sociale mais déplorent toutefois l'absence de dispositifs généralisés de protection sociale des personnes âgées laissées ainsi dépendantes des seules formes de solidarité familiale dans une société marquée pourtant par l'émergence d'un processus d'individualisation qui commence à toucher jusqu'aux régions rurales. C'est d'ailleurs pour se préparer au développement de ce phénomène que les spécialistes, réunis lors dudit colloque, ont jugé des plus utiles de travailler profondément, d'ores et déjà, sur les thèmes du vieillissement, de la dépendance et de la souffrance, suivant une approche pluridisciplinaire sur les dispositifs institutionnels et l'environnement social face au vieillissement, la dépendance et la souffrance ainsi que les métiers d'accompagnement social. (www.liberte-algerie.com)

II. L'institution gériatrique

1. Définitions des concepts

1.1 Gériatologie et gériatrie :

Les deux mots gériatologie et gériatrie, nés à l'aube du XXe siècle, le premier en 1902 (Metchnikoff), le second en 1909, formé en anglais (*geriatrics* d'après *pediatrics*), utilisent le grec *gerôn* « vieillard » pour désigner l'étude systématique et la médecine particulière à la vieillesse. L'idée, surtout la seconde, n'était pas neuve, mais le progrès des connaissances ne permettait pas encore cette spécialisation.

Pourtant, on lit dès 1809, sous l'Empire, dans un dictionnaire des mots dérivés du grec, sous l'étiquette *géromie* : « partie de la médecine qui traite du régime que doivent observer les vieillards ». Le mot était formé avec le verbe grec *koméo* « prendre soin ». Le mot grec *gêron* avait servi à nommer au début du XVIIe siècle le vieillard en tant que personnage de théâtre et notamment de comédie (*un géronte*), mais dans *gériatologie*, on était revenu au véritable vieillard dans ses fonctions historiques de chef, en Grèce antique. Parallèle à l'histoire médicale, la *géromie* constatait l'utilité d'une hygiène de vie adaptée au grand âge ; le mot, sans doute trop limitatif, n'eut pas un grand succès. Mais la gériatrie, domaine médical et pharmacologique et surtout la gériatologie, discipline carrefour (psychophysiologie, sémiologie, thérapeutique, techniques hospitalières, sociologie) - on parle de *gériatologie sociale* - devenaient indispensables, dès lors que le problème de la vieillesse devenait un enjeu humain majeur des sociétés postindustrielles. (Trivalle, 2016, p.27)

Selon le grand dictionnaire de psychologie, la g erontologie est une science qui vise à expliciter les mécanismes du vieillissement.

La g erontopsychiatrie quant à elle, est une discipline médicale traitant des troubles mentaux liés à l'âge.

Le vieillissement de la population, accru de nos jours, a rendu nécessaires des recherches récentes, dont bénéficie la g erontopsychiatrie, sur des troubles aussi divers que ceux dus   un amoindrissement des facultés sensorielles (vision, audition) ou psychomotrices, à des difficultés de mémorisation ou à des problèmes liés aux conditions de vie (la sédentarité, par exemple).

La g erontopsychiatrie concerne également l'évolution avec l'âge de maladies mentales que le sujet aurait présentés antérieurement. Elle s'attache à traiter ces troubles ou à ralentir leur progression par des prescriptions médicamenteuses adaptées à l'âge et à l'état présent du patient ou par des méthodes psychologiques. (Grand dictionnaire de la psychologie, 1999, p.1462)

1.2 Institution gériatrique :

Les institutions g erontologiques portent aujourd'hui différents noms tel que EHPAD ( tablissement d'hébergement pour personnes âgées), Foyer logement, USSMA (unité de soins spécifiques pour malade d'Alzheimer), Cantous, Long séjour, etc., mais le grand public a tendance à les regrouper sous le nom de maison de retraite.

Or, le terme même de maison de retraite mérite que nous nous y arrêtions quelques instants tant il dit le paradoxe de ces institutions qui sont des lieux qui ne sont pas ceux qu'ils disent être.

Si nous savons tous ce qu'est une maison, dès lors que l'on y associe la préposition de, et un autre nom, le Robert de Poche (1995) nous précise

qu'alors cette maison est un édifice pour un usage spécial comme une maison d'arrêt, une maison de tolérance, etc. Dans une déduction logique, la maison de retraite serait celle destinée à la retraite et elle serait construite pour y faire usage de sa retraite. En suivant ce raisonnement, nous pourrions nous attendre à retrouver tous les retraités dans ces maisons or ce n'est pas le cas.

Mais alors, si la maison de retraite n'est pas une maison pour y faire usage de sa retraite, c'est bien que cet endroit sert à un autre usage et il ne faudrait pas faire l'erreur de croire que ce terme contient une violation sémantique. Puisque telle est la réalité, c'est vers le premier sens étymologique de retraite qu'il faut chercher. Retraite est un participe passé de l'ancien verbe retraire qui signifie retirer quelque chose de son milieu. En l'occurrence, il s'agirait ici de retirer, d'enlever la personne âgée de la société. (Darnaud, 2007, p.91)

2. Les différents types d'institutions

Il existe plusieurs catégories d'établissements d'accueil pour les personnes âgées. Les conditions d'accès, de prise en charge éventuelle selon le degré d'autonomie, varient selon le type d'établissement et selon qu'il dépende du secteur public, du secteur privé ou du secteur associatif.

Résidence pour personnes âgées : C'est une réalisation immobilière, en général haut de gamme, qui accueille les personnes âgées valides de plus de 60 ans. Le résident peut quelquefois être propriétaire de son logement, emménage dans ses meubles et bénéficie des services communs qui peuvent être assimilés à ceux du foyer logement.

Foyer logement : Il s'agit d'un hébergement dans un appartement autonome, tout en disposant de services collectifs facultatifs. Si les ressources sont faibles, il existe une possibilité de prise en charge par l'aide sociale, si le foyer en a reçu l'habilitation par le département.

Les « *foyers soleils* » sont des appartements répartis au milieu de logements ordinaires (ex : HLM).

Les villages retraites sont de plus en plus prisés par les personnes âgées valides. Il s'agit de pavillons individuels, loués ou achetés, implantés le plus souvent en zone rurale, dans un espace surveillé et protégé.

Maison de retraite : Les maisons de retraites (publique, privée ou associative) accueillent des personnes valides ou semi-valides. Elles offrent des services collectifs et un encadrement médical et paramédical. Elles peuvent disposer d'un pourcentage de lits de section de *cure médicale* afin de garder des personnes entrées valides, et qui au fil des années ont perdu santé et autonomie.

EHPAD (établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes) :

Ils désignent en France la forme d'institution la plus répandue. Les unités de long séjour assurent l'hébergement des personnes présentant plusieurs pathologies avec perte d'autonomie. Elles nécessitent des soins médicaux importants et constants et doivent justifier d'équipements adaptés et de personnels spécialisés.

MAIA (maisons pour l'autonomie et l'intégration des malades d'Alzheimer) :

Ce sont des résidences médicalisées (publiques ou privées) spécialisées dans la prise en charge des personnes âgées souffrant de détérioration intellectuelle. (Beaulieu et al., 2010, p.8-10)

Il existe également des structures d'hébergement temporaires ou à temps partiel :

L'hébergement temporaire : C'est une forme d'accueil limité dans le temps (trois mois) ; intermédiaires entre le foyer et la maison de retraite, ces structures peuvent être autonomes ou rattachées à une maison de retraite médicalisée (EHPAD).

L'hébergement temporaire est indiqué en cas d'absence des proches, de sortie d'hospitalisation, de travaux dans le logement de la personne âgée, etc. Il peut aussi permettre à une personne âgée de se familiariser avec une maison de retraite et de voir si elle lui convient ou non avant de s'y installer définitivement.

L'accueil de jour : Il est destiné à des personnes vivant à domicile. Il permet de les accueillir pour une période allant d'une demi-journée à plusieurs jours par semaine.

Les accueils de jour sont situés dans des hôpitaux gériatriques, dans des maisons de retraite médicalisées (EHPAD) ou sont autonomes. Les personnes âgées bénéficient d'activités visant à les stimuler et à maintenir leur autonomie.

Il existe des structures d'accueil de jour spécifiques pour les personnes souffrant d'une maladie d'Alzheimer ou apparentée. L'admission se fait après un diagnostic établissant l'existence de troubles neurodégénératifs.

L'accueil de jour permet également aux aidants de la personne âgée de profiter de moments de répit.

L'accueil de nuit : C'est un mode d'hébergement à temps partiel en maison de retraite destiné à des personnes vivant à domicile. Il leur permet de bénéficier des services de la maison de retraite, en particulier pour l'accomplissement des actes de la vie quotidienne : coucher, lever, habillage, toilette, prise de médicament, de repas...

L'accueil de nuit favorise ainsi le maintien à domicile de personnes ayant une perte d'autonomie. Il permet également aux aidants de la personne accueillie de profiter de moments de répit. (www.maisons-de-retraite.fr)

3. Les différents types d'entrées en institution

L'entrée en maison de retraite serait-elle une sortie de la vie ordinaire, un retrait de la vie normale ? Si tel était le cas, cette entrée serait une entrée vers quoi ? Le mot est difficile à prononcer. Alors on dit : la résidence c'est (aussi) un lieu où l'on peut être soigné, surtout si l'on fait une chute, un lieu où l'on peut être protégé, un lieu où l'on est surveillé et d'où l'on ne peut sortir par erreur. C'est un lieu où il n'y a ni la solitude ni l'indifférence. Oui mais voilà, ce sont des mots pour dire ce qui n'est pas facile à dire, des mots qui enjolivent la réalité et la dérobent aussi. Entrer dans une maison de retraite, dans une résidence, cela n'a rien d'anodin, ni pour les résidents, ni pour les professionnels, ni pour le public.

Il s'agit certes de lieux de vie, mais ces lieux de vie ont tout de même la particularité d'être d'ultimes lieux de vie. Il s'agit certes de lieux où l'on travaille, mais tout de même, on y accompagne souvent la fin de vie. Ce sont des lieux où l'on peut faire des visites à des personnes connues, mais nul n'est tout à fait assuré d'y revenir du vivant des personnes : le risque est grand qu'y surgisse un décès. Ces résidences et maisons de retraite accueillent des personnes dont parfois les capacités à l'autonomie physique,

psychique ou sociale sont altérées, gravement pour certaines. Du reste, à la faveur de la promotion de la moderne « autonomie individuelle », ces maisons et résidences deviennent le lit de l'incapacité à vivre selon la norme prônée dans une société de consommateurs jeunes, dynamiques, en bonne santé. (Le Doujet, 2005, p.50)

Une entrée en institution ne s'improvise pas. Il faut y préparer la personne, future « résidente ». Il faut aussi y préparer la personne aidante. Plus sa charge de travail est lourde, plus la rupture sera brutale et mal supportée. Il faut préparer l'institution à l'accueil de cette nouvelle personne. La personne candidate est à informer, même si elle semble ne pas comprendre ou oublier. Elle doit visiter l'établissement, y rester quelques heures, participer à des animations, voire y résider quelques jours si c'est possible. Des agents de l'institution connaissent son dossier et viennent se faire connaître d'elle avant son entrée.

Pour la personne aidante, il importe de lui prouver que le lien affectif ne sera pas rompu : d'où la nécessité d'un établissement proche du domicile de l'aidant (et non du résident), et d'un établissement où la coopération avec les familles soit la règle, où les familles soient impliquées.

Bien évidemment, le consentement est une obligation légale. Plus qu'un consentement subi, c'est une coopération active à la décision qui doit être recherchée. L'entrée en institution est une décision trop importante pour être bâclée avec des informations erronées ou trompeuses.

Différentes situations sont à envisager :

- **La personne est lucide, autonome et demande elle-même son admission**

C'est une personne isolée, mentalement autonome, mais ayant des handicaps physiques qui limitent ses activités de la vie quotidienne. L'environnement ne lui fournit pas les aides dont elle a un besoin impératif.

Il peut s'agir d'une personne, ou d'un couple, isolé, sans handicap majeur, désireux de ne plus s'occuper du quotidien. Il importe de vérifier si la demande ne cache pas un déficit masqué, syndrome dépressif plutôt que démence débutante, « régression psychomotrice », psychologie de démission.

Ce peut être une personne valide désireuse de se rapprocher de ses enfants.

Ces demandes appellent quelques questions :

Est-ce une démarche volontaire ? S'agit-il de la pression de la famille, que ce soit par excès de précaution ou par désir de récupérer le logement ? De la pression de professionnels : infirmier, assistante sociale (certaines voudraient placer tous les vieux), médecins (parfois manipulés par la famille) ? De la pression de voisins ; de la municipalité ? Combien de fois une pression bien ou malveillante conduit-elle une personne à demander un « placement » qui n'est ni nécessaire ni souhaité.

- **La personne semble lucide et autonome, sa famille demande son admission en institution**

Nul ne peut décider pour autrui. C'est à la personne de décider. Il faut vérifier si la personne a les capacités de vivre chez elle seule ou avec l'aide de professionnels. Avant d'éconduire la famille, il faut s'intéresser aux facteurs explicatifs : crainte injustifiée et abus de précaution ; déficits masqués par la personne ; conflit familial ; refus des enfants de s'impliquer dans le maintien au domicile. Ce n'est pas la même chose de

rester chez soi, de rester chez sa fille (donc chez son gendre), de faire venir sa fille à son domicile. La charge imposée à un des enfants peut être abusive, intolérable pour lui. L'échec culpabilise et empoisonne les relations familiales. C'est la cause de bien des situations de crise.

On ne doit ni imposer la décision des enfants au parent ; ni imposer la décision du parent aux enfants. On ne doit jamais forcer un enfant à garder un parent contre son gré.

- **La personne est ou semble incapable de décider pour elle-même**

Une majorité de cas est concernée. Demander une tutelle qui met des mois à être décidée et place la personne sous l'autorité d'un tuteur responsable en fait des seules finances ne résout le problème ni du point de vue légal - placer contre le gré reste une séquestration illégale -, ni du point de vue éthique. Laisser la personne chez elle si elle ne peut y être aidée et soignée lui est préjudiciable, l'admettre sans consentement réel est une atteinte à sa liberté et entraîne un risque (fugue, épisode dépressif, réactions hostiles, aggravation des troubles).

- **La personne paraît incapable de décider mais refuse l'admission**

Le refus peut s'exprimer de façon claire, ou par une attitude chez une personne ayant perdu ses capacités d'expression verbale. En principe toute admission est impossible, ce serait une séquestration. La mise sous tutelle permet une telle admission forcée. Elle sera ressentie comme un emprisonnement et le résultat a des chances de devenir catastrophique : fugues, agressivité, glissement, etc. Il peut n'y avoir pas d'autre solution. Pour proposer la moins mauvaise attitude, il faut recueillir des informations supplémentaires.

Sauf les rares cas psychiatriques de vieux paranoïaques délirants, les pathologies gériatriques ne relèvent pas de la législation du placement à la demande d'un tiers. Ni les EHPAD, ni les SLD ne sont des unités fermées régies par cette législation qui n'a pas lieu d'y être appliquée.

La mise sous tutelle est la moins mauvaise solution, mais c'est une solution insuffisante en l'absence d'une prise en soin médicale visant à diminuer ces troubles douloureux pour le malade et son entourage. La tutelle autorise légalement le « placement », elle ne le rend pas pour autant tolérable pour le malade. Toute admission en institution décidée contre le gré de la personne, voire sans information, reste une maltraitance mal vécue. Parfois il n'y a guère d'autre possibilité.

- **La personne est incapable de décider, son état nécessite une institution médicalisée, la famille refuse l'admission**

Il existe plus de maintiens au domicile abusifs que d'admissions abusives en institution. Il est fréquent qu'une famille s'oppose à l'entrée en institution de son parent pour des raisons financières. Le système de financement met la principale dépense, l'hébergement, à la charge du résident malade ou à défaut de sa famille. Beaucoup de familles préfèrent éviter d'être taxées, préserver leur héritage, voire utiliser pour elles-mêmes les ressources de leur parent et refusent l'admission dans l'établissement proposé.

Soit le malade invalide est maintenu au domicile dans des conditions de soins et d'aides insuffisantes, soit le malade est adressé par la famille dans un établissement moins onéreux mais n'offrant pas les soins exigés par l'état de la personne. Le malade maintenu au domicile sans recevoir les soins nécessaires, s'y aggrave. Il s'agit d'une véritable maltraitance, la personne n'est pas soignée et ses ressources sont détournées.

- **La personne est capable ou non de décider. Son état nécessite un accueil en institution médicalisée mais aucune admission n'est possible en temps utile**

Une fois résolu le difficile choix de la meilleure solution pour la santé du patient et pour celle de l'aidant familial, quand cette solution est l'entrée en institution, celle-ci ne peut être réalisée, parce qu'il n'y a pas de place dans l'établissement compétent. Ce sont ceux qui en ont le plus besoin qui sont le plus refusés : les malades chroniques âgés les plus évolués, les plus handicapés, ceux qui relèvent d'une densité de soins de type hospitalier. Ils se trouvent coincés au domicile, ou dans un lit hospitalier aigu, ou en soins de suite. En dehors de ce dernier cas, ils n'y reçoivent pas de soins et aides donnés avec une compétence gériatrique. Le système est ruineux et il est maltraitant.

Une maltraitance quotidienne. Ces malades en attente n'ont pas accès aux soins nécessaires.

Annoncer, ou simplement avoir à proposer une admission en institution n'est pas facile. La situation est maltraitante par elle-même. Que la personne soit consciente de ses handicaps ou qu'elle soit anosognosique, le message est pénible à faire passer. De la qualité de l'annonce et de la préparation à cette admission dépend la tolérance à ce changement total de mode de vie et le succès de l'institutionnalisation.

Seule une décision personnalisée est admissible. Personnalisée selon les besoins précis de la personne malade : santé, handicaps, évolutivité, goûts, souhaits et culture. Personnalisée selon les capacités de l'établissement d'accueil : compétences, densités de personnel, proximité de l'aidant principal.

Seule une évaluation gérontologique multidisciplinaire peut garantir cette adéquation, parfois impossible. L'entrée en institution ne peut rester la décision d'un homme seul, qu'il soit médecin, travailleur social, directeur. Ce ne peut pas être une décision purement sociale ou purement médicale.

C'est probablement la décision la plus importante qu'une personne ait à prendre dans son existence, puisqu'elle sera plus irréversible que le mariage ! Or il est banal que cette décision ne soit ni réellement consentie, ni même préparée.

C'est pour cette personne, la plus vulnérable, la plus exclue du système aujourd'hui, qu'il faut s'entourer du plus de garanties, du plus de compétences. Ce n'est pas sa mise sous tutelle qui règle le problème, bien au contraire, puisque la décision peut lui être imposée sans même l'informer. C'est l'évaluation par une équipe indépendante et compétente, connaissant ou capable d'évaluer les capacités de l'établissement d'accueil choisi.

Une admission réfléchie et préparée fait du séjour en institution un succès pour la qualité de vie de la personne malade et pour ses proches. Offrir ces garanties à ces personnes ferait diminuer la peur de la « maison de retraite ». Cela coûtera moins cher que les interminables hospitalisations inutiles dans des services incompétents, voire hostiles. Cela limiterait les entrées en institution à ceux qui en ont besoin et que le système actuel a tendance à rejeter. (Moulias, 2007, p.239)

4. La personne âgée en institution

Pour bien vieillir, il est essentiel de se sentir une personne à part entière. Ce sentiment est intimement lié au sentiment d'appartenance à un ensemble plus vaste et plus important que soi-même et résulte de la capacité à apporter

une contribution, si petite soit-elle, à la collectivité ou à la société et d'être apprécié pour celle-ci.

Le fait de se sentir une personne à part entière vient également des relations satisfaisantes que l'on entretient avec sa famille, ses amis et ses pairs. Lorsqu'une personne se sent écartée de ceux-ci et inutile, ou lorsqu'elle n'a pas de rapports valorisants, sa qualité de vie en souffre.

Pour une personne de grand âge, cette situation peut mener à un sentiment de désespoir face à la vie. Le sentiment d'être maître de son existence et d'être en mesure de prendre des décisions personnelles importantes, contribue au sentiment de bien-être. Parmi les décisions les plus importantes que doivent prendre ces personnes, celle qui touche l'entrée en Maison de Retraite est fondamentale. Tant qu'elles sont en mesure de décider des questions qui les concernent, et tant qu'elles sont laissées libres de le faire, la qualité de vie peut s'améliorer. C'est lorsqu'elles ne le sont pas, soit parce que l'on usurpe leurs droits, soit parce qu'il n'existe aucune autre alternative, que le sentiment de bien-être est touché. Des différences individuelles affectent également la vie des personnes qui vieillissent. Certaines ont tout ce qu'elles pourraient désirer et sont malheureuses. D'autres doivent surmonter des difficultés et trouvent pourtant le moyen de jouir de l'existence parce qu'elles ont la capacité de s'adapter.

Néanmoins, il est plus facile d'accepter les déceptions lorsque des réseaux d'appui ont été mis en place par une société qui se soucie de la qualité de vie de ses membres les plus âgés.

Bien des gens imaginent qu'à partir d'un certain âge, il ne faut plus parler de développement mais de détérioration ou tout au plus de maintien, l'individu ayant atteint un stade où tout changement est devenu pratiquement impossible. Les conséquences de ces stéréotypes sont désastreuses, à la fois pour la personne qui se laisse convaincre qu'elle n'a plus d'activité et pour la société qui se prive de services inestimables.

La plupart des personnes âgées ont tout ce qu'il faut pour continuer à développer leurs connaissances et leur habileté, pourvu qu'on leur donne la possibilité de le faire. Le plus grand obstacle qu'elles doivent vaincre est l'image négative que l'environnement leur renvoie et que trop souvent elles ont intériorisé.

Quand on peut modifier cette image positivement, rien, (si ce n'est les maladies ou le manque d'occasions favorables) n'empêchera les retraités de goûter jusqu'à leur mort, au plaisir de la découverte, il y va de la santé psychologique de l'individu.

La découverte chez soi ou de préférence avec d'autres au sein de petits ou larges groupes, au hasard de lectures et de rencontres est essentielle tant que la personne demeure active, diversifie au maximum ses intérêts et ne néglige aucune des possibilités de développements qui sont en elle.

Evoluer est une question de survie, pour la simple raison que le monde est en perpétuelle mutation et qu'il lui faut transformer constamment sa propre perception. Il lui faut accepter de changer et changer c'est vivre. Cesser d'évoluer, c'est se vouer à une mort sociale et finalement, à une mort psychologique. (Le Guen, 2001, p.154)

L'impact psychique est réel pour toute personne ayant à pénétrer dans une maison de retraite, qu'elle y entre en tant que professionnel, visiteur et surtout résident. Ce lieu de vie est investi avec réticence ; d'une manière générale, la question de l'accompagnement du vieillissement reste problématique et la dimension humaine est souvent évacuée (au profit de considérations financières), comme elle l'est, bien sûr, dans tous les domaines où la prise en compte de l'individu devrait primer sur le collectif. Mais ce phénomène est ici poussé à l'extrême du fait de cet impossible et insupportable à penser, pour chacun, sa propre finitude.

L'autre vieillissant persécute et il est plus simple de l'aborder avec distance et dans l'instant, plutôt que de l'investir dans une relation où perce l'écho de son propre vieillissement. Or, nombre de comportements observés, qu'ils soient maltraitants ou motivés par une trop grande préoccupation du bien-être de l'autre, et qui concourent ainsi à gommer l'existence propre de la personne âgée, révèlent la nécessité de ce temps de réflexion. (Goetgheluck, 2011, p.20)

L'évolution psychologique de la personne âgée est très hétérogène. Mais nous savons tous que l'avance en âge, et plus encore dans le grand âge est accompagnée de nombreuses pertes : diminution ou perte de certaines capacités, perte de personnes proches, famille ou amis, perte du sentiment d'utilité sociale, diminution ou perte de l'estime de soi, perte de ses repères lors d'une hospitalisation ou d'une entrée en établissement...

Ces éléments sont généralement connus des professionnels du secteur gérontologique, mais il est toujours utile de garder en mémoire que les sources de stress sont nombreuses, et encore plus marquées lorsque diverses pathologies sont associées au vieillissement avec le risque d'entrée dans la dépendance.

Sous la pression de ces événements qui mettent à rude épreuve les capacités d'adaptation, ou du fait de la crainte de leur survenue, la personne peut se sentir intérieurement menacée et l'identité peut alors être sérieusement ébranlée.

Pour faire face aux renoncements auxquels les contraint l'avance en âge et à l'anxiété, les sujets peuvent avoir recours à des mécanismes de défense inconscients.

- Certains vont refuser d'admettre qu'ils ont vieilli et vont être dans le déni, en refusant, par exemple, l'appareil auditif dont ils auraient besoin...

- Certaines personnes plutôt connues antérieurement comme agréables, mais un peu autoritaires, vont parfois développer des comportements difficiles à supporter.

L'entourage a alors droit à des reproches prononcés avec colère : « Vous ne comprenez rien, mêlez-vous de vos affaires ! » « Vous n'êtes jamais là quand on a besoin de vous, pourtant je paye assez cher ! ». Avec la famille, cette agressivité peut aussi se manifester par des petites « piques » plus subtiles : « Ah, tu as encore changé ta voiture ? Tu es riche, toi ! » Les menaces et le chantage peuvent aussi être utilisés. Quant à l'ironie, elle peut, également exprimer de l'agressivité : la fille fait une remarque à sa mère, et la réponse fuse : « C'est vrai que toi, tu ne te trompes jamais ! » ; les enfants arrivent en retard et sont accueillis par « Ah ! Vous voilà déjà ! ». Enfin, l'opposition (« Non, je n'irai pas chez le médecin ! ») et la passivité (faire la tête, se murer dans le silence), fréquentes dans la vieillesse, peuvent témoigner d'une attitude hostile.

Il est difficile de comprendre et d'accepter de tels comportements parce qu'on n'a plus envie de se retrouver dans la situation du petit garçon ou de la petite fille qui doit obéir au doigt et à l'œil. Mais pour la personne âgée, c'est peut-être une manière de tenir les autres dépendants de soi pour contrebalancer le fait d'être dépendant des autres. Dans certains cas, la seule façon qu'il reste pour manifester son existence est le pouvoir de dire « non ». Il faut savoir aussi qu'avec l'âge, les rituels prennent de l'importance et sont des repères qui procurent une certaine sécurité.

Si l'agressivité peut faire partie des traits de personnalité, elle est aussi susceptible d'apparaître lorsque la personne est amenée à vivre des événements difficiles pour elle, lorsqu'elle est confrontée à la frustration et à des obstacles à la satisfaction de ses besoins. C'est peut-être la raison pour laquelle certaines personnes, autrefois douces, deviennent irritables et désagréables, et ce, d'autant plus qu'elles ont des difficultés à exprimer

clairement la souffrance qu'elles ressentent. Ce qu'on considère comme de la méchanceté exprime parfois une forme de protestation contre les avatars du vieillissement. La vieillesse est souvent marquée par le retour de la peur d'être abandonné qui habite l'enfant. La solitude peut alors être particulièrement difficile à vivre.

Ces appels peuvent correspondre à un besoin de se rassurer : je vous rappelle que j'existe au cas où vous m'oublieriez, où vous préféreriez vous occuper davantage des autres résidents...

La solitude est peut-être aussi trop pesante et parler à quelqu'un devient presque une urgence. Il peut s'agir également d'une volonté, inconsciente, de maintenir son entourage, aidants familiaux ou professionnels, sous sa coupe.

Des personnalités dites « abandonniques » ont eu une enfance caractérisée par un trouble de l'attachement dû soit à un réel abandon, soit à des parents ressentis comme affectivement peu présents. Le résultat en est une insécurité affective durable. Lors d'un stress comme celui que représente l'avance en âge avec les pertes qui l'accompagnent, ces personnes peuvent présenter une décompensation psychologique marquée par la recherche incessante de l'attention et de l'affection des proches ou des soignants, la demande exigeante et capricieuse de visites, des appels téléphoniques fréquents, de jour comme de nuit. Des personnes âgées se réfugient dans la régression et adoptent des comportements infantiles, comme le chantage, la jalousie, le refus de s'occuper d'eux-mêmes...

Des personnes vont, se plaindre, sans arrêt, d'avoir mal quelque part, devenir hypocondriaques... Elles ont mal au genou, leurs fonctions intestinales sont perturbées, elles sont fatiguées, elles souffrent du dos, elles n'ont pas dormi de la nuit, depuis quelque temps, elles ont souvent des aigreurs d'estomac... « Les médicaments ne me font rien, ça ne va toujours pas mieux... » Une

grande partie de la conversation est consacrée à tous les maux dont elles souffrent.

Le fait de ressentir un malaise physique peut être un mécanisme de défense inconscient pour éviter la douleur psychique d'une émotion pénible. Ces personnes consultent parfois de nombreux médecins, subissent de nombreux examens, sont l'objet de prescriptions multiples. Cette inquiétude pour le corps est devenue un mode de vie, une tyrannie du corps qui peut finir par exaspérer l'entourage familial ou professionnel.

Les plaintes somatiques incessantes peuvent témoigner d'une anxiété, ou même traduire un état dépressif. C'est le corps qui exprime ce qui ne peut être verbalisé. (Badey-Rodriguez, 2008, p.70)

5. Le mode de vie en institution

La vie en institution impose aux personnes âgées d'abandonner un certain nombre de rôles (domestiques, en particulier, pour les femmes) et de reconfigurer certains autres, en particulier les rôles familiaux.

En effet, l'institution pourvoit à l'ensemble des besoins des résidents : ils n'ont plus besoin ni de faire leur cuisine, ni de s'approvisionner, ni de laver leur linge, ni de faire leur ménage... Si l'abandon des tâches ménagères peut constituer un soulagement, il implique également une déstructuration de l'emploi du temps quotidien. Ces abandons imposés par l'institution de manière accélérée mettent en évidence une des caractéristiques du vieillissement aux âges élevés : les rôles abandonnés sont rarement remplacés par d'autres. Lorsqu'ils le sont, les nouveaux rôles sont peu gratifiants (rôle de malade, de mourant, par exemple), peu consistants et peu structurants de la vie quotidienne. L'avancée en âge à d'autres périodes de l'existence implique les mêmes renoncements, mais ils sont compensés par d'autres rôles, conférant de nouvelles responsabilités, attachés à des statuts

qui ouvrent des droits plus larges, donc davantage valorisés. Les rôles de personnes âgées ou de vieillards offerts aux individus sont d'abord définis par la perte, par l'écart (négativement perçu) avec les adultes (ce terme faisant référence dans le sens commun à la maturité) : la vieillesse et plus encore l'extrême vieillesse sont actuellement construites au mieux comme un âge inutile, au pire (et le plus souvent) comme un fardeau social. Le rôle de « résident » est marqué par l'indétermination, en particulier parce que les établissements sont conçus comme des institutions « d'accompagnement » des personnes au grand âge et refusent de prescrire des normes de comportement.

5.1 Recomposition des rôles domestiques :

Un des défis de la vie en institution est donc, pour les personnes âgées, d'occuper leur temps. Le réinvestissement de rôles antérieurs, rôles domestiques pour les femmes, rôles professionnels pour les hommes, est la manière la plus courante de le relever. Les résidentes continuent à coudre, à faire « des bricoles », et souvent « leurs » poussières, alors que le ménage est pris en charge par l'établissement.

Mais cette reprise des rôles domestiques est limitée, par le contexte institutionnel et par la fatigue de l'avancée en âge : les meubles sont époussetés, mais les travaux les plus pénibles (les vitres, la serpillière) sont laissés aux auxiliaires de service. Les rôles anciens servent de points d'appui mais, faute de pouvoir être joués pleinement, se décristallisent. Seules une à deux habitudes sont maintenues, de manière métonymique pour l'ensemble du rôle, que le contexte institutionnel recompose.

Certaines dimensions de ces rôles domestiques doivent trouver d'autres contextes pour s'exprimer ou être jouées sur un mode uniquement imaginaire. Cuisiner ne peut se faire que lors des visites au domicile des

enfants, ou lors des ateliers organisés par la maison. L'imagination est alors un palliatif puissant, qui fonctionne presque malgré soi, tant ces rôles ont été intériorisés.

De manière plus générale, le recours à la mémoire, à l'esprit, à l'imagination se fait plus fort au fur et à mesure de l'avancée en âge.

5.2 Persistance des statuts familiaux et aménagement des rôles :

Cette dé cristallisation et cette dématérialisation des rôles aux âges élevés sont particulièrement visibles dans les inflexions des rôles familiaux. La dématérialisation concerne particulièrement les rôles de grands-parents et d'arrière-grand-parent : en effet, selon Segalen et Attias-Donfut, ces rôles sont en retrait, à l'instar de « parents en second » (1998, p. 102) dont les seuls attributs réellement saillants sont la garde et l'accueil des petits-enfants. L'entrée en maison de retraite signifie souvent la fin des retrouvailles au domicile des grands-parents ou de l'arrière-grand-parent, parfois la mise en vente de la demeure. Les petits-enfants sont souvent des adultes, accaparés par leur propre famille. Les moments de vie commune se dispersent et se font plus rares. En outre, les espaces communs de la maison de retraite, par leur caractère semi-public et par la concentration de personnes âgées aux comportements parfois déviants, rendent souvent les relations malaisées.

Même lorsque les petits-enfants se réfugient dans la chambre de la personne âgée pour recréer un moment d'intimité familiale et mettre à distance les autres occupants de la maison de retraite, les rôles sont plus difficiles à jouer. Les enfants en bas âge sont difficiles à contenir dans une chambre. Les lieux empêchent par leur exigüité, pour les chambres, ou par leur anonymat, pour les salons, de renouer des relations sereines.

Ils obligent à une segmentation des relations familiales, les proches ne pouvant guère être plus de deux ou trois à rendre visite. Les temps de partage sont plus brefs, plus discontinus, plus limités. Et ils s'orientent plus vers la discussion, quand les visites au domicile de la personne âgée permettaient de partager des activités ou se nourrissaient simplement du partage de l'espace.

La dé cristallisation des rôles en habitudes et leur dématérialisation constituent ainsi des déprises internes aux rôles constitués, rôles familiaux et rôles domestiques en particulier, plus insensibles pour les personnes âgées. Alors que les individus prennent conscience de leur vieillissement lorsque les déprises concernent des secteurs entiers d'activité, le maintien des habitudes masque (ou cherche à masquer) les changements induits par l'avancée en âge. Ainsi, la dégradation des rôles en habitudes dans les maisons de retraite constituerait le mouvement inverse de celui décrit par Kaufmann (1994) dans la construction des rôles conjugaux ; la mise en commun d'habitudes personnelles dans les débuts de la vie conjugale oblige chaque conjoint à modifier marginalement ses propres habitudes, qui se transforment par la confrontation au nouveau contexte de socialisation conjugale.

De manière inversée, l'entrée en institution prive brutalement les personnes âgées de certains rôles, et les oblige à en réaménager fortement d'autres, alors même que leurs statuts perdurent dans le temps.

Le réinvestissement de rôles antérieurs et la transposition d'habitudes permettent de faire face au vide du nouveau contexte de socialisation. Continuer à cuisiner, à composer des menus, à essuyer les poussières, à répéter des gestes nécessaires au domicile quand bien même l'institution les rend superflus, permet aux résidents de créer une permanence entre la vie au domicile et la vie en institution, entre soi et soi-même. Ces habitudes,

dérivées des rôles et qui en prennent la fonction, assurent le maintien de soi dans le parcours de vieillissement. (Mallon, 2007, p.48)

6. L'institution gériatrique en Algérie

Il existe quarante foyers en Algérie. Des études ont été réalisées en Europe où la tradition des maisons de retraite est plus ancienne, alors qu'au Maghreb, à notre connaissance il n'y a pas d'études d'envergure. Les études, sur les foyers pour personnes âgées et handicapées (CNES 2003, CRASC 2010, M. Benchaïbi 2010, B. Moutassem-Mimouni 2012 ; etc.) montrent que malgré l'attachement des familles à leurs séniors, il y a des facteurs de risque à l'origine de l'admission de ces derniers dans ces centres.

L'examen des populations admises dans ces centres (CNES 2003) montre d'abord un nombre global faible (entre deux et trois mille personnes sur le plan national) ; ensuite il ne s'agit pas toujours de personnes âgées. Pour actualiser les caractéristiques des pensionnaires de ces centres d'accueil, notre étude intègre les résultats du centre de Tlemcen (Benchaïbi, 2010) et notre propre enquête (FPAH/Oran 2012) sur trois des quatre foyers dont dispose la ville d'Oran : Diar Errahma (Misserghine) accueillant hommes et femmes sans distinction d'âge ; le foyer pour personnes âgées et handicapées (FPAH) pour femmes (Emir Abdelkader) ; le centre pour personnes âgées et déshéritées CPAD (caserne Chabane) pour hommes et femmes.

Plus de la moitié des pensionnaires ont moins de soixante ans, en particulier dans Diar Rahma. L'analyse des chiffres selon le genre ne donne pas de différences significatives, il y a autant d'hommes que de femmes de moins de soixante ans. Ce fait renvoie à deux grands problèmes : la prise en charge des handicapés et celle des cas sociaux et mères célibataires ; il n'y a pas de structures pour ces dernières catégories, alors tous les centres de l'Action

Sociale en héritent y compris les foyers pour enfants assistés comme nous l'avons démontré en 2007.

Les taux dépassant les cent pour cent indiquent le cumul de plusieurs atteintes. Le handicap mental constitue le principal facteur de risque en particulier quand la personne est célibataire, viennent loin derrière le handicap moteur et sensoriel. Ces handicaps lourds touchent autant les plus de soixante ans que les plus jeunes.

L'origine du placement montre que la grande majorité sont, soit ramenés par la police ou par la direction de l'action sociale (DAS), soit transférés d'autres centres. Les membres de la famille à l'origine du placement (frères et sœurs suivis des fils/fille et petits-enfants) cumulent 13 % ainsi, si ces personnes ont une famille, celle-ci reste cachée. L'examen de l'origine géographique montre qu'en moyenne, moins de soixante pour cent disent venir d'Oran ; les familles, préfèrent-elles éloigner ou déposer dans une autre wilaya leur parent(e) malade pour éviter la stigmatisation et la honte ? La honte est un organisateur de la vie sociale et amène les individus à trouver des dérivatifs et des compromis pour protéger leur image et leur narcissisme, mais si la honte peut être un facteur de dissuasion pour ce qui est du délaissement des séniors (perçu comme malédiction), elle peut également être destructrice en générant colère et violence envers les personnes malades et âgées.

Ces foyers regroupent une population hétéroclite qui nous rappelle l'amalgame de l'Age Classique (M. Foucault, 1964) en Europe où toutes les catégories en difficultés étaient parquées dans des espaces inadaptés. Ce mélange n'est pas pensé, n'est pas organisé, mais se fait sur une base de culpabilisation affective plus que cognitive. Il ne s'agit pas de regrouper différentes catégories pour les amener à s'entraider et s'enrichir, mais c'est

plus un entassement primaire ; l'institution est loin d'être rationnelle et structurée.

En ce qui concerne la prise en charge dans ces centres, on peut dire que ces institutions en Algérie sont inégalement pourvues, elles sont souvent démunies de personnel spécialisé comme toutes les structures de l'Action Sociale qui fonctionnent, en grande partie, avec des personnels vacataires, filet social, emploi de jeunes, etc.

Il n'y a pas de gériatre, c'est-à-dire de spécialiste pour les personnes âgées et, les médecins, qui sont rarement à temps plein, sont des généralistes. L'institution fait appel à un psychiatre en cas de besoin et, c'est un infirmier qui applique les traitements. La gériatrie a du mal à démarrer, en particulier en Algérie où depuis les années 2000, les ministres de la santé annoncent la création d'hôpitaux de gériatrie à Sétif mais aussi à Sidi-Bel-Abbès, El Oued et Adrar, et un autre à Zéralda, mais hésitent à les mettre en pratique par peur que les familles n'y délaissent leurs parents malades. Il est peut-être plus utile, dans un premier temps, d'ouvrir des services de gériatrie dans les CHU et de développer la gérontologie pour mieux faire face aux besoins grandissant de cette population tant sur le plan de la santé que celui de la prise en charge sociale, psychologique. (Mimouni, 2013, p.11)

Synthèse

Le processus de vieillissement est complexe et multifactoriel mais il constitue avant tout une longue évolution de notre société.

Les personnes âgées vivant dans des institutions gériatriques sont confrontées à un stress particulier et ils y réagissent tous de différentes manières.

La préparation à l'admission, l'organisation d'un accueil chaleureux et l'analyse de la situation de la personne âgée sont autant d'éléments favorisant une adaptation réussie pour leur permettre de maintenir une vie sociale, apporter les soins nécessaires les concernant, essayer du mieux qu'on peut de leur donner la volonté pour continuer et avant tout, faire en sorte qu'ils puissent s'épanouir, qu'ils prennent goût à la vie et ainsi préserver leur qualité de vie pour limiter le plus longtemps possible l'aggravation de leurs maladies et leur permettre de « bien vieillir ».

Chapitre II

La crise existentielle

Préambule

Suite aux pertes auxquels l'individu fait face à la vieillesse, au cours de leur séjour au sein d'institutions gériatriques, en raison d'un sentiment d'inutilité ou même d'une impression qu'il leur reste quelques jours à vivre, certaines personnes âgées font face à un sentiment intense de mal-être qui s'installe progressivement les poussant à la recherche d'un sens accordé à leur existence.

C'est ce que nous allons aborder tout au long de ce chapitre qui traite sur la crise existentielle des seniors.

1. Les perspectives existentielles au XXI^e siècle

La psychologie existentielle s'inscrit dans le courant des disciplines existentielles, rattachées principalement aux sciences humaines et sociales. L'existentialisme en tant que courant n'en est pas à son premier fait d'armes. Dans l'histoire des idées, les sujets existentiels ont toujours été au cœur de questionnements fondamentaux, comme en témoigne l'apport des penseurs présocratiques (comme Parménide) qui accordaient une place prépondérante à « l'être » et à l'origine des choses du monde. La philosophie antique est baignée de sujets existentiels. On trouve ainsi, très largement, des réflexions sur la nature de l'existence et sur ce que signifie le bonheur : par exemple chez Marc Aurèle (2005, première Edition en 180 après J.-C.), stoïcien et l'un des derniers empereurs romains, qui a su traduire dans ses pensées intimes une philosophie quotidienne et transmettre des valeurs comme la perfection morale : « *Vivre chaque jour comme si c'était le dernier, sans torpeur ni agitation ni hypocrisie* » (p. 60) ou encore : « *Ai-je fait quelque chose pour la société... que cette vérité te soit toujours présente, et, où que tu sois, ne cesse de la méditer* » (p. 87).

Cette sensibilité existentielle chez les premiers penseurs de l'humanité a été un fil rouge de la production artistique et de la réflexion philosophique. En témoignent par exemple Mahler, Wagner, et Korngold pour la musique et l'opéra ; Kandinski, Marc, Friedrich, Giacometti pour la peinture et la sculpture ; Tolstoï, Buzzati, Kafka, Hesse, Zweig pour la littérature ; Sartre, Ionesco et Camus pour le théâtre ; Herzog, Rohmer, Von Trier pour le cinéma. (Bernaud, 2018, p.14)

La seconde partie du XIXe siècle et le XXe siècle ont été affectés par de grands bouleversements de société : de la révolution industrielle aux conflits meurtriers mondiaux qui mettent l'humanité à genou et font douter de la stabilité du sol sur lequel nous vivons. À l'issue de la Première puis de la Seconde Guerre mondiale, moments où l'absurdité et la finitude ont pris un relief phénoménal, l'attrait pour l'existentialisme a retenti à travers les productions de Martin Heidegger puis de Jean-Paul Sartre et d'Albert Camus. En 1945, la conférence de Sartre à Paris, « *L'existentialisme est-il un humanisme ?* », connaît un succès considérable. Dans Paris libéré, et qui a frôlé l'anéantissement, la pensée sartrienne a un écho particulier. D'une certaine façon, ces idées participent à déconstruire l'autoritarisme et aboutiront, quelques années plus tard, à inspirer les événements de mai 68.

À la fin du XXe siècle, des changements historiques et économiques accroissent l'intérêt pour les questions existentielles. La fin d'un monde bipolaire, produit de la chute de l'URSS et du mur de Berlin, accélère le questionnement sur l'avenir de l'humanité. La mondialisation comme modèle est vue d'abord comme l'expression d'un vent de liberté, avec la chute des frontières et la possibilité d'acquérir des biens de consommation à bas coûts. Le monde numérique participe à l'abolition des frontières physiques et à l'apparition de nouveaux modes de connexions entre les individus, de nouvelles fonctionnalités pour travailler différemment, pour

voyager et profiter de la vie. Très vite, pourtant, la société se grippe : le chômage de masse dans certains pays, les violences de toutes sortes, les guerres localisées et les attentats, la catastrophe écologique annoncée du réchauffement climatique soulèvent de nouvelles contraintes qui questionnent l'existence. L'émergence d'un consumérisme de masse et d'un marché du travail dérégulé, où les acteurs sont touchés par les risques psychosociaux et les problématiques de santé au travail, nous renvoie en miroir à la question de la cohérence et de l'absurdité de nos actes. Lipovetski (1983) a été l'un des premiers à sentir ce vent du « vide », ce risque du matérialisme inhérent au monde d'aujourd'hui qui fait perdre de la substance et de la verticalité à l'existence. La vacuité existentielle qui en résulte prend alors, pour beaucoup d'individus, des contours étranges (Lipovetski, 1983, p. 108) : « *Un malaise diffus et envahissant, un sentiment de vide intérieur et d'absurdité de la vie, une incapacité à sentir les choses et les êtres* ». (Bernaud, 2018, p.15)

Dans un autre registre, Wolton (2010) a très bien décrit ce qu'induit le monde numérique aujourd'hui, en particulier pour les nouvelles générations, ce qu'on peut illustrer par le concept de « solitudes interactives » : l'émergence d'individus hyperconnectés mais qui perdent de leur profondeur et de leur authenticité, ce qui interroge fondamentalement le sens et la valeur des relations humaines. Le siècle qui se déroule, qui pourrait être celui de la fin annoncée du travail et de son remplacement par la robotisation, pose alors fondamentalement la question du rapport à l'existence : que faire de nos vies si nous n'avons plus à les gagner ? Et que signifie, aujourd'hui, le fait d'être un être humain à l'heure où le transhumanisme apparaît dans le champ des possibles ?

Depuis l'Antiquité, le risque d'une société de « l'avoir » et du « paraître », qui prime sur une société de l'être, a été relevé comme un risque mortifère pour les civilisations.

Sénèque, déjà cité, considérait que l'être humain se consumait dans une insatisfaction chronique, visant l'accumulation de richesses, qui l'empêche d'être heureux. En essayant de se fondre dans la masse, piégé par le mirage de la publicité et du conformisme, l'être humain est face à une crise existentielle majeure.

De fait, il apparaît que les travaux et réflexions en psychologie existentielle sont en plein renouveau et en développement. L'ouvrage très argumenté de Séméria (2018) sur le harcèlement fusionnel témoigne de l'enrichissement des concepts et des perspectives heuristiques qu'apporte le questionnement existentiel pour le développement des pratiques. (Bernaud, 2018, p.17)

2. La psychologie et la psychopathologie existentialiste

La psychologie existentielle aborde les questions du rapport à l'existence : comment vivons-nous ? Quel est notre rapport au monde ? Quel type de relation engageons-nous avec nous-même et avec les autres ? Quels objectifs et significations donnons-nous à l'existence ? Quels choix fondamentaux sont les nôtres ? Dans cette optique, cette discipline académique permet de comprendre les choix de vie et les fonctionnements et dysfonctionnements qui sont générés par la vie et l'existence, dans des domaines aussi variés que le travail, la santé ou l'éducation, mais aussi dans la vie de tous les jours, qui peut inclure les loisirs, la vie familiale et amicale, les voyages ou la spiritualité.

Jacobsen (2007, p. 1) en donne la définition suivante : « *C'est une branche de la psychologie qui étudie l'être humain dans ses dilemmes de vie, appelés les grandes questions de vie. Elle a pour but de capturer l'esprit et*

les sentiments vis-à-vis de la vie. Elle est basée sur des réflexions philosophiques. »

Les questions posées par la psychologie existentielle sont courantes et profondes à la fois, au sens où elles traversent le quotidien de tous les êtres humains, quels que soient leur condition sociale, leur âge ou leur mode de vie. Par exemple, Batthyany et Russo-Netzer (2014, p. 3) citent les questions suivantes : pourquoi sommes-nous là ? Quels sont nos buts ? Quelles sont les valeurs que nous défendons ? Quel est le sens de la vie ?

Selon Winston (2015), la psychologie existentielle a aussi pour objet la capacité à explorer le sens et de donner du sens à l'existence.

Le renouveau scientifique est source de stimulations pour la formation des nouvelles générations, pour susciter le goût et l'innovation en matière de recherche fondamentale et appliquée, et pour développer de nouvelles pratiques et trouver des solutions concrètes à des questions de société. La psychologie existentielle s'inscrit dans ce cheminement et dans le mouvement de l'évolution des sciences humaines et sociales. Longtemps confinée dans des pratiques périphériques, associée à un flou théorique et à un tropisme philosophique et ésotérique excessif, la psychologie existentielle connaît son heure de maturité au XXI^e siècle avec l'approfondissement de nouveaux concepts comme celui de « sens » et la modélisation de nouvelles formes d'intervention, qui concernent aussi bien les individus, les groupes et les organisations. Pourtant, alors que les résultats de recherche sont aujourd'hui foisonnants et démontrent le bien-fondé des concepts existentiels, la partie n'était pas gagnée il y a quelques années : la psychologie existentielle « n'existait » pas pour ainsi dire dans les instances scientifiques, et n'arrivait pas à atteindre un niveau de crédibilité suffisant pour se développer.

La psychologie existentielle se donne donc pour objectif de comprendre les représentations, émotions, attitudes et comportements que les personnes développent face à l'existence et aux perspectives de choix de vie. Les niveaux d'analyse de la psychologie existentielle sont susceptibles de concerner les individus, les groupes ou les organisations. Inspirée par la philosophie existentialiste et de nature fondamentalement humaniste, elle vise à apporter des réponses concrètes aux sociétés en doute, au mal-être individuel et collectif, mais aussi tente de favoriser une meilleure harmonie entre les individus et leurs environnements. La psychologie existentielle peut également être considérée comme une approche pouvant s'associer à d'autres disciplines ou pratiques. De ce point de vue, elle est adaptée à une approche intégrative, par exemple dans les psychothérapies ou les pratiques de conseil.

Sur le plan international, la psychologie existentielle témoigne d'un dynamisme croissant des travaux de recherches et offre un panel important d'applications. Elle donne lieu aussi bien à des méthodes classiques d'intervention (entretien phénoménologique, psychothérapie existentielle par exemple) qu'à des approches innovantes (utilisant des pédagogies actives et/ou des approches digitales) pour aider les personnes à gérer leur existence, à s'inscrire dans une perspective humaine et à développer leur parcours de vie. Elle remet au goût du jour, à partir d'une approche scientifique, les concepts de sens de la vie, de liberté, de responsabilité, ou encore de sagesse. (Bernaud, 2018, p.18)

Profondément influencée par la philosophie existentialiste à laquelle elle emprunte des éléments essentiels du cadre théorique et une grande partie du vocabulaire, la psychopathologie existentialiste, approche relativement peu connue, a d'importantes implications pour la compréhension de l'existence de la personne qui présente des troubles psychologiques, ainsi que des

troubles eux-mêmes. L'étude des contributions dans le domaine de l'approche existentialiste montre que le plus grand effort de réflexion et de recherche a été fait dans le champ de l'intervention. Le principal représentant de cette direction est Rollo May qui s'est trouvé pendant une longue période à la tête du mouvement de psychothérapie existentialiste américaine.

Dans le cadre de l'approche existentialiste, il faut chercher avant tout à voir le patient tel qu'il est réellement, à le découvrir en tant qu'être humain, en tant qu'être-dans-le-monde, et non pas comme une simple projection de nos théories à son propos. Cette approche nous montre qu'il faut considérer la personne humaine comme un processus plutôt que comme un produit. Très concernés par la volonté et la décision humaines, les existentialistes insistent sur le fait que l'être humain peut influencer sur sa relation à son destin. L'approche existentialiste remet en question la frontière entre « normalité » et « pathologie » en nous faisant découvrir une psychopathologie de la moyenne, largement partagée par les membres de notre société qui vivent l'angoisse de l'isolement et de l'aliénation. (Ionescu, 2015, p.135)

3. Les concepts fondamentaux de l'approche existentialiste

3.1 La volonté :

Les existentialistes sont très concernés par la volonté et la décision humaine. Comme mouvement, l'existentialisme a d'ailleurs constitué une réaction à la vague montante de conformisme, de collectivisme et à la naissance de l'homme robot, phénomènes auxquels les existentialistes opposent leur credo que l'être humain peut, d'une certaine manière, influencer sur sa relation à son destin. Ce noyau de pouvoir pour prendre position, pour prendre une décision (aussi banale soit-elle) ne disparaît jamais. C'est pourquoi les existentialistes affirment que l'existence de l'homme consiste,

en dernière analyse, en sa liberté. A ce sujet, May (1972) cite Tillich qui a exprimé de manière très percutante cette idée en écrivant que « *l'homme ne devient vraiment humain qu'au moment de la décision* ». May croit que le noyau central de la « névrose » de l'homme moderne est « *la destruction de son expérience de lui-même, en tant qu'être responsable, ainsi que l'usure de sa volonté et de sa décision* ». Plus grave encore, l'individu moderne aurait très souvent la conviction que même s'il faisait réellement appel à sa volonté, ses efforts ne changeraient rien.

Le développement du mouvement existentialiste s'est fait, en grande mesure, par rapport à la notion de volonté brisée chez l'homme moderne, notion face à laquelle les existentialistes prirent des positions véhémentes. Or, ceci est en contradiction avec la découverte freudienne que des vastes domaines de l'activité psychique humaine sont déterminés non pas par la volonté, mais par des pulsions inconscientes. D'autre part, le processus même de la psychothérapie tends à inviter le patient à abandonner sa position d'agent qui décide. May se défend, toutefois, de nier ce que Freud décrit comme l'expérience inconsciente et souligne que ces influences déterminantes « inconscientes » agissent certainement. Ce qu'il propose, en plus, est une redécouverte de la volonté et de la décision.

Comment procéder pour atteindre cet objectif ? Il ne s'agit, en aucun cas, de « pousser » le patient à prendre des décisions. May recommande de faire prendre conscience au patient de son propre pouvoir de décision, en évitant de l'aiguiller, par inadvertance et subtilement, dans telle ou telle direction. La prise de conscience potentielle par la personne que ce vaste, complexe, et multiple ensemble d'expériences est son expérience, introduit inévitablement l'élément de décision à chaque moment.

Pour réconcilier la volonté avec l'importance que Freud accorde au désir, May suggère que l'on utilise le mot « décision » pour désigner l'acte humain qui réunit ensemble la volonté et le désir. Chez une personne, la

décision tient compte du vécu, de l'expérience, de tous les désirs, mais elle transforme tous ces désirs en une façon d'agir choisie de manière consciente. Volonté, désir et décision se rencontrent à l'intérieur d'un nœud de relations, dont l'individu dépend non seulement pour sa propre réussite dans la vie, mais pour son existence même. (Ionescu, 2015, p.130)

3.2L'angoisse :

L'angoisse existentialiste est moins la crainte d'un danger précis que le vif sentiment d'avoir été jeté là sans l'avoir voulu, contraint à des options dont on n'aperçoit pas toutes les conséquences et qu'on ne saurait justifier (Foulquié, 1968). Sartre ne fait pas à l'anxiété et au désespoir la place qu'ils occupent dans la vie et l'œuvre de Kierkegaard ou même de Gabriel Marcel. Pour Sartre, l'angoisse résulte du sentiment de la portée de nos options. En effet, l'individu choisit ses propres normes sans avoir pu auparavant juger de leur valeur. Il s'agit, par conséquent, chez Sartre, d'une angoisse du choix.

May s'intéresse, lui aussi, à l'anxiété. Dans sa thèse de doctorat en psychologie soutenue, en 1949 à l'Université Columbia et publiée sous le titre de *The Meaning of Anxiety* (Le sens de l'anxiété, 1950), Rollo May étudie l'anxiété de filles célibataires enceintes vivant dans un foyer de New York. Du fait qu'elles étaient enceintes et non mariées, ces filles se trouvaient dans une situation anxiogène. May fait l'hypothèse que la prédisposition à l'anxiété est proportionnelle à la mesure dans laquelle ces sujets avaient été rejetés par leur mère. Il constate que si la moitié de ses sujets confirmait l'hypothèse, l'autre moitié ne le faisait pas. Dans ce dernier cas, il s'agissait de filles originaires de Harlem et des quartiers pauvres de l'est de New York, qui avaient grandi dans des familles de bas niveau socio-économique. Ces filles, complètement rejetées par leur mère

disaient à May : « *Nous avons des ennuis, mais nous ne nous tourmentons pas* ».

Les résultats au Rorschach et à d'autres tests que May administra à ces filles montraient, en effet, que leur anxiété n'atteignait pas un degré inhabituel. Ces constats amenèrent May à interpréter autrement ses données : le choc à l'origine de l'anxiété n'est pas le rejet de la mère, c'est plutôt le rejet dissimulé. Les mères de classe moyenne mentaient à leurs filles : tout en les rejetant, ces mères prétendaient les aimer. Par contre, les mères de milieu défavorisés avaient rejeté leurs enfants, mais ne s'étaient jamais gênées pour le faire. Se sachant rejetées, ces filles allèrent dans la rue et se trouvèrent des compagnes. Leur monde était, comme l'écrit May, « *clair et connu* », sans subterfuges à propos de leur situation et tout ceci leur permettait de s'orienter. Pour May l'anxiété a, par conséquent, une autre cause que le simple rejet : celle de ne pouvoir connaître le monde où l'on est, de ne pouvoir s'orienter dans sa propre existence. Il s'agit là, évidemment, d'un des résultats importants de l'approche existentialiste. (Ionescu, 2015, p.131)

3.3 La mort :

En partant du fait que la civilisation occidentale moderne, surtout aux États-Unis, a fait de l'occultation de la mort un fétiche et que la mort (tout comme la perception extrasensorielle ou l'homosexualité) ont été des sujets tabous en psychologie, Rollo May note que le problème de la mort est le seul fait absolu de la vie et qu'elle individualise l'homme.

Pour May, le déni de la mort est aussi la perte de vie. Ceci nie la réalité de l'existence humaine et ce refus est, en grande mesure, responsable de l'apathie dont tant de gens souffrent dans le monde occidental. Alors, que

faire ? Regarder (ou non) la mort en face ? A cette question, May nous apporte le témoignage de sa propre expérience.

Vers la trentaine, Rollo May est atteint de tuberculose et passe deux ans alité au sanatorium de Saranac. Comme ceci se passait avant la découverte du traitement de la tuberculose, les malades ne savaient pas s'ils allaient survivre et côtoyaient de près la mort. Pendant ces années, May lut les deux principaux ouvrages sur l'anxiété qui existaient à l'époque : *Le problème de l'angoisse* de Freud et *le concept de la crainte* de Kierkegaard. En lisant ce dernier, il ressent que Kierkegaard parlait exactement de ce qu'il était en train d'éprouver. Pour Kierkegaard, l'anxiété est la lutte d'une personne vivante contre le non-être. La terreur, dans l'expérience de l'anxiété, vient non pas de la menace de la mort en tant que telle, mais de son conflit ambivalent en relation avec la menace, c'est-à-dire le fait que l'on soit tenté de céder à la menace. Comme le dit Kierkegaard, ce n'est pas la mort en tant que telle qui nous effraie, mais le fait que chacun de nous possède en lui des tendances dans les deux camps adverses. « *L'angoisse est un désir que l'on redoute* » écrit-il. Ainsi, comme « *un pouvoir étranger, elle se saisit d'un individu, et il ne peut plus s'en arracher* ».

En apprenant à affronter directement le problème de la mort, May découvre qu'il est devenu capable de surmonter deux des faux moyens d'aborder la mort : l'attitude nonchalante (déni complet de la terreur de la mort s'exprimant par le fait d'être exagérément gai, insouciant et frivole) et l'abandon désespéré que l'on rencontre chez les individus déprimés, apathiques, sans ressort, sans aucune ressource. Lorsqu'il put regarder la mort en face, May constata un changement radical dans sa relation avec le temps. Le temps « maître » ou « camisole de force » s'était transformé en temps « cadeau ». May fut en mesure d'affronter le fait de la mort à l'intérieur de sa propre conscience et, alors, il put faire son propre choix pour le temps qui lui restait à vivre. La solution qui se dessine est, par

conséquent, de lutter, d'affronter cet adversaire qui gagne toujours (la mort), d'accepter d'être mortel et de vivre pleinement chaque jour, chaque heure, chaque minute de sa vie. (Ionescu, 2015, p.132)

4. L'approche psychanalytique de la crise existentielle

Les travaux psychanalytiques s'intéressent aux crises, séparations, deuils, comme à des temps nécessaires et incontournables à la structuration de l'existence et à l'organisation psychique. Notre appareil psychique évolue par crises successives.

Ce sont des mécanismes de développement et de maturation psychique.

Chaque tournant de la vie passe par ces deuils nécessaires, afin de grandir psychiquement et d'évoluer vers un autre stade plus accompli et mature.

Pour Sigmund Freud, « *le deuil est la réaction à la perte d'une personne aimée ou d'une abstraction mise à sa place, la patrie, la liberté, un idéal, etc.* » (Freud, 1968), mais aussi le travail intérieur qui nous permet de survivre à cette situation. Il est l'ensemble des efforts que l'endeuillé doit faire pour se détacher de l'objet perdu. « *Il faut enterrer le mort en soi-même* ».

Les traversées des deuils tout au long de la vie sont des crises structurales de croissance de la psyché qui ne peuvent être surmontées que grâce à la conjonction de l'environnement du sujet et des ressources qui lui sont propres. « *La mise en crise peut être vécue comme une mise à mort, tant le dérèglement, le déséquilibre, dus aux expériences de rupture et de discontinuité dans l'appareil psychique sont marqués de menaces* ». (Kaës et al., 1997.)

La crise du sujet vieillissant résulte d'un conflit interne entre le déclin biologique et social qui s'annonce, l'aspiration naturelle à la croissance et le fantasme inconscient en l'éternité. Pour les psychanalystes, le deuil est un

phénomène normal, il signe l'attachement rompu, même si, à son début, il prend les colorations d'une affection pathologique. Le vieillissement psychique va d'abord se manifester par un sentiment de perte, de deuil de soi, qui vont réveiller les premiers deuils de l'enfance.

Pour Melanie Klein, tout deuil est reviviscence d'un deuil originel lié à la première séparation maternelle ; cette expérience de séparation est fondatrice.

Pour Donald W. Winnicott, l'espace transitionnel entre la mère et l'enfant permet de créer de nouvelles continuités dans l'espace psychique rompu par la séparation.

Ces aires transitionnelles sont génératrices de jeux, d'illusions, de créativité et de symbolisation qui permettent de surmonter les deuils et sur lesquels s'étaye la capacité d'être seul, en présence ou en absence de l'autre. Exister requiert la coupure du lien, le maintien de bons objets internes et le maintien d'un lieu de contenance, avoir un lieu où mettre ce que nous trouvons. « *C'est par la culture que s'articulent le code psychique personnel (structure des identifications, des fantasmes et des relations d'objet, des systèmes défensifs) et le code social (système de pensées, valeurs, rapports de sociabilité, mentalités)* ». (Kaës et al., 1997.)

Si un deuil peut en cacher un autre, non fait, ses étapes incontournables sont toujours les mêmes : sidération à l'annonce de la nouvelle, déni, révolte, colère, marchandage, dépression et acceptation.

Elles ne sont pas sans rappeler les étapes du mourir de la personne en fin de vie. (Blanché, 2010, p.24)

Le sujet doit exister d'abord sous le signe de la soustraction. Cette crise de désorganisation identitaire est liée à la nécessité de maintenir intact le sentiment de sa propre continuité à travers les pertes, de garder un sentiment

d'autonomie alors que les insuffisances créent de nouvelles dépendances à l'environnement.

Cette période est marquée par une double crise existentielle : redéfinir les relations d'objets significatifs et redéfinir le rapport à soi. Elle peut être abordée sur deux facettes : la facette « opportunité » et la facette « menace ».

Si l'on se réfère à l'étymologie du mot crise, « *krisis* » (en grec) signifie à la fois « action de se séparer » et « choix ». Il n'est donc pas déplacé de regarder le passage à la retraite comme une nouvelle et ultime crise psychique.

À la retraite, on ne repart pas de zéro. Le passage est influencé par les étapes qui l'ont précédé.

- Le rapport aux autres. Lorsque la retraite commence à poindre, il importe de s'interroger sur la place qu'occupe le travail dans sa vie. Dans le même temps, ce même nouveau retraité est obligé de faire des choix pour organiser autrement sa vie : comment occuper son temps libre ? Avec qui ? Où vivre ? Comment réaménager son lieu de vie, s'approprier différemment les espaces ? Quelles priorités, quel sens donner désormais à sa vie ?
- Le rapport à soi. Il s'agit d'une crise de l'image de soi, de l'amour de soi. Comment garder l'estime de soi, du narcissisme sain, et continuer à s'aimer suffisamment, alors que la société renvoie parfois aux retraités une image de vieux inutiles, impuissants, asexués, improductifs et repoussants.

À cet âge, selon Erik Erikson, il y a actualisation de toutes les dimensions de la personnalité, désormais intégrées dans un tout original et unique ; s'il regarde en arrière, il peut éprouver de la satisfaction ou, au contraire, des regrets, de l'amertume, du désespoir (Erikson, 1982).

Le retrait des participations sociales pouvant conduire à la mort sociale ou, au contraire, à un vécu positif d'allègement des rôles

socioprofessionnels. Ce qui est en jeu, aussi, ce sont les ressources du moi. La créativité identitaire (Jean-Claude Kaufmann, 2004) est étroitement liée au niveau et à la diversité des ressources (économiques, sociales, culturelles) dont dispose un individu. (Blanché, 2010, p.25)

5. Le discours sur la mort à l'âge de la vieillesse

Au-delà de l'évidence de la pensée commune (au terme de la vieillesse, guette la mort) ou de la pensée sociologique (de déprise en déprise, on en arrive à l'ultime), on peut s'interroger sur l'expérience de la vieillesse dans la perspective de la mort. Comment les individus vieillissants s'expriment-ils sur la mort ? Comment évoquent-ils non seulement leur devenir de mortel, mais aussi la mort des autres ? Car l'expérience individuelle dont on parle passe par l'interprétation que l'on fait des événements qui nous touchent.

Dans ce corpus, se distingue d'une part ce qui est dit de la mort des autres et d'autre part ce qui relève de son expérience propre. La mort des autres, c'est celle des membres de sa génération, ceux et celles qui ont fait partie, à un titre ou à un autre, de la même histoire générationnelle, mais aussi celle des membres de sa famille, avec lesquels on a été engagé dans des rapports intimes. L'expérience d'une personne peut également faire l'objet d'un discours sur la mort, et nous en avons relevé ici trois modalités : le sentiment de sa propre précarité d'existence où la « pensée de la mort » survient par exemple à l'occasion d'un accident de santé, ou plus simplement par la projection dans l'avenir ; l'inquiétude de ne pas mourir « chez soi » et les interrogations sur son dernier domicile ; enfin, le sentiment de « ne plus pouvoir rien faire », et se poser la question « à quoi bon continuer à vivre ». (Clément, 2007, p.64)

5.1 La mort des pairs d'âge :

Ce sont surtout les hommes qui insistent sur la perte de leurs amis et copains. On peut lire dans ce fait la différence de longévité entre les hommes et les femmes : les hommes sont plus des « survivants » d'une classe d'âges que les femmes, surtout à partir de 80 ans. Mais ce peut être aussi, pour ces générations souvent nées avant 1920, le reflet de la plus grande propension masculine à se tourner vers la « société » (c'est-à-dire hors de la famille) pour y trouver des repères. Certes quelques femmes font allusion à la disparition de leurs pairs d'âge, mais d'une manière moins radicale que les hommes.

Le plus souvent, lorsque les contemporains ont disparu, il peut être tentant de créer un autre réseau, mais la difficulté est de se présenter alors en tant que « vieux » (même aux yeux d'autres « vieux ») alors que les amis de jeunesse ont toujours été et sont encore des amis de jeunesse.

La perte des contemporains ne se résume donc pas à la disparition de simples copains et amis, cela signifie surtout que ce sont les représentants de la même « société » que la sienne qui s'en vont, une société toujours datée, qui n'est pas exactement celle que les plus jeunes vivent aujourd'hui, une société que l'on a contribué à construire, à travers laquelle on s'est reconnu et qui nous reconnaissait... (Clément, 2007, p.67)

5.2 La mort des proches familiaux :

Parmi les divers thèmes concernant la mort évoqués dans ces entretiens, celui de la mort des proches de la famille est le plus fréquent : dix-neuf personnes sur vingt-sept parlent de la mort d'un proche, ne serait-ce que pour signaler cette disparition dans la chronologie de leur biographie.

Il arrive que certains, à un âge pourtant avancé, soient pris par l'émotion au souvenir du décès d'un père ou d'une mère. La mort des proches prend place bien sûr dans l'intimité des rapports entretenus entre les individus et il faut retenir le caractère unique de ces rapports, qui ont pris une importance capitale dans la construction individuelle.

D'une manière assez générale, la mort des proches est citée car elle compte parmi les moments forts de la vie. Parfois, les récits peuvent faire partie de la présentation de soi à l'enquêteur comme figure du malheur (non sans raison, certes).

L'histoire vécue avec un proche a quelque chose d'incommunicable : la relation avec un frère est une expérience unique. Mais c'est la mort du conjoint qui constitue généralement la plus grande coupure dans la vie de vieillesse (bien qu'il y ait des situations où ce ne soit pas le cas).

Cette absence du compagnon ou de la compagne fait le plus souvent partie de la définition de soi, c'est une information qui arrive très tôt dans l'entretien, même quand on ne l'attend pas.

Ce changement de mode de vie, au veuvage, est fréquent chez ceux qui évoquent la mort de leur conjoint. La mort des intimes, de ceux qui ont partagé les mêmes moments de joies et de difficultés, atteint, pour beaucoup, une part de leur identité. La mort des proches, c'est une plus grande « réalisation » de la mort, qui parfois peut donner un sens véritable à l'absence. (Clément, 2007, p.70)

5.3 La précarité de la vie de vieillesse :

Le sentiment personnel sur sa mort est plus ou moins présent, et surtout plus ou moins exprimable selon les individus. Dans ces propos non suscités, la part de hasard peut être importante. Et il n'est pas toujours facile pour l'enquêteur de juger ce qui relève d'une vague inquiétude, d'une « vraie

dépression » ou d'une phrase convenue. Il faut tenir compte aussi de l'inconscient, qui se révèle par le lapsus ou les métaphores plus ou moins volontaires. En définitive, c'est en replaçant la « pensée de la mort » dans l'ensemble de l'entretien que l'on peut en évaluer le poids dans la vie actuelle de l'individu.

D'autres au contraire mettent en paroles directes et explicites ce sentiment de fragilité, où sont mises en opposition l'indépendance et la mort

L'expression de la fragilité de l'existence se retrouve sous maintes formules chez d'autres, cela a pour conséquence la recherche de la tranquillité, et notamment le mourir tranquille.

D'autres personnes encore ont fait l'expérience d'un accident de santé qui les a mises dans une perspective précise de la mort. En revanche, lorsque le malaise survient, l'appel à l'entourage souligne la crainte d'une mort solitaire. De multiples indices donnent à ces gens âgés un sentiment de fragilité de leur existence, et le souci qui accompagne ce sentiment est celui de concilier la présence de l'autre et le désir d'indépendance. La pensée de la mort que l'on peut se donner, pour certains, rassure quant à sa capacité à exercer le pouvoir sur soi jusqu'au bout. (Clément, 2007, p.73)

5.4 Mourir chez soi :

Le discours sur le domicile est source d'évocation de la mort, particulièrement chez ceux qui vivent seuls et qui se savent les derniers de la famille à occuper ce domicile. C'est même avec une certaine force qu'est affirmé le fait que le chez soi actuel sera le dernier. On doit y lire l'attachement au lieu où l'on a en général déjà vécu longtemps, mais surtout la manifestation de la volonté d'éviter le plus possible ce qui paraît être le repoussoir absolu : la maison de retraite. Les formules sont nettes et sans

appel. Pour autant, il ne faut pas s'étonner du peu d'intérêt pour le changement à l'intérieur du domicile dont ces personnes font preuve.

« Ne pas toucher » à l'appartement ou à la maison, c'est ne pas modifier une situation qui apparaît comme suspendue à une mort prochaine. On pourrait penser que l'idée de vivre dans son dernier domicile pourrait inciter à consacrer de l'énergie et à engager des frais pour un meilleur aménagement. C'est en fait le contraire qui se passe. C'est justement parce que c'est le dernier chez soi qu'il ne faut rien toucher, car ce n'est pas la peine « pour le temps qu'il reste à vivre ». Le chez soi apparaît comme le témoin de la vieillesse et de la proximité de la fin de celle ou celui qui y habite : modifier en profondeur son habitat serait en quelque sorte narguer la mort, tenter de retrouver une nouvelle jeunesse, illusoire. Parfois, ne rien toucher, c'est aussi une manière de continuer à vieillir ensemble, de respecter le lieu où a vécu le couple : soi-même, la compagne ou le compagnon qui n'est plus là, le chez soi constitué en commun.

La perspective de la maison de retraite devient la perspective du pire, et la mort apparaît comme l'alternative positive à l'entrée en hôpital ou en institution de retraite. Le parcours qui mène du domicile au cimetière est le bon, celui qui évite la déchéance. Le domicile apparaît ainsi comme la dernière forteresse où l'on combattrait contre les risques de la mauvaise vieillesse, et l'issue la moins pire est bien d'y mourir. (Clément, 2007, p.75)

5.5 Ne plus pouvoir rien faire :

Plus de la moitié de ces personnes (une quinzaine), à un moment de l'entretien, indiquent leur regret et souvent manifestent leur grande tristesse de ne plus pouvoir faire comme avant. Les formules sont souvent semblables et sont liées à l'idée que la vie vaut moins maintenant qu'avant

d'être vécue et, pour les plus radicaux, qu'il vaudrait mieux mourir que de vivre ainsi sans pouvoir « rien faire ».

Il nous faut rappeler que la « déprise » (Barthe et al., 1988) suppose un travail de l'individu qui va dans les deux sens : certaines activités ou relations sont abandonnées (parfois seulement transformées) alors que, quasiment dans le même temps, d'autres sont davantage « tenues », ou acquièrent une valeur plus grande. D'une certaine manière, la vie tout entière est faite de déprises/reprises. Le plus remarquable à la vieillesse est que, très souvent, se réduisent les possibilités de remplacer ce qui ne peut plus prendre sens pour l'individu (à cause d'empêchements physiques, relationnels, cognitifs, etc.). Si nous avons pu parler de « déprises ultimes » (Clément, Mantovani, 1999), c'est pour indiquer que certaines personnes vivent leurs derniers mois avec très peu de choix de déprise. Mais beaucoup meurent avant.

« Ne plus pouvoir rien faire » est la formule privilégiée pour indiquer ce moment où le mouvement de déprise n'a pas débouché complètement sur une reprise, ou qu'une insatisfaction demeure, malgré l'approche d'une solution de reprise. Certains sujets manifestent principalement un moment de crise. (Clément, 2007, p.79)

6. Les déprises chez les personnes âgées

Les déprises sont les modes différenciés selon lesquels les personnes âgées repèrent et gèrent les pertes qui marquent leur avancée en âge, acceptant ces pertes pour réinvestir de manière préférentielle les activités ou les idéaux qui comptent pour elles. Au-delà des objets abandonnés, des activités délaissées ou des lieux désertés par les personnes âgées, ces déprises renvoient aux transformations des perceptions et des définitions du monde et d'elles-mêmes que ce rétrécissement de l'existence induit.

Elles nomment donc une partie du travail de vieillissement, ce réajustement de soi-même au monde et de soi à soi-même lors des changements de mode de vie, anticipés par les individus ou initiés par la disparition d'un proche, par la survenue, brutale ou progressive, de maladies ou de handicaps, ou encore par l'accroissement de la fatigue.

Ces déprises peuvent être caractérisées par le rapport que les personnes âgées entretiennent avec leur vieillissement et, au-delà, avec l'écoulement du temps. Selon que les personnes âgées anticipent les épreuves possibles du vieillissement, s'adaptent aux handicaps liés au passage du temps et les contrent, ou subissent les atteintes de l'âge, elles opèrent des déprises stratégiques, tactiques ou contraintes.

6.1 Déprises stratégiques :

Certaines déprises peuvent être qualifiées de stratégiques, au sens où de Certeau entend ce terme, quand elles désignent des séparations volontairement consenties par les personnes âgées de manière autonome. Pour de Certeau, la stratégie « postule un lieu susceptible d'être circonscrit comme un propre et d'être la base d'où gérer des relations avec une extériorité de cibles ou de menaces. [...] Le "propre" est une victoire du lieu sur le temps. Il permet de capitaliser des avantages acquis, de préparer des expansions futures et de se donner ainsi une indépendance par rapport à la variabilité des circonstances. C'est une maîtrise du temps par la fondation d'un lieu autonome » (1990, p. 59-60).

Ainsi, l'entrée en maison de retraite, lorsqu'elle est choisie par la personne âgée depuis son domicile, en dehors des circuits traditionnels de l'assistance sociale ou de la prise en charge hospitalière, constitue une de ces déprises. L'organisation du vieillissement est parfois prévue de longue date. La séparation avec le domicile est décidée pour assumer

individuellement son vieillissement, dans la volonté d'en circonscrire le lieu et les soutiens, et d'en alléger le poids pour les enfants. Cette déprise initiale, étant opérée à partir d'un lieu propre, permet de s'approprier la maison de retraite, pour consentir stratégiquement à d'autres déprises.

Dans les domaines où les personnes âgées recentrent leurs investissements, des comportements stratégiques peuvent également être mis en œuvre, qui visent à prévenir et à limiter les pertes ou à retarder les effets du vieillissement, parfois systématisés en de véritables programmes de lutte contre l'affaiblissement des capacités mentales et physiques. La marche et la mémoire, capacités emblématiques de l'autonomie, sont ainsi les capacités à préserver en priorité.

Les facultés intellectuelles sont sollicitées de multiples manières : l'une des plus répandues est l'apprentissage par cœur. Les mots croisés, l'écriture, la tenue d'un journal, les lettres sont également des pratiques auxquelles les résidents s'obligent.

Les domaines privilégiés par les résidents pour se maintenir le sont pour plusieurs raisons : ils permettent de maintenir une continuité entre la vie au domicile et la vie en institution. Ils structurent le temps à l'aide d'activités choisies sur le principe d'une fidélité à soi-même soutenue par un principe de plaisir. Enfin, ils constituent des moyens de se maintenir en forme, physique ou intellectuelle, pour retarder le processus de vieillissement.

Le caractère stratégique de ces déprises ne signifie pas pour autant que les personnes âgées pensent décider de leur vieillissement : elles sont très conscientes au contraire des aléas du temps, du caractère insondable de l'avenir. Mais elles anticipent différents scénarios de vieillissement, elles se préparent à changer, et éventuellement à perdre (de la mobilité, de la mémoire, de la santé).

La volonté de maîtrise rationnelle des conditions du vieillissement en marque la dimension stratégique. (Mallon, 2007, p.45)

6.2 Déprises tactiques :

Les déprises tactiques nomment le travail de reconstruction d'une autonomie aux limites et aux moyens nouveaux, en raison de l'apparition de handicaps ou de reconfigurations familiales brutales, non anticipées par les résidents. Il s'agit, une fois la surprise du changement intervenue, de reprendre la main au temps, de restaurer des facultés, voire son intégrité, mises à mal par la maladie ou le handicap.

Si certains domaines de la pratique sont préservés, voire font l'objet de reprises en main, d'autres activités, jugés moins essentielles, voire problématiques, sont abandonnées après réflexion. « Art du faible, ainsi que le rappelle de Certeau, les tactiques misent sur une habile utilisation du temps » (Mallon, 2007, p.63).

La distinction analytique entre stratégie et tactique repose sur l'interprétation de leur vieillissement par les résidents : lorsque les reconfigurations de la vie quotidienne sont anticipées de longue date par les personnes âgées, les déprises sont stratégiques. Lorsqu'elles sont des adaptations aux effets imprévus de l'avancée en âge, elles relèvent plutôt de la tactique. La distinction entre stratégie et tactique est cependant fragile : seuls les discours (et les identités narratives construites à travers eux) en permettent la discrimination. Et, quand bien même des lignes stratégiques de déprise ont été engagées, les pratiques montrent que le combat contre le temps est un combat inégal, dans lequel les tactiques se multiplient. (Mallon, 2007, p.47)

6.3 Déprises imposées :

Enfin, certaines déprises sont contraintes par le corps qui trahit, ou par l'entourage familial ou médico-social qui impose des décisions que la personne n'aurait pas prises s'il n'avait pas fait pression. Ces déprises sont alors souvent mal acceptées, parce qu'elles n'ont pas été anticipées, qu'elles diminuent l'autonomie de la personne âgée, qu'elles la dépossèdent de son vieillissement et la réduisent au statut de mineur. Lorsque la personne ne consent pas à l'abandon d'une activité, pour elle essentielle, lorsqu'elle ne peut intérioriser le renoncement, les déprises sont douloureuses et entraînent dépression ou révolte, selon que la personne se résigne à la limitation de l'existence ou la refuse.

Ces déprises, pensées comme hétéronomes par les personnes âgées, même lorsqu'elles sont imposées par les changements de leur propre corps, sont alors énoncées dans le lexique de la perte et du manque, de la dégradation et de l'incapacité, voire de l'impuissance. La vieillesse prend alors le caractère d'un destin tragique, auquel les résidents n'ont pas eu la chance d'échapper.

Le travail de déprise est donc un travail réflexif de l'individu qui relit son existence, qui oriente et interprète les abandons qu'il consent au fur et à mesure de l'avancée en âge. Tout autant qu'un détachement, il met en jeu des reprises de soi, des réinvestissements de certaines activités qui viennent partiellement compenser les abandons. Mais le travail de vieillissement ne se réduit pas à ce travail conscient de restriction, de choix et de sauvegarde de certaines activités au détriment d'autres. Une partie de ces déprises se cache sous l'apparente permanence des habitudes ou sous des reprises qui visent à combattre les abandons. (Mallon, 2007, p.48)

7. La vieillesse et le rapport à la mort

La vieillesse est une période de crise et de fragilisation en raison des pertes multiples subies : perte de l'activité professionnelle, perte d'un corps en bonne santé, perte de personnes chères, perte très fréquente des relations amoureuses. Le vieillissement nous impose une douloureuse réalité : baisse des performances et lente diminution du plaisir de vivre.

Qui peut espérer être respecté quand il sera vieux, pour l'expérience accumulée au cours de sa vie, alors que les rapides changements liés aux progrès techniques semblent rendre obsolète tout savoir qui n'est pas du jour ?

Le grand âge est un moment de vérité. Maintenant qu'il n'a plus rien à offrir que ses déficits, le vieillard va savoir s'il est aimé pour lui-même ou pour ce qu'il apporte. Quand vient le grand âge, le très vieux n'a plus de rôle à jouer. Il vit encore mais il n'existe plus. Amer, triste et angoissé, il peut découvrir, tout à loisir, dans sa maison de retraite, qu'on ne l'aime pas pour ce qu'il est mais pour ce qu'il représentait et que, dans nos cultures, l'avoir compte plus que l'être. C'est à l'ombre de la mort que se mesure vraiment le manque d'amour. Que devient le vieux lorsque, non seulement il ne peut plus rendre service ni voyager, mais, quant à son tour, il a besoin d'aide et que beaucoup le considèrent comme une charge inutile ?

L'hospice : La certitude de mourir, le vieillard la ressent dès l'instant où il en franchit les portes ; cette démarche signifie pour lui la fin de l'existence normale, la rupture de tout ce qui avait donné un sens à sa vie. Trop souvent abandonnés à eux-mêmes, rudoyés ou infantilisés, les vieux, en Institution, subissent des stress sévères : la perte de leurs habitudes, la désorientation spatiale et temporelle, la disparition des liens affectifs anciens, la misère sexuelle, la cohabitation avec des inconnus, la solitude au milieu des autres, l'imposition d'une discipline qui entrave leur liberté, et aussi la honte de leur

dépendance quand ils ont perdu l'autonomie. Nous avons vu que la retraite pouvait être ressentie comme une mort, la mort sociale. L'entrée à l'hospice est un déracinement, une mort familiale. Certains sont placés parce qu'ils perdent la tête ; d'autres perdent la tête parce qu'ils sont placés. Le vieillard va tenter de s'installer dans sa nouvelle existence, mais tôt ou tard, il lâchera pied et ce sera la troisième mort, le naufrage, en attendant la vraie, celle qu'il aura fini par souhaiter. Il y a là un non-sens de la fin de vie, un non-sens de la vieillesse qui épuise proches et soignants. Pourtant, l'être humain reste jusqu'au bout doué d'aptitudes cognitives, de capacités de relations, d'amour et de création, et il est ainsi des vieillesse heureuses avec préservation de l'essentiel des facultés physiques et mentales au milieu des siens. Moins de cinq pour cent des personnes de plus de soixante-cinq ans sont contraintes de vivre en maison de retraite médicalisée et seulement douze pour cent de plus de quatre-vingts ans. (Bersay, 2004, p.40)

La mort a un visage, c'est celui d'un vieillard. Chateaubriand disait que la vieillesse, qu'il appelait la voyageuse de nuit, est la plus proche parente de la mort. La vieillesse devient synonyme de mort parce qu'on ne meurt plus quand on est jeune, si ce n'est accidentellement ou par suicide. De plus en plus, la mort n'apparaît normale que chez les vieux et elle est ressentie comme injuste quand elle frappe des jeunes. Les personnes âgées deviennent les symboles et les images de la mort sous prétexte qu'elles sont plus proches d'elle. Dans l'imaginaire collectif, ils sont, d'une certaine façon chargés de la tâche de mourir ; ils sont au front. On évoquera, à ce propos, le syndrome du Minotaure : chaque fois qu'il y a un décès, les survivants éprouvent une sorte de soulagement comme si le monstre allait s'apaiser après avoir eu sa ration de chair.

On aime la jeunesse qui a la vie devant elle ; on déteste la vieillesse qui jouxte la mort, en oubliant que tous les hommes sont mortel quel que soit leur âge. C'est lorsque nous sommes dans la force de l'âge que nous jugeons

que la mort du vieillard est chose naturelle. Pour lui, elle est aussi injuste que celle du jeune. Le temps du vieillissement est celui de l'insécurité et de l'angoisse. La mort est évidemment proche.

Pour autant, cela ne procure aucune connaissance supplémentaire sur la mort : La mort ne peut être vécue ; elle n'est pas un événement de la vie (Wittgenstein). On ne peut parler de la mort qu'en termes de vie : « un long voyage, il s'est endormi... ». Le vécu de ce que serait la mort est impossible.

Jankelevitch : Les vivants accompagnent le mourant dans le dernier instant, mais personne ne lui fait escorte tandis qu'il accomplit le pas solitaire...

Ceux qui prennent de l'âge craignent le pire car ils savent que la grande vieillesse a l'allure d'un fardeau aussi bien pour ceux qui la vivent que pour ceux qui la rendent possible en prenant soin d'eux. Non seulement la survie des gens âgés est perçue comme pénible par eux et les leurs, mais aussi comme fort onéreuse pour la collectivité.

Nous sommes dans une situation contradictoire. D'un côté, nous souhaitons vivre longtemps, de l'autre nous ne voulons pas être vieux pour ne pas nous tenir à proximité de la mort. (Bersay, 2004, p.41)

La crise du milieu de la vie revêt différentes formes selon les patients. Elle apparaît en général lorsque l'un d'entre eux prend simultanément conscience qu'il n'a qu'une seule vie à vivre, et que la fin de cette unique vie se rapproche inéluctablement. Dans ces circonstances, un patient peut ressentir l'irrésistible désir de redémarrer une nouvelle existence. Mais cette seconde chance risque d'entraîner d'amères désillusions : en effet, cette « deuxième vie » s'avère parfois bien décevante à côté des innombrables possibles que le patient pouvait imaginer.

C'est sous l'un de ses aspects rarement mis en évidence que je veux aborder la crise du milieu de la vie. En effet, j'ai remarqué que, chez certains

de mes analysants, cette crise était en rapport avec leur sentiment d'identité. J'ai observé que ces analysants parviennent à dénouer leur crise existentielle du milieu de la vie au moment où ils découvrent que, pour ressentir leur valeur et la valeur de leur vie, il leur suffit d'être « simplement » eux-mêmes. C'est lorsqu'ils ont le sentiment d'avoir une vie, la leur, que l'angoisse de devoir la quitter diminue. En effet, pour céder sa place, il est nécessaire de sentir qu'on en a une. Or, « être simplement soi-même » avec ses qualités, ses défauts, ses dons, ses handicaps, son histoire, ses parents est, comme toute œuvre d'art, une création à la fois simple et difficile.

Si j'ai insisté sur le mot « simplement », c'est pour souligner les efforts épuisants auxquels ces patients s'astreignent parfois pour tenter d'acquérir les talents de leurs maîtres ou de leurs pairs qu'ils admirent et envie secrètement. Certains d'entre eux parviennent à briller en adoptant le style des personnes qu'ils idéalisent, d'autres au contraire s'effacent en n'osant pas énoncer leur opinion de peur qu'elle diffère de l'idéal reçu. Mais, dans les deux cas, ces patients souffrent secrètement de rester en partie aveugles à ce qu'ils pensent, ressentent et éprouvent eux-mêmes. Ils sont trop fascinés par la richesse psychique d'autrui pour percevoir la leur, ou croire en leur propre valeur. Pourtant, personne ne pourra jamais penser, sentir ou éprouver comme eux, puisqu'ils sont les seuls à pouvoir être eux-mêmes. C'est ainsi que, faute de les reconnaître, ils ne transmettent pas leurs richesses et, sans le savoir, en privent les autres. (Quinodoz, 2005, p.1071)

À la fatigue physique, aux douleurs de l'âge, s'ajoute en effet la fatigue de vivre. Les demandes de mort, assez fréquentes dans les institutions, signalent surtout les difficultés de vivre une vie dépourvue de sens.

Ainsi que le rappelle Elias, « dans la pratique sociale, on voit assez clairement le lien qui existe entre le sentiment que peut avoir une personne du sens de sa vie et la conscience du fait que cette vie a un sens pour d'autres,

que les autres ont un sens pour cette vie. À ce niveau, du reste, on comprend habituellement sans trop de difficultés que des expressions comme “une vie qui a un sens” ou comme, appliquée à une vie humaine, “pleine de sens”, “dénuée de sens”, sont très étroitement liées à la signification de ce qu’un homme est ou fait pour les autres » (1998, p. 75). Dans le cadre de l’institution, où les personnes âgées sont plus qu’ailleurs handicapées ou désorientées, plus qu’ailleurs sans famille ou menant une vie solitaire, le maintien d’un intérêt fort pour la vie est plus difficile. Les résidents les plus âgés, les plus handicapés, qui se vivent comme des charges pour leurs proches, quand ils en ont encore, ont bien du mal à attribuer un sens positif à leur vie.

La vieillesse est ainsi un état sur lequel les personnes âgées ne semblent plus avoir prise, un état où les personnes ont fini d’apprendre sur le monde et sur elles-mêmes. Seule la mort y met un terme, et elle est à ce titre attendue, souhaitée même, par les résidents les plus handicapés. Cet état peut être pacifié, quand les résidents sont arrivés « au bout de [leur] âge », selon la formule d’Aragon, au point que la seule curiosité qui reste, c’est sans doute celle de la mort elle-même (Dolto, 1998). Il peut être tourmenté, quand les handicaps, les désertions des proches, les désorientations sont si prononcées qu’ils vident l’existence de son sens. (Mallon, 2007, p.57)

8. L’accompagnement psychologique des personnes âgées en souffrance

La personne âgée accepte plus facilement que l’adulte jeune l’idée de sa mort proche. Elle parle généralement de sa mort en employant un langage symbolique (“Je veux partir, je n’ai plus d’attache, j’ai fait ma vie...”). Il est important d’être à l’écoute de ses désirs et de lui apporter un apaisement en lui signifiant qu’elle est comprise. En institution, la connaissance des

anciennes habitudes de vie, de l'histoire familiale et des liens avec l'entourage facilitent le travail d'accompagnement.

Lorsque l'on accompagne un patient confus ou dément, la relation verbale est réduite voire inexistante, il faut alors s'aider d'autres moyens de communications comme le toucher ou la simple présence. Pour favoriser les échanges au dernier moment de la vie, il faut faire prendre conscience à la famille de la proximité de la mort et accueillir les proches nuit et jour si nécessaire, avec un minimum de contraintes.

Il convient également d'éviter de mettre ses proches en situation de devoir prendre des décisions concernant la poursuite ou l'interruption de traitement, qui pourraient entraîner une culpabilisation ultérieure. (www.campus.cerimes.fr)

Plus que la mort elle-même, ce sont la douleur et la solitude que redoutent le plus les personnes âgées. Accompagner c'est donc être là, rassurer par la présence, un sourire, une écoute compréhensive, respectueuse et bienveillante. Il faut savoir aussi utiliser toutes les ressources de la communication non verbale auprès des malades âgés en fin de vie. Plus facilement que des sujets plus jeunes, ils ont le sentiment d'une vie bien remplie, accomplie, ce qui représente une étape importante dans l'acceptation de la mort. Les aider à se remémorer certains épisodes de leur vie, les écouter parler de certains conflits et/ou regrets, peut contribuer à les apaiser. (Le manuel du généraliste, 2009)

L'importance de l'accompagnement psychologique dans les Etablissements d'Hébergement pour personnes Agées a tendance, aujourd'hui, à s'affirmer davantage. Lorsqu'un axe d'intervention du psychologue concerne le personnel, il est nécessaire de prendre en compte le questionnement sur le sens de sa vie qu'induisent le travail auprès du grand

âge, la confrontation quotidienne à la dépendance, à la mort et à des histoires familiales très complexes. Une articulation des registres personnel et professionnel est incontournable.

Ce travail de liaison peut être complété par des interventions visant à :

- Libérer la parole de chacun dans l'établissement ;
- Favoriser le décloisonnement des services et la communication entre les individus ;
- Favoriser la prise en compte des aspects psychologiques, conscients et inconscients des individus et des groupes ;
- Faire évoluer le projet institutionnel et les pratiques de terrain (Badey-Rodriguez, 2003, p.69)

La gériatrie et les soins palliatifs ont en commun la complexité des situations, la vulnérabilité des patients pris en charge et un objectif de soins davantage orienté vers la qualité de vie que vers la guérison. Toutefois, l'expérience acquise par les soins palliatifs en oncologie n'est pas ainsi transposable aux patients âgés. « *Mourir dans la fleur de l'âge ou mourir dans ses vieux jours, cela n'est pas la même chose* » (revue internationale de soins palliatifs).

Au-delà des spécificités relatives à la personne âgée, telles que le processus de vieillissement, la perte d'autonomie, la triple crise existentielle, l'accompagnement de la personne âgée en fin de vie dépend avant tout du regard que nous posons sur elle. Ce n'est pas sa pathologie mais son état qui doit rendre attentif à « son prendre soin »

L'accompagnement de la personne âgée en fin de vie aurait de spécifique la recherche d'une décision juste et équilibrée, visant à éviter aussi bien « *l'écueil de l'abandon thérapeutique que celui de l'obstination déraisonnable* », tout en s'inscrivant dans un contexte de fragilité, une fragilité tant sur le plan physique, psychologique, socio-familial que sociétal.

Un accompagnement empreint d'éthique est d'autant plus important car il permet de dépasser l'amalgame « vieux= mort » ... Vieillir n'est pas mourir. (www.asp-ouest-herault.fr)

Synthèse

L'être humain passe par plusieurs phases durant sa vie et la vieillesse en est une, certains jouissent pleinement de cette dernière phase de la vie mais d'autres le vivent très mal. Cette souffrance se manifeste très souvent sous forme de « crise existentielle » qui surgit très souvent suite à un sentiment intense de mal être psychologique, un deuil, un changement d'environnement, des insomnies, un manque d'appétit et surtout accompagné du sentiment de ne plus servir à rien et de vouloir quitter ce monde au plus vite.

Ainsi, le psychologue joue un rôle important auprès de ses personnes âgées en souffrance. Il est nécessaire d'être à l'écoute de ses personnes pour pouvoir apporter un soutien psychologique adéquat afin d'une part de diminuer du mieux qu'on peut cette souffrance psychique et d'autre part pour éviter de dégrader leur santé physique.

Problématique et hypothèses

L'être humain est en évolution continue, depuis sa naissance jusqu'à sa mort. La dernière étape de la vie est sans aucun doute la vieillesse qui a toujours été associée à une diminution des capacités physiques et cognitives.

Pour certains, la vieillesse est synonyme de malédictions car elle apporte avec elle la fatigue et le sentiment de ne plus se sentir utile. Pour d'autres, la vieillesse est une bénédiction car elle représente l'expérience, la sagesse et une histoire.

La vieillesse est « *la dernière période de la vie, correspondant à l'aboutissement normal de la sénescence* », pour l'organisation mondiale de la santé (OMS), l'âge moyen s'étend de 45 à 59 ans, celui des personnes âgées de 60 à 74ans, celui des vieillards de 75 à 90 ans et celui des grands vieillards au-delà de 90 ans.

Dans les conceptions médico-sociales françaises actuelles, on parle plutôt de « troisième âge » à partir de 65 ans, âge de la retraite, et de « quatrième âge » à partir de 80 ans.

Le vieillissement quant à lui est un « *ensemble des transformations qui affectent la dernière période de la vie et qui constituent un processus de déclin* ». (Grand dictionnaire de la psychologie, 1999, p.3536)

Il peut également se définir comme « *l'action du temps sur les êtres vivants et comme l'ensemble des processus moléculaires, cellulaires, histologiques, physiologiques et psychologiques qui accompagnent l'avance en âge* ». (Jeandel, 2005, p.26)

Selon l'organisation mondiale de la santé (OMS), la population mondiale vieillit rapidement. Entre 2000 et 2050, la proportion de la population mondiale de plus de 60 ans doublera pour passer d'environ 11% à 22%. Le nombre absolu de personnes âgées de 60 ans et plus devrait augmenter pour

passer de 605 millions à deux milliards au cours de la même période. (www.who.int)

D'après un article sur la population algérienne rédigé en 2016, « *l'accroissement et le vieillissement des Algériens vont de pair* ». Il en ressort ainsi que la part des personnes âgées de 60 ans et plus continue toujours sa progression, passant de 8,5% à 8,7% entre 2014 et 2015, avec un effectif de 3.484.000 personnes, dont plus de 511.000 sont âgés de 80 ans et plus. (www.algerie-focus.com)

Ainsi, nous pouvons remarquer qu'une partie de ses personnes âgées terminent leur vie au sein d'institutions gériatriques, généralement considérée comme la solution du dernier recours par la famille et dans la majorité des cas sans le consentement du concerné.

De nos jours les EHPAD (établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes) constituent la majorité des établissements d'accueils pour personnes âgées, et l'expression « maison de retraite » désigne en général ce type de structure.

Les EHPAD sont des établissements médicalisés, et ils disposent 24 heures sur 24 d'une équipe soignante chargée d'assurer les soins nécessaires à chaque résident en fonction de sa situation personnelle. (www.maisons-de-retraite.fr)

Selon l'OMS « *Dans les pays en développement, le nombre de personnes âgées qui ont perdu leur autonomie devraient être multiplié par quatre d'ici à 2050. De nombreuses personnes très âgées ne peuvent plus vivre seules car elles ont du mal à se déplacer, elles sont fragiles ou ont d'autres problèmes de santé physique ou mentale. Un grand nombre d'entre elles ont*

besoin d'une prise en charge (soins à domicile, soins prodigués au sein de la communauté, assistance pour les tâches de la vie quotidienne, logement en établissement spécialisé ou hospitalisation prolongée) » (www.who.int)

En Algérie, le ministère de la Solidarité Nationale, de la Famille et de la Condition de la Femme dispose d'un réseau institutionnel composé de 34 établissements répartis sur 27 wilayas. Les établissements spécialisés pour personnes âgées sont des établissements publics à caractère administratif, dotés de la personnalité morale et de l'autonomie financière. Ils sont chargés d'accueillir les personnes âgées démunies et/ou sans attache familiale, ainsi les personnes âgées disposant d'un revenu mensuel suffisant, dont le montant est égal ou supérieur au salaire national minimum garanti, qui se trouvent en situation de difficulté et / ou sans attaches familiales. (www.msnfcf.gov.dz)

Par ailleurs, l'entrée en institution et le changement du lieu de vie représente un moment très difficile à vivre pour la personne âgée surtout quand le placement n'est pas consenti. Ce changement vu comme une série de pertes risque de le mener tout droit vers une crise existentielle.

Thierry Berrou (2014), nous explique qu'il y a des périodes de la vie où nous sommes confrontés à des changements plus ou moins brutaux. Durant toute la durée de son existence, l'individu traverse dans son développement des situations de crise, la première étant la naissance. Aussi, de même que l'on parle de la crise de l'adolescence pourrait-on parler de la crise de la vieillesse. Le vieillissement s'accompagne en effet de multiples changements : modifications de l'apparence, des performances physiques et intellectuelles, baisse de l'audition et de la vision, deuils, petits dysfonctionnements s'ajoutant les uns aux autres. Ces différentes transformations, tout d'abord mineures et progressives, pourront être gérées

par des ajustements successifs jusqu'à ce que ceux-ci ne suffisent plus et entraînent une rupture avec l'équilibre antérieur : la personne peut alors traverser une crise.

Les travaux psychanalytiques s'intéressent aux crises, séparations, deuils, comme à des temps nécessaires et incontournables à la structuration de l'existence et à l'organisation psychique. Notre appareil psychique évolue par crises successives. Ce sont des mécanismes de développement et de maturation psychique. Chaque tournant de la vie passe par ces deuils nécessaires, afin de grandir psychiquement et d'évoluer vers un autre stade plus accompli et mature.

Pour Sigmund Freud, « *le deuil est la réaction à la perte d'une personne aimée ou d'une abstraction mise à sa place, la patrie, la liberté, un idéal, etc.* » (Freud, 1968), mais aussi le travail intérieur qui nous permet de survivre à cette situation. Il est l'ensemble des efforts que l'endeuillé doit faire pour se détacher de l'objet perdu. « *Il faut enterrer le mort en soi-même.* » Les traversées des deuils tout au long de la vie sont des crises structurales de croissance de la psyché qui ne peuvent être surmontées que grâce à la conjonction de l'environnement du sujet et des ressources qui lui sont propres. (Blanché, 2010, p.24)

Par conséquent, nous avons opté pour l'approche intégrative car nous avons combiné entre l'approche existentielle qui décrit de la meilleure manière possible la crise existentielle et l'approche psychanalytique qui est la mieux adaptée pour trouver un sens aux souffrances qui s'inscrivent dans l'histoire de chaque personne.

Pour cela, nous avons choisis d'utiliser le récit de vie qui permet de réorganiser des événements du passé auxquels on attribue un sens et le TAT

(Thematic Apperception Test) qui consiste à faire raconter au sujet une histoire à travers des planches.

En vue de ce qui précède, la question qu'on se pose dans le cadre de notre recherche est :

- **Est-ce que les personnes âgées placées en institution gériatrique traversent une crise existentielle ?**

Hypothèses :

- Les personnes âgées placées en institution gériatrique traversent une crise existentielle.
- Le récit rapporté par les personnes âgées placées en institution gériatrique démontre qu'ils sont en quête d'un sens à leur vie

Chapitre III

La méthodologie de recherche

1. La méthode utilisée

1.1 La méthode clinique :

Ce qui spécifie la psychologie clinique, c'est la méthode clinique, c'est-à-dire la nature des opérations avec lesquelles le psychologue clinicien approche la conduite humaine. Ce qui les caractérise, ce n'est pas l'emploi exclusif, mais la prédominance et la prévalence d'une observation inspirée par le principe de l'unité de l'organisme et orientée vers la totalité des réactions d'un être humain concret et complet aux prises avec une situation. (Lagache, Rosenblum, 1979, p.160)

La méthode clinique se propose comme une démarche d'application, centrée sur l'analyse d'un cas concret, singulier, en s'appuyant sur plusieurs dispositifs comme l'entretien clinique et l'étude de cas qui permettent d'avoir des informations dans une perspective exploratoire, afin d'effectuer un travail d'analyse, de réflexion à partir du discours des sujets. Tout en préservant le cadre déontologique relatif à cette démarche.

La méthode clinique utilise l'entretien, les tests, les échelles d'évaluation, le dessin, le jeu, l'observation pour développer l'étude de cas. Cette méthode est également définie par Daniel Lagache, 1949, comme celle qui « *envisage la conduite dans sa perspective propre, relative aussi fidèlement que possible la manière d'être et d'agir d'un être humain concret et complet aux prises avec cette situation, chercher à en établir le sens, la structure et la genèse, déceler les conflits qui motivent et les démarches qui tendent à résoudre ces conflits* ». (Chahraoui, Bénony, 2003, p.11).

La méthode clinique est avant tout destinée à répondre à des situations concrètes de sujets souffrants et elle doit se centrer sur le cas, c'est-à-dire l'individualité, mais sans pour autant s'y résumer. La « méthode clinique » s'insère dans une activité pratique visant la reconnaissance et la nomination de certains états, aptitudes, comportements dans le but de proposer une thérapeutique (psychothérapie par exemple), une mesure d'ordre social ou éducatif ou une forme de conseil permettant une aide, une modification positive de l'individu. La spécificité de cette méthode réside dans le fait qu'elle refuse d'isoler ces informations et qu'elle tente de les regrouper en les replaçant dans la dynamique individuelle.

La méthode clinique comporte deux niveaux complémentaires : le premier correspond au recours à des techniques (tests, échelles, entretiens...) de recueil in vivo des informations (en les isolant le moins possible de la situation « naturelle » dans laquelle elles sont recueillies et en respectant le contexte) alors que le second niveau se définit par l'étude approfondie et exhaustive du cas. La différence entre le premier et le second niveau ne tient pas aux outils ou aux démarches mais aux buts et aux résultats : le premier niveau fournit des informations sur un problème, le second vise à comprendre un sujet, ce que n'impliquent pas toutes les situations cliniques, notamment celles qui concernent la recherche sur des faits psychopathologiques ou d'adaptation.

Peut donc être considérée comme clinique, la méthode qui vise à recueillir des informations fiables dans le domaine clinique (étude, évaluation, diagnostic, traitement de la souffrance psychique ou des difficultés d'adaptation) et qui réfère en dernière instance ces informations à la dimension individuelle.

La méthode clinique se compose d'une série de techniques qui peuvent être utilisées tant dans la pratique que dans la production des connaissances, certaines visant le recueil du matériel (entretien par exemple) alors que

d'autres sont des outils de traitement de l'information recueillie (analyse de contenu par exemple).

L'ensemble de ces techniques a pour objet d'enrichir la connaissance d'un individu (activité pratique) ou des problèmes qui l'assaillent (production des théories). (Fernandez, Pedinielli, 2006, p.43)

1.2 L'étude de cas :

L'étude de cas est au cœur de la méthodologie clinique, et les cliniciens y font souvent référence. Elle permet de décrire le problème actuel d'un sujet en tenant compte de ses différentes circonstances de survenue actuelle et passées. (Chahraoui, Bénony, 2003, p.126).

L'intérêt paradigmatique, heuristique et pédagogique de l'étude de cas a été amplement démontré par, entre autres, Widlöcher (1990), Stiles (2004) et Chartier (2009). En replaçant l'étude de cas dans sa dimension historique, avec les recherches de Claude Bernard et de Sigmund Freud, ces auteurs font apparaître deux de ses dimensions essentielles : l'exemplarité et le paradoxe, apparent, de la preuve administrée à partir du cas unique. Il ressort des différents débats que le cas est indissociable du référentiel théorique qui l'a produit. Ainsi, le cas ne saurait préexister aux concepts qui ont participé intimement à sa construction et en conditionnent la saisie. Dans son Prologue *Vers une clinique de l'étude de cas à partir de la casuistique psychanalytique*, Chartier (2009) précise : « *Le but de toute étude de cas, comme celui des monographies freudiennes, n'est pas de rapporter des faits exacts, mais de chercher à illustrer l'expression de telle ou telle construction théorique - et je rajouterai, méthodologique – préalablement élaborée* ».

En examinant les conditions même de la scientificité de l'étude de cas, Stiles (2004) précise : « *Contrairement à la recherche armée par des batteries de tests statistiques, l'étude de cas véhicule des résultats qui s'expriment en mots plutôt qu'en chiffres, transmet l'empathie et la compréhension subjective plutôt qu'une analyse froide et détachée, situe les données dans un contexte individualisé plutôt que dans la sphère des valeurs absolues, cherche à bâtir de bons exemples plutôt que des échantillons représentatifs et parfois vise à responsabiliser le patient plutôt que de simplement l'observer* ». Ce sont les valeurs essentielles d'une clinique au plus près du sujet, de sa singularité et de son unicité irréductible que l'étude de cas permet de défendre, tout en offrant des éléments de réflexion sur des invariants du fonctionnement psychique. (Schauder, 2012, p.2)

2. Le groupe de recherche

2.1 Critères d'inclusion :

- Des personnes âgées de 65 ans et plus
- Ils sont tous installés dans un foyer gériatrique
- Ils ont tous été abandonnés
- Ils sont tous consentants

2.2 Critères d'exclusion :

- Les personnes âgées de moins de 65 ans ne sont pas pris en considération
- Le sexe n'est pas pris en considération
- Le niveau socio-économique n'est pas pris en considération

- La situation matrimoniale n'est pas prise en considération
- Le niveau d'instruction n'est pas pris en considération

3. Les outils de recherche

3.1 Le récit de vie :

Le récit de vie est une narration autobiographique faite par un narrateur à un ou plusieurs interlocuteurs, appelés narrataires, et est le plus souvent défini comme un récit individuel. La narration dont il est question porte sur un fragment, une période ou une série d'expériences de la vie propre de la personne narratrice.

En recherche, ce récit répond à une demande explicite d'un chercheur intéressé à recueillir cette information privilégiée. Le récit de vie s'adresse le plus souvent à autrui dans le cadre d'une relation dyadique ou groupale mettant en présence des narrateurs et un ou plusieurs chercheurs, formateurs ou cliniciens. C'est déjà là une intervention et une pratique sociales : des rôles sont définis, des attentes et des buts posés, des règles énoncées. Tel récit par exemple se fait sous forme d'un entretien portant sur tel ou tel grand thème : l'expérience de la vie de travail ; le vécu d'une situation de chômage ou d'exclusion sociale. De plus, tout récit individuel est produit par un individu social, qui, dans son récit, fait référence à diverses appartenances sociales, à une variété d'institutions et cela dans le temps, autour de repères de changements sociaux : famille, école, travail, amis, quartier de vie, associations. Ce récit exprime tout autant le projet individuel qui traverse l'expérience collective : des choix sont faits, des impasses ou des ruptures sont évoquées, bref, une dynamique bien personnelle et singulière opère une démarche toujours inachevée de liberté

ou de libération. En ce sens, le récit de vie est fondamentalement une expérience subjective individuelle et sociale. (Rhéaume, 2008, p.65)

L'approche du récit de vie comme méthodologie de recherche n'est pas nouvelle. En effet dans les années 1920-1930, elle était déjà utilisée à l'école de Chicago comme outils de recherche sociologique. Cette méthode n'est apparue en France que très récemment (introduite dans les années 70 par Daniel Bertaux). Elle s'est ensuite diversifiée en élargissant son champ d'intervention à de nouveaux domaines. Elle désigne globalement toutes les pratiques qui ont recours au récit de vie comme support pour explorer les parcours individuels ou l'histoire de collectifs professionnels, institutionnels ou communautaire. Ces pratiques, aux formes multiples, se réfèrent à des méthodes de formation et de recherche qui se situent dans des champs théoriques différents (sociologie, psychologie, psychosociologie, ethnologie, ou sciences de l'éducation)¹. Le principe de base du récit de vie est de partir de l'individu et de son discours, donc de son vécu subjectif.

A partir de là, on peut se demander quelles sont les particularités du récit de vie en tant que méthode de recherche et quels en sont les intérêts et limites ?

En recourant au linguiste J.M. Adam (1991), rappelons tout d'abord ce qui constitue l'essentiel de la définition du récit :

- Pour qu'il y ait récit, il faut qu'il y ait représentation d'au moins un événement, et ces événements doivent être rapportés ; ils sont donc doublement construits : dans la perception des événements, qui est déjà interprétation, et dans la narration.
- Le récit est forcément porteur d'une chronologie : il raconte une histoire qui se déroule dans le temps.
- Le récit comporte un ordre configurationnel, c'est-à-dire qu'il constitue un tout qui organise et donne sens aux événements rapportés.

- Enfin, le récit se construit dans une interaction, contextualisée.

Le récit de vie se fait sous la forme orale et de manière spontanée, c'est l'expérience de la vie considérée au travers d'un filtre. C'est une phase exploratoire où le sujet de recherche n'est pas tout à fait défini. Il s'agira de faire une analyse permettant de vérifier les hypothèses de départ. La narration que pourra faire le sujet de son histoire, de sa vie servira de base de travail pour répondre à la question qui a conduit la personne à venir en consultation.

Cette méthode se présente comme un outil privilégié de compréhension de parcours existentiel, mais aussi comme un vecteur de changement : raconter sa vie, c'est la reconstruire, dans le présent et dans la relation avec un interlocuteur : c'est tisser des liens entre les événements vécus, discontinus, pour en faire une histoire, qui a un sens pour l'autre et pour soi. Raconter sa vie à quelqu'un, crée une réalité inédite, présente et interactive, et cette création discursive (c'est-à-dire de parole) donne des significations nouvelles à l'expérience du narrateur. Elle lui confère une nouvelle maîtrise de son existence, un rôle d'acteur, c'est-à-dire le transforme lui-même en retour (c'est le caractère performatif du récit).

Raconter sa vie renvoie en outre à ce qui se passe dans toute communication, à savoir une évaluation et une négociation du " qui je suis pour toi ", du " qui tu es pour moi " (F. Flahault, 1978). Lorsqu'il raconte sa propre histoire, le narrateur bénéficie d'une occasion privilégiée d'affirmer et de faire reconnaître une place et une identité singulière. (Université Rennes II, 2009, p.2)

« La démarche du récit de vie au sein de l'institution dans laquelle je travaille depuis treize ans a mis plusieurs années à éclore : elle a été proposée aux résidents en 2011, intégrée dans une réflexion plus large autour de la gestion de la douleur née en 2008 déjà. Un lien entre la

douleur, dans le sens de souffrance morale, et le récit de vie a petit à petit été établi au fur et à mesure de l'avancée du projet : les résidents arrivent en institution avec leur histoire personnelle faite non seulement de beaux souvenirs, de gratitude, de savoirs, mais aussi de regrets, de pertes, de peurs, qui accentuent l'état de fragilité et influencent la qualité des jours qui restent à vivre. C'est ainsi que le récit de vie a fait son entrée au sein de l'établissement ». (Varin, 2019, p.99)

La place pour le récit de vie en institution interpelle alors, étant entendu que ce que nous sommes aujourd'hui est le résultat de ce que nous avons été hier, et de la façon dont nous avons su nous créer une identité cohérente tout au long de notre vie.

Le récit donne une forme et unifie notre identité. Et de s'interroger encore sur l'âge auquel on se met à raconter sa vie : à l'adolescence, étape de construction et d'appropriation de soi, et à la vieillesse, qui est un temps de retour sur soi et de relecture de son parcours. Face à la prise de conscience d'être vieux/vieille, Éric Deschavanne et Pierre-Henri Tavaillot relèvent également trois attitudes possibles : la lutte pour maintenir une cohésion existentielle coûte que coûte ; la déprime à la vue de son déclin ; ou la possibilité de modifier son regard, élargir sa pensée en s'ouvrant à soi-même, aux autres et au monde qui nous entoure, approfondissant ainsi « *les trois domaines de la maturité adulte : l'expérience, la responsabilité et l'authenticité* »

Cette attitude redonne alors sens, saveur et grandeur à cette étape de la vie. Mais elle ne peut parfois enlever totalement le tragique du déclin lié à l'avancée en âge. Tout au plus, dans certaines situations, peut-elle apporter une certaine distance à l'égard des choses. Récit de vie et enjeux de la vieillesse se complètent donc à merveille. (Varin, 2019, p.102)

3.2 Thematic Apperception Test (TAT) :

3.2.1 Aperçu historique

L'histoire du TAT commence au début du siècle, aux États-Unis. En 1907, des chercheurs désireux d'étudier les processus de l'imagination (Brittain, cité par Morval, 1982) ou les réactions sociales de différents types de populations (délinquants) ont l'habitude de présenter des images à ces sujets pour susciter des commentaires ou des critiques. À cette époque, à l'Harvard Psychological Clinic, un passionné professeur de psychologie de la personnalité, Henry Murray, à l'origine médecin, biochimiste et chirurgien, découvre par hasard, le pouvoir évocateur des images et sa possible utilisation dans l'étude de la personnalité lorsqu'une de ses assistantes, Cecilia Roberts, lui raconte comment son jeune fils, écrit et raconte des histoires, à partir de photographies sélectionnées dans des magazines. Murray voit dans cette démarche une façon originale d'explorer systématiquement la personnalité et avec son assistante, Christiana Morgan décide de formaliser et de codifier cette approche. Les deux psychologues partent, ainsi, à la recherche d'images et colligent de nombreuses séries provenant de journaux divers, publicités, films, photographies ou autres sources.

Bellak poursuit ses recherches inspirées de la psychanalyse et s'appuie sur la deuxième topique freudienne. Il interprète les récits TAT à partir de la notion de conflit entre les défenses du moi, d'une part, les pulsions d'autre part. Il s'intéresse également aux forces et à l'autonomie du moi par rapport aux deux autres instances, le Ça et le surmoi. C'est pourquoi son système apparaît comme un système intégré qui englobe l'ensemble de ces concepts et représente une référence

essentielle dans le domaine du testing dans les pays anglo-saxons (Bellak et Abrams, 1997 ; Morval, 1982 ; Brelet-Foulard, 2004).

De nombreuses recherches (cités par Bellak et Abrams, 1997) ont enrichi cette approche et ont approfondi les notions de conflits, défenses, nature de l'anxiété, fonctions du moi, etc. Depuis les années quatre-vingt, ces recherches ont suivi deux principaux axes : psychodynamique et méthodologique.

L'axe psychodynamique vise à étudier le conflit interne exprimé selon des principes d'énergie et de défense et à intégrer de nouvelles formes de psychopathologie, objectivées par les travaux de Kernberg (1976, fonctionnement borderline) et Kohut (1977, fonctionnement narcissique).

L'axe méthodologique quant à lui vise à analyser la relation d'objet pour contribuer à ajuster l'orientation thérapeutique et à réviser périodiquement les modalités d'interprétation.

En France, dans les années cinquante, c'est Vica Shentoub qui la première s'intéresse aux histoires TAT. Dans un premier temps, ses conceptions sont proches de celles de ses collègues anglo-saxons, mais très vite elle s'y détache pour s'inscrire dans un cadre conceptuel éminemment psychanalytique. En s'inspirant des travaux de Lagache, elle considère le récit TAT comme « une fantaisie consciente induite » (Brelet-Foulard, 2004). Elle s'interroge sur les mécanismes psychiques qui produisent l'histoire TAT et conclut que, dans ce processus, la place prépondérante revient à la notion de fantasme, qui agit comme l'organisateur de tout investissement.

Les travaux de Vica Shentoub sont poursuivis et enrichis, en France, par Rosine Debray, Françoise Brelet-Foulart et Catherine Chabert. Ces travaux se situent dans un cadre authentiquement psychanalytique. (Castro, 2016, p.251)

3.2.2 Définition

Le TAT est considéré comme une méthode projective car il appartient à la catégorie des méthodes à interprétation (Frank, 1948). Le sujet interprète, en fonction de toute son expérience antérieure, une stimulation ambiguë. Le psychologue, de son côté, interprète le récit ainsi obtenu, à partir de son contenu et de sa forme. De ce fait, l'hypothèse fondatrice du TAT est que la vie et les mécanismes inconscients du sujet se révèlent à travers les récits construits à partir de cette stimulation ambiguë. Pour Murray (1943), ces récits constituent des descriptions légèrement déguisées de la conduite du sujet dans la vie réelle. Pour Bellak (1952), le récit TAT est une production projective parce que le sujet « distord » sa perception des planches en fonction de sa propre dynamique de personnalité. Il introduit dans ce sens la notion de « distorsion aperceptive ».

Pour l'école française, le TAT comme toute épreuve projective, sollicite à la fois des conduites perceptives et projectives (Boekholt et Chabert, 2003). Pour d'autres chercheurs (cités par Growth-Marnat, 2009), les récits TAT sont à considérer comme des échantillons représentatifs du fonctionnement du sujet, mais non comme des comportements susceptibles de se produire.

Le TAT s'inscrit dans une perspective idéographique et s'avère très utile dans la compréhension de la problématique du sujet singulier. D'autant qu'il s'agit d'un outil qui se prête peu à la simulation. D'une part, parce que l'objectif de l'évaluation n'est pas apparent pour le sujet qui le passe ; d'autre part, parce qu'il mobilise un matériel inconscient qui traverse les mécanismes de censure du sujet (Bellak et Abrams, 1997). C'est pour ces raisons, que malgré de fortes critiques

méthodologiques, il s'impose comme un des tests cliniques les plus utilisés sur le terrain. (Castro, 2016, p.256)

3.2.3 Indications d'utilisation

Le TAT peut être proposé dans toute situation impliquant ou nécessitant un examen psychologique se donnant pour objectif l'investigation approfondie du fonctionnement psychique d'un individu. En général, le sujet se trouve dans une situation de demande ou de souffrance lorsqu'il présente notamment des troubles d'ordre psychopathologiques : la réponse à apporter nécessite une réflexion effective permettant de proposer l'orientation la mieux appropriée pour traiter ses difficultés. Cette réflexion se fonde sur un travail d'exploration sérieux des différentes modalités de fonctionnement psychique dont dispose le sujet. (Brelet-Foulard, Chabert, 2003, p.32)

Selon l'école psychodynamique américaine, le TAT constitue un bon complément du Rorschach et mérite d'être utilisé lorsqu'il est nécessaire d'approfondir le fonctionnement psychique du sujet. En effet, au niveau des conflits intrapsychiques, le TAT est susceptible de révéler les peurs profondes (abandon, agression, etc.), l'insécurité, l'anxiété ainsi que les mécanismes de défenses présents chez un individu donné. Au niveau de la représentation de soi, le TAT fournit des indications sur l'investissement du sujet envers soi-même ainsi que sur la nature de ses identifications masculines ou féminines. Au niveau interpersonnel, le TAT apporte de précieuses informations sur le monde relationnel du sujet et sur son positionnement vis-à-vis des figures significatives de son entourage.

Ainsi, de par les éléments qu'il permet d'objectiver, le TAT reste un instrument précieux dans la réflexion sur l'orientation thérapeutique.

Pour l'école française, le TAT est considéré comme un complément essentiel du Rorschach, « la mise en écho » de ces deux épreuves étant fortement recommandée (Brelet-Foulard, 2003). Pour que leur confrontation permette un affinement considérable de l'évaluation diagnostique (Chabert, 1998).

Ainsi, pour l'école française, le TAT se présente comme un outil diagnostique (au sens psychanalytique du terme) qui facilite l'implication et la projection en suscitant une diversité de réactions, témoins du fonctionnement psychique individuel et l'exploration fine de l'univers relationnel du sujet dans ses mouvements identificatoires et ses aménagements défensifs.

Les deux écoles s'accordent sur le pouvoir évocateur de cette épreuve ainsi que sur l'intérêt clinique du binôme Rorschach/TAT. (Castro, 2016, p.258)

3.2.4 Le matériel

La méthode que nous préconisons comporte un certain nombre de variantes par rapport à celle de H. Murray.

De l'édition originale comprenant 31 planches, nous ne retiendrons que les planches considérées comme les plus pertinentes et les plus significatives. Ce sont les planches 1, 2, 3BM, 4, 5, proposées aux garçons et aux filles, aux hommes et femmes ; 6BM, 7BM et 8BM, proposées aux garçons et aux hommes ; 6GF, 7GF et 9GF, proposées aux filles et aux femmes ; 10, 11, 12BG, 13B, 19 et 16, proposées aux garçons et aux filles, aux hommes et aux femmes et 13MF proposée uniquement aux sujets adultes, hommes et femmes.

L'ordre de présentation des planches doit être respecté, la planche 16 devant être proposée à la fin de la passation.

Le déroulement de l'épreuve du TAT confronte le sujet à une modification du stimulus, les planches allant des situations les plus structurées aux moins structurées : les dix premières planches, plus figuratives, représentent des personnages sexués, alors que les planches 11, 19 et 16 ne renvoient pas à des objets concrets bien définis.

Le tableau ci-dessous récapitule l'ordre de présentation des planches en fonction du sexe et de l'âge du sujet.

N°planche Sexe et âge	1	2	3BM	4	5	6BM 7BM	6GF 7GF	8BM	9GF	10	11	12BG	13B	13MF	19	16
Homme	○	○	○	○	○	○		○		○	○	○	○	○	○	○
Femme	○	○	○	○	○		○		○	○	○	○	○	○	○	○
Garçon	○	○	○	○	○	○		○		○	○	○	○		○	○
Fille	○	○	○	○	○		○		○	○	○	○	○		○	○

La passation ne comporte qu'une seule séance. (Brelet-Foulard, Chabert, 2003, p.34)

3.2.5 La consigne

La consigne porte sur la description de la tâche à effectuer et non sur le but de l'épreuve. Elle permet ainsi de ne pas influencer la productivité du sujet et de préserver le climat de confiance établi au cours de l'entretien préalable.

Pour l'école française (Boekholt, Chabert, 2003) la consigne est : « Imaginer une histoire à partir de la planche. » Elle n'est ni répétée ni explicitée.

Pour l'école américaine (Bellak, 1952) la consigne est plus explicite, assez proche de celle originaire de Murray : « Je vais vous montrer des images. Pour chacune d'entre elles, vous allez me raconter une histoire, c'est-à-dire décrire ce qui se passe, ce que les gens pensent et font, comme c'est arrivé et comment ça va finir. Il s'agit donc de dire ce qui s'est passé avant, pendant et après. Voici la première image. » Pour Bellak, la consigne peut être répétée une fois si le sujet se montre perdu ou réticent. Au-delà de cette seconde répétition, le sujet est laissé structurer le récit à sa guise. (Castro, 2016, p.261)

3.2.6 Démarche interprétative

Une fois la passation terminée et le protocole recueilli, le psychologue s'attaque au travail de dépouillement, c'est-à-dire à l'analyse et à l'interprétation du protocole. Ce travail portera sur le texte des récits racontés par le sujet, notés dans l'ordre de présentation des planches. (Brelet-Foulard, Chabert, 2003, p.37)

L'école française propose une élaboration actuelle des contenus manifestes et latents du TAT, en insistant à la fois sur l'axe narcissique et/ou objectal des représentations et sur le registre conflictuel en termes œdipiens et dépressifs.

L'école psychodynamique américaine suit les conceptions issues de la psychologie du moi et situe le contenu latent des planches TAT dans les registres de la représentation de soi, de la relation d'objet et de la gestion des conflits intrapsychiques. (Castro, 2016, p.266)

Chaque planche du TAT est susceptible de solliciter une problématique spécifique, prévalente, dont la traduction, en termes de

représentations de mots, renvoie au fantasme sous-jacent. Cependant, la mise à l'épreuve essentielle relève de la manière dont le sujet mobilise ses conduites psychiques pour produire un récit.

Notre hypothèse principale est que les sollicitations latentes du matériel sont toujours effectives, qu'il s'agisse du complexe d'Œdipe ou de l'angoisse dépressive : tous les sujets, quelle que soit leur organisation psychique, sont mobilisés par ces problématiques. (Brelet-Foulard, Chabert, 2003, p.43)

Planche 1

Manifeste : Un garçon, la tête entre les mains, regarde un violon posé devant lui.

Latent : Renvois à l'image d'un enfant, l'accent porte sur l'immaturité fonctionnelle, c'est une problématique d'impuissance actuelle associée à l'angoisse de castration qui organise l'image.

La solitude de l'enfant, associée à la blessure narcissique imposée par son immaturité, est susceptible de déterminer une angoisse de perte plus ou moins « élaborable ».

Planche 2

Manifeste : « Scène champêtre ». Au premier plan, une jeune fille avec des livres ; au second plan, un homme avec un cheval, une femme adossée à un arbre.

Latent : Renvoie au triangle œdipien : père-mère-fille, malgré l'absence de différence de générations au niveau manifeste. Elle met à l'épreuve l'organisation œdipienne et son caractère plus ou moins structurant : attirance de la jeune fille par l'homme, rivalité avec la femme, reconnaissance de l'interdit, renoncement à l'amour œdipien, nostalgie, déclin de l'œdipe.

L'interdit et le renoncement auquel il est contraint sont éprouvés comme une impossible séparation d'avec les objets originaires. Le sujet reste « collé » au couple en refusant de reconnaître son lien sexuel privilégié, l'exclusion par rapport au couple étant ressentie comme un rejet massif et insupportable.

Planche 3BM

Manifeste : Un personnage affalé au pied d'une banquette. (Sexe et âge indéterminés, objet à terre flou).

Latent : Renvoie à la position dépressive avec traduction corporelle. (Pas de conflits, c'est la perte d'objet). Dans un contexte œdipien, c'est la culpabilité dans sa valence dépressive qui est mobilisée. La solitude reste supportable, le travail de renoncement est possible et le déplacement des investissements renouvelable.

Cette planche est très importante pour mettre en évidence la capacité du sujet à lier les affects (dépression, tristesse) à une représentation (absence, mort, donc perte d'objet).

Planche 4

Manifeste : Une femme proche d'un homme qui se détourne (différence des sexes, pas de différence de générations).

Latent : Renvoie à l'ambivalence pulsionnelle dans la relation de couple, avec les deux pôles agressivité/tendresse, ou encore amour/haine. Dans un contexte œdipien, c'est un tiers (la guerre ou une autre femme) qui détermine l'éventuel départ du personnage masculin. La planche sollicite, au-delà du conflit et du chagrin d'amour, l'angoisse de séparation et d'abandon.

Planche 5

Manifeste : Une femme d'âge moyen, la main sur la poignée d'une porte, regarde à l'intérieur d'une pièce.

Latent : Renvoie à une image féminine (maternelle) qui pénètre et regarde.

Le conflit enverra, face à ce type d'image féminine, à la possibilité ou non de se situer par rapport à une instance surmoïque (notion de culpabilité) ou persécutrice.

Ambivalence associée à l'angoisse de perdre l'amour de l'objet.

Planche 6BM

Manifeste : Au premier plan, un homme jeune, de face ; au second plan, une femme âgée, de profil (différence de sexes, différence de générations).

Latent : Renvoie à la relation mère-fils dans un contexte de tristesse. Dans un contexte œdipien, la planche s'organise autour d'un fantasme parricide (la tristesse est liée à la mort du père) et met à l'épreuve la reconnaissance de l'interdit de l'inceste.

Dans un autre registre, la planche ravive les modalités singulières de la relation du fils à la mère dans ses références précoces, donc rattachées à l'angoisse de perdre son amour, mise en conflit avec l'éloignement nécessaire imposé par le renoncement œdipien.

Planche 7BM

Manifeste : Deux hommes (dont on ne voit que les têtes) près l'un de l'autre (différence de générations, pas de différence de sexes).

Latent : Renvoie au rapprochement père-fils. Dans un contexte œdipien, la planche renvoie à l'ambivalence de la relation avec le père : rivalité ou lien homosexuel au sein de l'œdipe négatif.

Comme toutes les scènes de rapprochement manifeste, la planche provoque l'association fantasmatique d'une séparation et d'un éloignement.

Planche 8BM

Manifeste : Au second plan, un homme couché, deux hommes penchés sur lui avec un instrument (scène d'opération). Au premier plan, un adolescent tournant le dos à la scène, et un fusil (pas de différence de sexe, différence de générations).

Latent : Renvoie à une séance d'agressivité ouverte mettant en présence des hommes adultes et un adolescent dans un contexte de position contrastées : active/ passive. Dans un contexte œdipien, ce sont le désir parricide, la culpabilité, l'angoisse de castration et l'ambivalence vis-à-vis du père qui sont mobilisés.

Planche 6GF

Manifeste : Une jeune femme assise, au premier plan, se retournant vers un homme qui se penche sur elle (légère différence de générations, différence des sexes).

Latent : Renvoie à une relation hétérosexuelle dans l'opposition conflictuelle entre désir et défense. Dans un contexte œdipien, cette planche convoque des fantasmes de séduction de type hystérique : c'est l'homme plus âgé (le père ou son substitut) qui est l'agent séducteur, version qui préserve l'innocence de la jeune fille.

Planche 7GF

Manifeste : Une femme, un livre à la main, penchée vers une petite fille, à l'expression rêveuse qui tient un poupon dans les bras (différence de générations, pas de différence des sexes).

Latent : Renvoie à la relation mère-fille. Dans un contexte œdipien, la planche sollicite des mouvements d'identification de la fille à la mère qui autorise ou non l'accession à une place de femme et de mère.

Dans d'autres contextes, le conflit se double de la réactualisation de l'ambivalence dans la relation mère-enfant, en termes d'amour et de haine, de proximité et de rejet.

Planche 9GF

Manifeste : Au premier plan, une jeune femme, derrière un arbre, regarde une autre jeune femme qui court en contre-bas, au second plan (pas de différence des sexes, pas de différence de générations).

Latent : Renvoie à une rivalité féminine. Dans un contexte œdipien, la rivalité entre les deux femmes se noue autour d'un tiers, un homme aimé.

Au-delà de la rivalité, c'est une agressivité plus violente, et éventuellement mortifère, qui se mobilise dans une problématique où l'attaque de l'autre est susceptible d'entraîner sa disparition.

Planche 10

Manifeste : Un couple qui se tient embrassé (pas de différence de générations, flou et ambiguïté dans la différence des sexes).

Latent : Renvoie à l'expression des désirs dans le couple. Dans un contexte œdipien, les liaisons sont possibles ou pas entre tendresse et désir sexuel, la référence incestueuse est plus ou moins présente.

Au-delà des « retrouvailles » du couple, c'est la menace de sa séparation qui demeure sous-jacente ou clairement formulée.

Planche 11

Manifeste : Paysage chaotique avec des vifs contrastes d'ombres et de clarté, en à pic.

Latent : La planche induit des mouvements régressifs très importants, mettant au jour des problématiques prégénitales singulières, généralement référées à une image maternelle archaïque.

Planche 12BG

Manifeste : Paysage boisé au bord d'un cours d'eau avec au premier plan un arbre et une barque. Végétation et arrière-plan imprécis. Aspect aéré et dominante claire.

Latent : Dans un contexte œdipien, on trouve l'évocation de représentations de relations tendres ou nettement érotisées.

Au-delà, les dimensions dépressives et/ou narcissique se manifestent à travers la réactivation d'une problématique de perte et d'abandon ou à travers l'impossibilité d'introduire une dimension objectale.

Planche 13 B

Manifeste : Un petit garçon assis sur le seuil d'une cabane aux planches disjointes.

Latent : Renvoie à la capacité d'être seul. Dans un contexte œdipien, la planche ravive le sentiment de solitude de l'enfant délaissé par le couple parental.

Au-delà, la problématique dominante mobilisée par la planche porte sur la capacité d'être seul dans un environnement précaire et met à l'épreuve la qualité de l'étayage maternel et ses effets sur le sujet.

Planche 13 MF

Manifeste : Une femme couchée, la poitrine dénudée et un homme debout au premier plan, le bras devant le visage (différence des sexes, pas de différence de générations).

Latent : Renvoie à l'expression de la sexualité et de l'agressivité dans le couple. Dans un contexte œdipien, la planche s'organise autour d'une situation triangulaire dramatisée mettant plus ou moins au jour une fantasmatique incestueuse et meurtrière.

Au-delà, et comme toutes les planches qui sont susceptibles de solliciter une fantasmatique mortifère, c'est la question de la perte violente et de la destruction qui est ravivée, et cette fois, la massivité de la problématique peut entraîner un débordement et une désorganisation patents.

Planche 19

Manifeste : Image « surréaliste » de maison sous la neige ou de bateau dans la tempête.

Latent : Mise à l'épreuve des limites entre dedans/dehors, bon/mauvais, et réactivation de problématiques archaïques dépressive et/ou persécutive, selon les capacités de contenance et de différenciation du sujet.

Planche 16

Manifeste : « Carte blanche », pour le sujet.

Latent : Renvoie à la manière dont le sujet structure ses objets internes et externes et organise ses relations avec eux. (Brelet-Foulard, Chabert, 2003, p.44)

4. Le TAT et la personne âgée

« Le TAT est une épreuve projective très peu utilisée dans la rencontre clinique avec le sujet âgé. Une revue de la littérature met en exergue l'utilisation – néanmoins assez ancienne pour plusieurs d'entre elles – d'épreuves projectives spécialement mises au point pour les sujets âgés, le TAT ayant été jugé peu pertinent pour rendre compte des réaménagements psychiques de la sénescence. Or la plupart de ces épreuves donnent à voir des modes de construction et d'interprétation bien peu satisfaisants. Après une revue critique de certaines d'entre elles, notre propos est de montrer combien le TAT est une épreuve projective tout à fait pertinente pour rendre compte des problématiques variées qui peuvent animer la réalité psychique de sujets âgés, au-delà des seules questions liées à la solidité des assises narcissiques et au traitement des affects dépressifs ». (Verdon, 2002)

Une très grande partie des recherches sur le bilan psychologique du sujet âgé est consacrée à la mise au point d'épreuves neuropsychologiques pertinentes pour aider au dépistage de pathologies dégénératives et/ou vasculaires susceptibles d'être à l'origine des troubles intellectuels présentés par les patients. Dans une perspective psychopathologique – les épreuves projectives ayant peu d'intérêt dans une démarche diagnostique – Marion Péruchon (1990 ; 1994, p. 57 et sqq.) a montré l'intérêt de l'utilisation du Rorschach et du TAT pour appréhender en finesse les atteintes des processus de pensée, des représentations de soi et des représentations de relations dans le cas de la survenue d'une maladie d'Alzheimer.

À côté de cette clinique de l'état démentiel, il s'avère qu'une clinique projective apparaît également bien précieuse auprès du sujet vieillissant non détérioré, en ce qu'elle permet d'appréhender des problématiques qui dépassent la seule question des processus cognitifs, et ce, bien que la plainte

mise en avant soit souvent celle d'une moindre mobilisation des capacités intellectuelles.

Moins connu que le Rorschach, souvent négligé du fait d'une passation jugée trop longue et d'une exploitation estimée pesante, le TAT rencontre un faible écho chez les cliniciens œuvrant auprès de sujets âgés. Une revue de la littérature s'avère à ce sujet particulièrement édifiant, tant à propos de l'utilisation du TAT dans la clinique et la recherche, qu'à propos de l'utilisation des épreuves projectives en tant que telles en clinique gériatrique.

L'utilisation du TAT apparaît très hétérogène : les planches proposées sont choisies en fonction des problématiques abordées, mais le détail des planches n'est pas toujours précisé dans la présentation de la recherche. Les méthodes d'analyse des histoires sont extrêmement variées et de fait difficilement comparables et exploitables.

Plus encore, il s'avère que d'autres épreuves ont été mises au point depuis plusieurs dizaines d'années avec une revendication d'adaptation bien plus pertinente à la clinique du sujet âgé, tant en termes de matériel que d'interprétation, que ne le proposeraient le Rorschach et le TAT.

Parmi eux, on retrouve le *Gerontological Apperception Test* (GAT), le *Senior Apperception Test* (SAT), *Laforestrie-Missoum Personnes Âgées* (LMPA) et le *Projective Assessment of Ageing Method* (PAAM), qui sont toutes des épreuves thématiques. (Verdon, 2002, p.184)

5. Difficultés de la recherche

Toute recherche bien menée se confronte toujours à d'énormes difficultés qui apparaissent parfois comme des obstacles majeurs pour son bon déroulement.

En notre qualité d'étudiant en psychologie débutant en recherche, nous sommes encore plus exposés à ces problèmes qui n'épargnent pas les professionnels eux-mêmes.

Néanmoins, ces difficultés ne constituent pas des obstacles infranchissables qui pourront bloquer la recherche ; elles enrichissent l'analyse lorsque celles-ci trouvent les solutions adéquates et appropriées pour les dépasser.

Ici, dans cette étude, la première difficulté majeure qui nous a particulièrement tous affectée de différentes manières cette année, c'est cette crise sanitaire due au Covid-19 qui nous a malheureusement empêché d'accéder au terrain.

Nous avons également rencontré quelques difficultés quant à la documentation. La crise existentielle étant un sujet associé très souvent à la dépression, il est donc difficile de trouver des sources abordant le problème en profondeur et comme il se doit, sans oublier que les études sur le vieillissement sont récentes et qu'elles restent rares.

« C'est donc dans la deuxième moitié des années 1980 qu'est mise en exergue la nécessité de s'interroger sur la spécificité des personnes très âgées, des vieillards au sens propre. [...] Notons pourtant que les études de ce type, focalisant la grande vieillesse, restent rares » (Lalivie d'Epinau, Spini, 2007, p.31)

Synthèse

Enfin, il est important de spécifier que la méthodologie constitue un élément indispensable dans un travail scientifique puisqu'elle combine toutes les étapes de la recherche des hypothèses jusqu'à leur confirmation ou infirmation.

Afin que notre recherche soit fiable, nous avons fait recours à deux outils : le récit de vie et le TAT qui nous permettront de déterminer si les personnes âgées placées en institution gériatrique traversent ou non une crise existentielle.

Chapitre IV

Analyse et discussion des études antérieures

Suite à l'arrivée de la pandémie du COVID-19 et au protocole sanitaire élaboré par le ministère de santé algérien, le stage qui devait représenter notre partie pratique dans notre recherche n'a pu aboutir à sa fin, nous avons donc eu recours à des études antérieures pour compléter notre étude.

Le ministère des études supérieures algériennes a rédigé un communiqué dans lequel est indiqué que les études antérieures en rapport à notre thème doivent être citées et discutées dans la partie pratique de notre mémoire.

Par conséquent, ce chapitre que nous avons nommé « Analyse et discussion des études antérieures » va comprendre des thèses de doctorat et des articles universitaires qui ont traité des thématiques semblables à notre thème qui aborde la crise existentielle chez les personnes âgées placées en institution gériatrique.

Notre première étude élaborée par N. Halouani, S. Ellouze, I. Lajmi, J. Aloulou et O. Amami s'intitule « *Dépression chez le sujet âgé hospitalisé en psychiatrie* », elle a été faite en 2018 à l'université de Sfax en Tunisie.

Cette étude de nature descriptive est portée sur 30 sujets âgés hospitalisés au service de psychiatrie pour un épisode dépressif majeur.

L'objectif principal de cette étude est de dresser le profil sociodémographique et clinique des sujets âgés déprimés hospitalisés en psychiatrie et de déterminer les caractéristiques sémiologiques et thérapeutiques de la dépression du senior.

Le recueil de données s'est fait par le biais des dossiers d'hospitalisation précisant toute information sociodémographique, antécédents somatiques et psychiatriques ainsi que les caractéristiques cliniques, évolutives et thérapeutiques de l'épisode dépressif.

Quant à l'analyse et la saisie des données, elles ont été faites avec le logiciel SPSS 20.0, les variables qualitatives ont été exprimées en

pourcentage avec le test de Chi deux (χ^2) de Pearson et les variables quantitatives en moyennes avec leurs écarts types.

Les résultats de l'étude

D'après les résultats de l'étude 53,3% seraient suivis pour une maladie somatique chronique, 43,3% ont été hospitalisé pour motif de « tristesse de l'humeur », 40% des cas présentent un déficit cognitif, 20% présentent un ralentissement psychomoteur et des idéations suicidaires, 16,6% seraient anxieux et 13,3% présentent des idées délirantes, parmi tous les patients hospitalisés 93,3% ont reçu un traitement antidépresseur.

La prédominance féminine l'emporte dû au niveau socioéconomique moyen voir bas, vivant en isolement familial et ayant un faible niveau d'instruction. Cet isolement familial et le faible support social occupent une place importante dans la vulnérabilité dépressive du sénior.

Sans oublier que les pathologies somatiques présentent chez 53,3% des sujet favorisent considérablement la survenue d'une dépression.

D'ailleurs l'examen psychiatrique a également dévoilé des idées suicidaires chez un cinquième d'entre eux, dont l'un est passé à l'acte. Ceci corrobore les données de la littérature puisque la dépression est considérée comme le trouble le plus fréquemment associé au suicide.

Commentaire

Notre recherche semble avoir certaines similitudes avec cette étude qui traite sur la dépression. En premier lieu nous pouvons citer la ressemblance culturelle, la Tunisie est un pays voisin partageant pratiquement les mêmes valeurs et coutumes que l'Algérie, les personnes âgées dans les pays arabes ont tendance à avoir le rôle de « chef de famille », ils véhiculent le respect, ainsi ce placement en psychiatrie est considéré comme une honte du côté de la famille et comme un abandon du côté du senior, ce changement de lieu et

cette perte des liens sociaux et familiaux le mène tout droit vers un questionnement au sens de sa vie ou vers une dépression.

En effet la crise existentielle aborde également les mêmes concepts que ceux de la dépression, tel que le deuil, le changement de mode de vie, la perte des liens sociaux et familiaux, la perte des rôles, sentiment d'échec, diminution de l'estime de soi, pensées suicidaires ...etc.

La crise existentielle et la dépression prennent le sujet dans toute son entité (physique, psychique, sociale) il s'agit de prendre en considération tous les facteurs (socioéconomiques, culturels, personnels...) et l'impact qu'ils ont sur la vie de la personne.

Cependant, cette étude a également fait appel à une méthode statistique que nous n'avions pas l'intention d'utiliser dans notre recherche, nous avons plutôt l'intention de recueillir des données à travers le récit de vie et de travailler en parallèle avec le TAT (Thematic Apperception Test) qui est un test projectif utilisé en psychologie clinique.

Notre deuxième étude est une thèse pour l'obtention du diplôme d'état de docteur en médecine, élaborée par Clémence Gavois, intitulée « *Ressenti de la personne âgée en EHPAD souffrant de dépression : étude qualitative* » faite en 2017 à l'université de Lille en France.

L'objectif de cette étude consiste à recueillir le ressenti des personnes âgées placées en EHPAD et souffrant de dépression sur leur prise en charge et le rôle de chaque intervenant pour ainsi obtenir des pistes d'amélioration.

Ce travail utilise une méthode de recherche qualitative car selon Gavois « *la recherche qualitative est celle qui correspondait le mieux pour répondre aux attentes de cette étude. Cette méthode permet d'explorer les émotions, les sentiments des patients ainsi que leurs comportements et leurs expériences personnelles. À ce titre, la recherche qualitative est particulièrement adaptée à la recherche en médecine générale, car elle*

permet un abord large de la compréhension de la santé et des déterminants des soins ».

En recherche qualitative les échantillons sont le plus souvent composés de moins de trente individus, dans cette thèse quinze entretiens semi-directif ont été réalisés, d'une durée variant de 20 à 45 minutes environ, sur des personnes âgées de plus de 65ans, abordant les caractéristiques du sujet, sa situation familiale, ses traitements, ses thérapies, sa place au sein de l'EHPAD, le rôle de son médecin traitant, le rôle du personnel de l'EHPAD et celui des médecins spécialisés en gériatrie ou psychiatrie.

Les hypothèses de cette recherche sont les suivantes :

- Les sujets âgés banalisent leurs symptômes dépressifs et n'osent pas en parler.
- Les patients ne connaissent pas assez les moyens pouvant être mis à leur disposition pour améliorer leur prise en charge.
- Chaque intervenant de l'EHPAD, quel qu'il soit, a un rôle important dans la prise en charge de la dépression des résidents.

Les résultats de l'étude

À travers les quinze entretiens semi-directifs qui ont été réalisés au sein de différents EHPAD il s'est avéré que les personnes âgées banalisent leur souffrance psychique et mettent l'accent encore plus sur leur état de santé physique. Elles mettent beaucoup en relation les plaintes somatiques et les troubles psychiques, c'est-à-dire que s'ils ne vont pas bien moralement c'est forcément parce qu'ils ont mal au dos, n'entendent pas, ne peuvent pas marcher...etc.

Ses sujets ont développé une certaine proximité avec le médecin généraliste en qui ils ont confiance, mais cela ne les empêche pas de trouver des difficultés à exprimer leur mal-être et parler de leur dépression. Le rôle du psychologue semble être méconnu par certains résidents.

Les patients sont globalement satisfaits de leurs traitements antidépresseurs, n'évoquant que peu d'effets secondaires mais au contraire un effet bénéfique sur leur bien-être psychique.

L'environnement de l'EHPAD, par le côté familial de leur chambre, est rassurant, ils se sentent moins isolés qu'ils ne l'étaient parfois au domicile, ils sont très proches du personnel, se confient à eux, rigolent avec eux et se sentent en sécurité, d'après le discours rapporté le personnel semble être très affectueux avec ses seniors mais ils regrettent de ne pas pouvoir passer suffisamment de temps à leur côté

L'entourage quant à lui, lorsqu'il est présent il représente un vrai facteur protecteur du syndrome dépressif, cependant les personnes interrogées sont pour la plupart isolées.

Par conséquent, cette thèse a permis de mettre en lumière tous les intervenants et facteurs entrant dans la prise en charge de la dépression en EHPAD ainsi que l'importance du médecin traitant et du psychologue qui devraient demander plus fréquemment aux seniors comment ils se sentent pour les mettre plus à l'aise et leurs permettre davantage de se livrer à eux. Il est important que le personnel travail ensemble pour faciliter la transmission des informations concernant les résidents, il faut savoir prendre le temps de dialoguer et de coordonner au mieux le tout.

Commentaire

Cette thèse de médecine contient plusieurs similitudes avec notre thème de recherche de par la méthode de recherche qualitative et de l'entretien semi-directif, qui dans notre cas est le récit de vie.

Ainsi que les facteurs pris en considération tels que l'entourage, la souffrance physique et psychique, le milieu dans lequel ils vivent sans oublier la notion d'adaptation et d'isolement dont on a également fait appel

pour mettre en avant les causes de la crise existentielle (manque de contact avec autrui, retrait sur soi-même...).

Néanmoins, on a remarqué que les seniors apprécient la vie au sein du foyer gériatrique et qu'ils étaient très bien traités d'après eux. Ayant lu une recherche faite dans notre université, traitant « *La maltraitance des personnes âgées en institution* », c'est loin d'être le cas en Algérie, je cite : « *Ils souffrent de négligence de la part du personnel du foyer que nous avons constaté à partir du manque d'activités, de sorties proposées dans le foyer. Aussi par leur isolement, le manque d'hygiène corporelle et des locaux, et ainsi le non-respect de leur dignité, et pour conclure par les insultes des employés du foyer à leurs égards. Nous avons remarqué que les pensionnaires ont peur de parler et de s'exprimer en raison du sort qu'ils vont subir si les employés du foyer entendent leur aveux...* ». (Amri, Alliche, 2017, p.68)

C'est ce qui nous amène à penser que la crise existentielle à plus de chance de s'installer dans la vie de nos seniors à cause de ses conditions lamentables auxquelles ils font face au quotidien.

Notre troisième thèse de doctorat présentée et soutenue par Pascale Boucher en 2019 à l'université de Limoges en France s'intitule « *Des représentations sociales de la vieillesse aux expériences vécues : impact sur l'accompagnement dans les structures d'hébergement pour personnes âgées* »

Il s'agit d'une étude épidémiologique pluridisciplinaire, dont l'approche qualitative utilise les outils de l'anthropologie. Cette étude a été conduite d'avril 2016 à mai 2018 sous la forme d'entretiens de type semi-directifs où ils abordent la prise en soins, les causes et la décision de l'entrée en EHPAD, la vie dans la structure, l'animation, les activités et notamment la relation entre résidents, soignants et familles.

L'enquête a été réalisée dans 10 EHPAD sur 2 terrains différents : 9 dans le Limousin et 1 sur l'Ile de la réunion. Ils ont réalisé 57 entretiens semi-directifs, 15 auprès des personnes âgées de toutes origines sociales et culturelles, 22 auprès des professionnels de santé, 13 auprès des étudiants en santé et 7 auprès des familles de résidents Alzheimer. Aucun refus de la part des populations enquêtées n'a été opposé.

L'objectif général de cette étude est de contribuer à l'amélioration des connaissances sur les expériences vécues en EHPAD par les personnes âgées, les professionnels de santé, les étudiants en santé, et les familles. Le chercheur a également cité quatre objectifs spécifiques :

- Etudier les représentations/expériences vécues de la vieillesse à l'œuvre chez les populations de l'étude.
- Décrire le parcours de la décision à l'entrée en EHPAD.
- Décrire la vie quotidienne en EHPAD
- Connaître la prise en soins prescrite, perçue et réelle.

Les résultats de l'étude

Dans les EHPAD enquêtés vivent en majorité des femmes en lien avec une espérance de vie plus élevée que chez les hommes. La moyenne d'âge d'entrée en EHPAD se situe autour de 85 ans, on est alors dans ce que l'on nomme le 4ème âge enclin à une augmentation du niveau de dépendance. La majorité des femmes interviewées n'ont pas eu d'activité professionnelle et sont restées au foyer pour s'occuper, entre autres, des tâches ménagères et des enfants. Effectivement, pour cette génération, le plus souvent, seul l'homme partait travailler pour subvenir aux besoins de sa famille.

Par ailleurs, en ce qui concerne les représentations socio-culturelles, les sujets âgés emploient eux-mêmes des mots très forts, très durs pour qualifier la vieillesse comme la peur, l'obligation, la condamnation, la résignation,

une fatalité, laissant penser à une « forme de nœud complexe » à appréhender, à dénouer au sein de sentiments mitigés.

L'entrée en institution, représenterait un tournant dans la vie du sujet âgé, souvent un véritable bouleversement, parfois un traumatisme. Les raisons de l'entrée en EHPAD sont multifactorielles ; on peut distinguer d'une part celles en lien direct avec une perte d'autonomie par exemple des chutes à répétition et la polypathologie, d'autre part celles en lien avec une absence de maintien à domicile adapté. Quand le maintien au domicile majoré parfois par l'épuisement des aidants a atteint ses limites, le recours à l'entrée en EHPAD est incontournable. Ainsi, le temps de préparation à la transition domicile/structure d'hébergement s'avèrerait capital, notamment quand ce choix n'est pas partagé par la personne âgée.

Le moment de l'entrée en structure d'hébergement est un véritable chamboulement. De fait, le sujet âgé va devoir laisser son domicile où il ne peut plus continuer à vivre seul et entrer dans un lieu dont il sait que ce sera sans doute sa dernière demeure. On peut présumer que le sujet âgé vit cette situation comme un point de non-retour, difficile à dépasser pour continuer à vivre.

En raison de ces expériences vécues, le chercheur suppose que ce moment de « bascule » de l'entrée en EHPAD peut conditionner la vie de la personne âgée au quotidien voire la culture soignante.

De ce fait, la poursuite d'une socialisation est un véritable enjeu pour l'ensemble des personnes âgées en EHPAD. Se heurtent à ce processus, les contraintes d'une organisation encadrée par des règles de fonctionnement et des personnes âgées très différentes en fonction de chaque parcours de vie, de leur capacité d'adaptation et de leur degré de dépendance physique et/ou psychique. Ainsi, pour prévenir l'ennui, créer des liens entre les résidents, des activités sont proposées aux personnes âgées. L'indicateur d'assiduité aux activités proposées, souvent relevé par le personnel soignant ou

d'animation, pour mesurer le niveau d'intégration dans la structure n'est pas fiable car on constate que le sujet âgé s'intègre en dehors de ce cadre. Le chercheur remarque que la famille a une place centrale et selon sa présence contribue ou pas à l'adaptation de la personne âgée dans la structure.

Les expériences vécues de la population de l'étude suggèrent une réflexion soignante profonde autour des activités proposées et de leur articulation avec le soin. C'est pourquoi, il est intéressant de s'attarder à présent sur les dimensions de la prise en soins dans les EHPAD au travers des expériences vécues de la population de l'étude.

Commentaire

Nous pouvons remarquer au premier abord que la différence majeure reste celle du choix de l'approche anthropologique pour cette étude, pendant que nous avons fait appel à une approche intégrative combinant d'une part l'approche existentielle et d'autre part l'approche psychanalytique.

Cette thèse vise à étudier les représentations socio-culturelles tandis que nous nous focalisons plus sur la souffrance existentielle de la personne âgée.

Cependant, malgré la différence d'approche, cette étude est très similaire à la nôtre de par les différents axes qu'elle aborde pour favoriser ou non l'adaptation en institution : accompagner dignement le sujet âgé au seuil de sa vie en fonction de son profil, de son histoire de vie, de la présence de ses proches, de ses capacités et envies, de ses besoins...etc.

Néanmoins, l'originalité de ce travail réside dans ce regard croisé : résidents, professionnels, étudiants en santé et familles. Ils ne se sont pas focalisé uniquement sur la personne âgée comme nous l'avons fait mais ils se sont intéressé à une dimension bien plus vaste, en prenant en considération l'entourage du senior.

Notre quatrième et dernière étude élaborée par Yann Strauss est une thèse de doctorat qui s'intitule « *Sur-vivre en institution gériatrique, une question de construction identitaire* », faite en 2019 à l'université de Nantes en France.

C'est une étude qualitative avec un suivi longitudinal sur un an. Elle a pour objectif de faire « *émerger des savoirs* », ces derniers viendront du terrain pour enrichir la théorie avec la pratique « *Par la pratique, j'entends la parole des sujets, des personnes âgées. Il est intéressant de remarquer que dans la résilience notamment, les premières réflexions ont principalement émergé de la pratique du terrain [...] je peux par exemple citer, Renée Spitz et Anna Freud en 1958, ou Emmy Werner en 1982, qui ont également travaillé à partir de leurs observations issues de leur pratique clinique pour étudier ce processus. Je voulais suivre ce modèle. Dès lors, c'est à partir du terrain que j'ai élaboré mon travail, à partir des personnes et de leur expérience de vie. Je veux tenter, à mon tout, de faire émerger des savoirs pour comprendre cette vie qualifiée d'invivable et que certains vivent* ». (Strauss, 2019, p.22)

Le chercheur a élaboré quatre hypothèses :

- La construction identitaire passe par le fait de raconter son histoire de vie, et permettre de la raconter même dans le plus grand dénuement rend la possibilité à la personne de se redécouvrir et de se faire renaître à sa nouvelle vie.
- Trouver un tuteur, résilier... c'est faire avec sa condition, la supporter et prolonger un peu plus loin sa vie.
- Etre au monde, c'est être avec les autres. C'est dans la réciprocité, dans l'échange et le dialogue que l'individu peut trouver ou retrouver sa place d'homme dans l'humanité.
- Ne plus vivre et refuser un état devenu insupportable pour soi, c'est mourir à sa vie, disparaître pour les autres et pour soi.

Le chercheur à proposer à 6 personnes (quatre femmes et deux hommes) au sein d'un EHPAD d'intégrer le protocole de recherche sur une durée d'une année avec un entretien tous les mois avec chacun, ils ont tous accepter avec enthousiasme. De ce fait, il est passé par une observation participante aux entretiens non-directifs, plus précisément à une recherche clinique dialogique (histoire de vie).

Les résultats de l'étude

Yann Strauss a décidé de traiter les données que d'un seul résident, « *J'ai pris beaucoup de plaisir à m'entretenir avec chacun, c'était d'une grande richesse. Ils avaient tous leur particularité. Des points communs revenaient. J'évoquais le processus en séminaire doctoral. Mais plus le temps avançait, plus je me rendais compte des difficultés de traitement que j'allais rencontrer. Je me trouvais face à une carrière, pioche à la main, je ne savais plus comment m'y prendre, par quel bout débiter et comment imaginer arriver au terme un jour ? Alors je devais faire un choix, avoir un corpus énorme et n'aboutir à rien ou presque rien... Ou bien accepter de réduire ce corpus pour tenter d'approfondir un peu plus. J'avoue que ce fut un vrai dilemme. Mais le choix s'imposait. Je ne traiterai les données que d'un résident. Cela ne signifiait pas que j'abandonnais les autres. Non, pas du tout, le travail de thèse n'est qu'une étape, une porte d'entrée dans le domaine de la recherche. Il serait toujours temps d'exploiter les autres entretiens par la suite [...] Ainsi, j'ai préféré me consacrer à l'un d'entre eux, pour valoriser ses propos, son cheminement sur une année et espérer trouver des éléments pour répondre aux hypothèses ».*

Nous avons pu voir comment Charles Altesse (le cas qu'il a choisis) évolue dans le temps, comment petit à petit il se reconstruit, se réinvente et la manière dont il vivait les choses, même si d'un côté, le temps passe et qu'il

s'affaiblit physiquement suite à un AVC et à une terrible chute qui l'empêche de marcher mais également psychiquement car il a de nombreuses fois pensée à la mort, s'est questionné sur le sens de cette vie ennuyeuse alors même que des activités sont mises à sa disposition. Comme le dit si bien le chercheur : *« C'est tout un monde qu'il faut repenser. Il ne s'agit pas d'enfants à qui l'on propose des feutres ou des jouets en leur demandant de s'occuper sans bruit. Non, il s'agit de personnes âgées, habitées d'une histoire parfois lourde, qui ne demandent rien à personne et qui sont là ne sachant trop pourquoi ».*

Charles Altesse est meurtri dans sa peau, dans son âme. Il est considéré comme un objet de soins, parfois d'attention, mais ce n'est pas ce ne sont pas ses attentes. Il cherche juste à comprendre ce qui lui arrive, ce qu'il fait encore là parmi les vivants à souffrir à petit feu en profitant encore de ses derniers moments de vie.

Nous remarquons également que cet échange entre le chercheur et le senior lui sont d'un énorme réconfort. La pratique de la clinique-dialogique permettait à Charles Altesse d'évoluer mais il s'appuyait également sur le chercheur comme étant un soutien, un moment de répit dans ce monde qui n'a aucun sens à ses yeux, ses entretiens étaient pour lui un espoir ou une certaine manière de retrouver une forme de joie ou de bonheur d'exister.

Ces séances de clinique-dialogique signifiaient beaucoup plus pour Charles Altesse que de simples entretiens, il a développé une certaine dépendance à ses rendez-vous qui étaient un soin pour lui.

Commentaire

Cette thèse est celle qui se rapproche le plus de notre mémoire, de par sa théorie mais également des outils que le chercheur a utilisés, c'est-à-dire la clinique dialogique ou également histoire de vie, qu'on a nommé dans notre étude « récit de vie ».

Certes cette étude est longitudinale et le chercheur fait appel à l'observation participante contrairement à ce que nous avons l'intention de faire, mais les résultats auraient été les mêmes, les personnes âgées nous auraient fait part de leur vécu avant et après le placement en institution gériatrique, accompagné du TAT cela nous aurait permis de recueillir suffisamment de données pour confirmer ou infirmer nos hypothèses.

En toute sincérité, nous avons apprécié la lecture de cette thèse qui nous a permis en quelque sorte d'avoir un aperçu de ce qu'aurait été notre pratique et nous a également permis d'avoir plus de connaissances concernant notre thème puisque le chercheur a apporté plus de détails aux concepts que nous avons en commun tel que la fragilité et la vulnérabilité de la personne âgée, la vie au sein de l'institution gériatrique mais également la crise identitaire « *Après un épisode de révolte, où l'on espère et croit à la solution miracle pour sortir de la situation de crise, l'unique issue reste le repli sur soi. Alors le moi nominal, son intérieur, son histoire sont des soutiens fondamentaux. L'individu se coupe ainsi de l'extérieur. Il se raconte pour se connaître, se découvrir, se retrouver* » (Strauss, 2019, p.101)

Comme le dit également Erikson (1972), « *La crise désigne non pas une menace de catastrophe mais un tournant, une période cruciale de vulnérabilité accrue et de potentialités accentuées et, partant, la source ontogénétique de force créatrice mais aussi de déséquilibre* » (Strauss, 2019, p.16)

En premier lieu, la notion de personnes âgées est complexe car elle renvoie certes à l'âge mais également à la vulnérabilité de ces personnes, vulnérabilité dont les facteurs sont multiples et divers. Ainsi, plusieurs termes sont utilisés pour désigner cette catégorie très hétérogène de personnes : séniors, troisième âge, quatrième âge, aînés...etc. mais aucune définition n'est consensuelle, tant sur le plan national qu'international.

En outre, la vie des personnes âgées dans les centres d'accueil se caractérise par la solitude, l'isolement, l'absence d'activités culturelles, sportives et de loisirs. Les centres accueillent des personnes aux profils parfois très divers. Le personnel encadrant manque de formation et de motivation. Les bâtiments et les infrastructures de ces centres sont souvent inadaptés à leurs spécificités. Elles y sont confrontées à des problèmes d'exiguïté, d'accessibilité, d'éloignement des services publics et à des risques d'accidents domestiques.

Par conséquent, nous avons mené ici un travail portant sur la crise existentielle chez les personnes âgées placées en institution gériatrique et afin d'atteindre nos objectifs et de vérifier nos hypothèses, nous avons opté pour la méthode clinique qui se caractérise par la mise en œuvre de techniques spécifiques pour développer une étude de cas.

En l'occurrence, nous avons l'intention d'utiliser au cours de notre pratique, le récit de vie et le Thematic Apperception Test (TAT) qui nous auraient permis d'infirmer ou de confirmer nos hypothèses.

Nous avons cependant constaté tout au long de la rédaction de notre partie théorique mais également à la lecture des différentes études antérieures que les personnes âgées placées en foyer gériatriques sont susceptibles de traverser une crise existentielle au cours de leur vieillesse.

En effet, notre vie est marquée de défis et d'étapes que l'on affronte avec les ressources qui nous sont propres, selon notre compréhension des événements et notre capacité à leur donner un sens. Comme nous l'avons vu, la crise existentielle est au cœur même de la raison de vivre. Elle est souvent l'œuvre d'événements successifs, que l'on peut nommer comme « éléments déclencheurs », qui nous forcent à faire des bilans ou à prendre des décisions contraires à nos convictions et à notre projet de vie.

Le senior en souffrance est en quête continue de sens, il cherche à retrouver sa valeur aux yeux des autres mais également pour lui.

Certes, pour certains c'est une raison de plus pour se prouver à soi-même qu'il ou elle peut surmonter n'importe quelle étape au cours de sa vie mais pour d'autres personnes ses épreuves leur semblent insurmontables. Ainsi, ces périodes de crise sont incontestablement individualisées.

Toutefois, les personnes âgées représentent un potentiel non négligeable de savoirs en mesure de contribuer au développement. Ces savoirs et leur transmission aux générations futures sont insuffisamment exploités. Nos aînés recèlent un patrimoine culturel riche et varié. Il est nécessaire de le valoriser et de faciliter sa transmission entre les générations.

C'est pour cela que nous encourageons fortement nos confrères et consœurs à poursuivre des recherches qui œuvrent à l'amélioration de la qualité de vie de nos aînés ainsi que leur prise en charge.

Etre plus à l'écoute de leurs besoins et garder un esprit ouvert sans pour autant banaliser la situation ou imposer notre vision des choses serait une bonne manière de leur tendre la main pour leur montrer notre soutien et pouvoir mettre à l'aise ses seniors qui ont tant de mal à extérioriser leur souffrance.

Nous aimerions conclure avec cette magnifique citation du sénateur des États-Unis John Hoeven « *Caring for seniors is perhaps the greatest responsibility we have. Those who have walked before us have given so much and made possible the life we all enjoy* », c'est-à-dire : « *S'occuper des personnes âgées est peut-être la plus grande responsabilité que nous ayons. Ceux qui ont marché avant nous ont tant donné et ont rendu possible la vie dont nous jouissons tous* ».

Liste des références

1. Badey-Rodriguez, C. (2003). Psychologue en maison de retraite. *Gérontologie et société* (vol.26/n°104), pp.69-79
2. Badey-Rodriguez, C. (2008). Familles et professionnels en gérontologie. *Recherches en soins infirmiers* (n°94), pp.70-79
3. Beaulieu, M-B., Holstensson, L. & Rioufol, M-O. (2010). *L'aide-soignant en service de gériatrie*. Paris : Elsevier Masson.
4. Bernaud, J-L. (2018). *Introduction à la psychologie existentielle*. Paris : Dunod.
5. Bersay, C. (2004). Vieillir. *Etudes sur la mort* (n°126), pp.37-42
6. Blanché, A. (2010). Vieillissement et retraite : approche psychanalytique. *Le journal des psychologues* (n°282), pp.22-27
7. Brelet, F. & Chabert, C. (2003). *Nouveau manuel du TAT : approche psychanalytique*. Paris : Dunod.
8. Castro, D. (2016). *Pratique de l'examen psychologique en clinique adulte*. Paris : Dunod.
9. Chahraoui, K. & Bénony, H. (2003). *Méthodes, évaluation et recherches en psychologie clinique*. Paris : Dunod
10. Clément, S. (2007). Le discours sur la mort à l'âge de la vieillesse. *Retraite et société* (n°52), pp.63-81
11. Darnaud, T. (2007). L'impossibilité de l'intime dans les institutions gériatriques. *Gérontologie et société* (n°122), pp.91-106
12. Fernandez, L. & Pardinielli, J-L. (2006). La recherche en psychologie clinique. *Recherche en soins infirmiers* (n°84), pp.41-51
13. Goetgheluck, D. (2011). Au cœur de l'institution gériatrique. *Le journal des psychologues* (n°287), pp.20
14. Halouani, N., Ellouze, S., Lajmi, I., Aloulou, J. & Amami, O. (2018). *Dépression chez le sujet âgé hospitalisé en psychiatrie*, pp.26-32
15. Ionescu, S. (2015). *15 approches de la psychopathologie*. Paris : Dunod.

16. Jeandel, C. (2005). Les différents parcours du vieillissement. *Les tribunes de la santé* (n°7), pp.25-35
17. Lagache, D. & Rosenblum, E. (1979). *Le psychologue et le criminel*. Presses universitaires de France.
18. Lalive d'Épinay, C. & Spini, D. (2007). Le grand âge : un domaine de recherche récent. *Gérontologie et société* (n°123), pp.31-54
19. Le Doujet, D. (2005). Entrer en maison de retraite un voyage aux confins de l'humain. *Gérontologie et société* (n°112), pp.49-62
20. Le Guen, J-P. (2001). Un lieu de réengagement maison de retraite – résidence pour personnes âgées. *Gérontologie et société* (vol.24/n°96), pp.153-162
21. Mallon, I. (2007). Le « travail de vieillissement » en maison de retraite. *Retraite et société* (n°52), pp.39-61
22. Moulias, R. (2007). Pour de bonnes pratiques de l'admission en institution gériatrique. *Gérontologie et société* (vol.30/n°121), pp.227-249
23. Moutassem Mimouni, B. (2013). *Les personnes âgées en Algérie et au Maghreb : enjeux de leur prise en charge* (n°59), pp.11-32
24. Ponthière, G. (2017). *Economie du vieillissement*. Paris : La découverte.
25. Quinodoz, D. (2005). La crise existentielle du « milieu de la vie » : la porte étroite. *Revue française de psychanalyse* (vol.69), pp.1071-1086
26. Rhéaume, J. (2008). Quand l'histoire devient agissante. In A. De Gaulejac, V. & Legrand, M. *Intervenir par le récit de vie* (pp.63-88). Toulouse, France : Eres.
27. Schauder, S. (2012). *L'étude de cas en psychologie clinique : 4 approches théoriques*. Paris : Dunod.
28. Sebag-Lanoë, R., Lefebvre-Chapitro, S. & Gomas, J-M. (2009). Soins palliatifs et accompagnement en gériatrie. *Le manuel du généraliste-gériatrie* : Tsunami, pp.1-5
29. Trivalle, C. (2016). *Gérontologie préventive*. Paris : Elsevier Masson.

30. Varin, M-J. (2019). La pertinence du recueil de récits de vie en institution. In A. Schmutz-Brun, C. *Le récit de vie de la personne âgée en institution* (pp.99-125). Toulouse, France : Eres.
31. Verdon, B. (2002). Le TAT : une épreuve projective heuristique pour la clinique du sujet âgé. *Psychologie clinique et projective* (n°8), pp.183-206

Dictionnaire

32. Gérontologie (1999). *Grand dictionnaire de la psychologie*, pp.1462. Paris, France : Larousse.
33. Vieillesse (1999). *Grand dictionnaire de la psychologie*, pp.3535. Paris, France : Larousse.

Mémoires & Thèses

34. Amri, L. & Alliche, S. (2017). *La maltraitance des personnes âgées placées en institution*. (Master, Université de Beja ia, Algérie).
35. Boucher, P. (2019). *Des représentations sociales de la vieillesse aux expériences vécues : impact sur l'accompagnement dans les structures d'hébergement pour personnes âgées*. (Doctorat, Université de Limoges, France).
36. Gavois, C. (2017). *Ressenti de la personne âgée en EHPAD souffrant de dépression :  tude qualitative*. (Doctorat, Université de Lille, France).
37. Strauss, Y. (2019). *Sur-vivre en institution gériatrique, une question de construction identitaire*. (Doctorat, Université de Nantes, France).

Sites internet

38. http://www.chups.jussieu.fr/polys/geriatrie/tome1/01_vieillissement.pdf
39. <http://campus.cerimes.fr/geriatrie/poly-geriatrie.pdf>
40. <https://www.algerie-eco.com/2020/03/12/pres-de-11-millions-dalgeriens-sont-ages-de-60-ans-et-plus/>
41. <https://www.liberte-algerie.com/actualite/lalgerie-face-au-vieillissement-de-sa-population-116443>
42. <http://www.maisons-de-retraite.fr/Bien-choisir-sa-maison-de-retraite/Les-differents-types-d-etablissement>
43. <http://asp-ouest-herault.fr/accompagnement-soin-palliatif/vieillir-nest-pas-mourir-pouvons-nous-parler-dun-accompagnement-specifique-des-personnes-agees-en-fin-de-vie/>
44. <https://www.aidonslesnotres.fr/s-organiser-quand-on-est-aidant/article?urlTitle=crise-de-vieillesse-et-vieillissement-psychologique>
45. <https://www.who.int/ageing/about/facts/fr/>
46. <https://www.algerie-focus.com/2016/07/statistiques-savoir-population-algerienne-daujourd'hui/>
47. https://msnfcf.gov.dz/fr/?p=role_personnes_agees

Résumé

Les personnes âgées vivant dans des institutions gériatriques sont confrontées à un stress particulier et ils y réagissent tous de différentes manières. Ainsi, notre rôle de psychologue est d'autant plus important auprès de ses personnes âgées en souffrance. Nous mettons donc en avant dans ce travail de recherche l'importance d'être à l'écoute de ses personnes pour pouvoir apporter un soutien psychologique adéquat afin d'une part de diminuer du mieux qu'on peut cette souffrance psychique et d'autre part pour éviter de dégrader leur santé physique.

Mots clés : gériatrie, personnes âgées, crise existentielle

Abstract

Elderly people living in geriatric institutions are confronted with a particular stress and they all react to it in different ways. Thus, our role as psychologists is all the more important with these elderly people in pain. We therefore emphasize in this research work the importance of listening to these people in order to be able to provide adequate psychological support in order, on the one hand, to reduce this psychological suffering as best we can and, on the other hand, to avoid deteriorating their physical health.

Keywords: geriatrics, elderly, existential crisis