

# La fragilité, en pratique gériatologique, une construction psycho-sociale ?

Louis PLOTON

Professeur de Gériatologie

Université Lyon-2

# La fragilité: une réalité

- On nous dira qu'être vieux c'est risquer:
  - Des problèmes de santé (poly-pathologies chroniques)
  - Des défaillances cognitives,
  - De perdre son autonomie sociale,
  - D'être un fardeau pour les proches,
  - De poser (et de se poser) à terme, désormais, la question de sa place avec pour réponse le « placement » en institution.

# Mais qu'est-ce qu'être vieux?

- On sait caractériser le vieillissement mais quelle pourrait-être une définition de la vieillesse?
- Pas plus la poly-pathologie que l'âge ne répondent, dans tous les cas, à la question (même si l'apparition de la première boîte de médicaments, sur le buffet est un marqueur tangible)
- Est-on vieux quand:
  - Les autres nous trouvent changés au point de ne pas nous reconnaître ou de ne pas reconnaître en nous celui qu'ils avaient investi?
  - On a fait le deuil d'être désirable (forme invalidante de déprise)?
  - On est en demande latente de protection au point d'induire des réflexes protecteurs chez les tiers, ce qui pose la question du sentiment de vulnérabilité, avec ses tenants et aboutissants psychologiques et relationnels?

# Là intervient la question des bases narcissiques du sujet

- La faille narcissique qui a toujours conduit à devoir s'appuyer sur autrui et qui dans le grand âge peut aller de pair avec:
  - Une position de retrait affectif, avec un surinvestissement de soi et un désinvestissement d'autrui;
  - De l'abandonnisme, de la dépression, de l'hypochondrie...
- Le rôle délétère du sentiment d'inutilité, renforcé, en institution par le sentiment d'être un sujet interchangeable (et donc détachable).

# Les conséquences du narcissisme défaillant

- Il n'est pas besoin de dire avec des mots: « je ne vaut rien » pour être traité comme un « moins que rien » (dynamique de la maltraitance)
- Là se pose la question des échanges implicites avec autrui, ce qui conduit à interroger nos conduites, nos représentations, nos constructions: le vieux, le fou, le confus, le fragile...

# Quid des échanges implicites?

- Je suis le même et d'une situation à l'autre je ne fais et ne dis pas les mêmes choses, je n'ai pas les mêmes ressentis, ni les mêmes pensées;
- Hypothèse: l'interlocuteur y est pour une part (50%)
- Il est alors possible de travailler en interrogeant ce qui semble irrationnel dans ce que nous faisons, etc.
- Il s'agit de faire des hypothèses sur: « à quelle question implicite j'ai répondu, au pied de la lettre, sans recul, pour ne pas l'avoir identifiées consciemment ? ».

# Quelques applications concrètes

- A propos de:
  - La maltraitance,
  - La réification,
  - La stimulation,
  - L’infantilisation...
- Mais peut-être aussi quand nous abordons quelqu’un comme vulnérable:
  - Réponse spontanée à une demande inconsciente?
  - Lui être utile que le desservir (question de dosage?).

# Alors la fragilité

- En ce sens une construction sociale, mais en réponse probable à:
  - un vécu et une demande d'un sujet travaillé par la peur de la mort;
  - une attente démesurée de sécurité (relayé par les proches) conduisant à interdire (à s'interdire?) de vivre pour ne pas risquer la mort!

# Comment ne pas en faire les frais?

- Pouvoir encore se positionner comme sujet (même fragile!) face à autrui;
- Avoir encore des tâches de vie à accomplir, qui justifient de prendre le risque (calculé?) de la vie:
  - Militer,
  - Avoir une tâche à continuer ou une œuvre à poursuivre,
  - Ecrire à 80 ans:
    - Se reconnaître un devoir de témoigner de son époque (autobiographie)
    - Faire un bilan de vie (écrire ses mémoires pour se justifier)
  - Intégrer l'idée que quoi qu'il arrive on à la responsabilité de constituer un exemple (positif ou négatif) pour les proches et les tiers.

# La question de la résilience

- Est-il possible de reprendre une forme de développement?
- Sur quels tuteurs de résilience s'appuyer?
- S'ouvrir aux autres (au lieu de vivre par procuration):
  - S'ouvrir à l'amour (ceux qui retrouvent un amour de jeunesse)
  - Investir la pensée, s'autoriser une quête spirituelle.....

# Un exemple clinique

- Emma, 83 ans, croyante, mais aussi discrètement superstitieuse,
- Ce fut une très jolie femme, dont la frigidité a condamné le mariage;
- Elle s'est réfugiée dans le travail et un surinvestissement de l'argent (fixation anale?)
- Elle a eu une adolescence traumatique, mais elle refuse d'y penser et d'en parler;
- Elle a surtout investi son corps et le « paraître ».

## Emma (suite 1)

- Elle a entretenu un lien de dépendance affective et sociale étroit avec sa mère, mais aussi avec sa fille unique (sur le plan économique)
- A l'occasion d'une tentative d'éloignement géographique de sa fille elle a développé une symptomatologie hypochondriaque délirante;
- Les symptômes hypochondriaque ont régressé corrélativement au développement d'un déficit cognitif;
- On est tenté de dire que l'évolution clinique est constamment allée dans un sens limitant le travail de pensée et le travail de mémoire.

## Emma (suite 2)

- Depuis 5 ans:
  - Elle a développé , vis de sa fille, un discours persécutoire à tournure délirante, avec des colères non maîtrisées, sur le thème de l'argent;
  - Elle s'est mise à chuter chez elle, en relation avec l'intrication d'un diabète, d'une hypertension, d'une consommation de psychotropes et d'une alcoolisation mal supportées;
  - Elle à fait un nombre incalculable d'allers et retours avec un service de gériatrie ou elle a notamment présenté des manifestations confusionnelles;
  - Progressivement elle s'est grabatisée.

## Emma (suite 3)

- La découverte d'un cancer buccal conduit à un acte chirurgical suivi d'un passage en SSR;
- Elle est alors amaigrie, complètement grabataire avec des troubles de déglutition,
- Le pronostic est péjoratif et son placement est décidé dans le même établissement, car elle est refusée partout ailleurs;
- Six mois après elle marche normalement, se réalimente normalement et ses fonctions cognitives peuvent faire illusion (même si elle se répète volontiers).

# En résumé

- Nous sommes en présence d'une personne âgée fragile: poly- pathologique, avec une structure psychique de type « état limite »:
  - dépendante des étayages narcissiques externes,
  - incapable de faire un travail de mentalisation,
  - sujette à des décompensations: hypochondriaque, délirante, cognitive, somatique (y compris cancéreuse);
- Tout se passe comme si, par ses symptômes, elle « interrogeait » son entourage sur sa valeur;
- Réfutée par un premier temps, elle s'aggrave au point que son avenir est incertain;
- Dans un contexte, à nouveau porteur, elle reprend une dynamique de vie, tant sur le plan de l'état général que de la cognition.

# Que penser?

- Quel fut le rôle de l'investissement positif des soignants de cette équipe (à l'opposé de la précédente)?
- Quel fut le rôle de la régression?
- Quel fut le rôle du conflit ouvert avec sa fille devenue sa tutrice et contre qui elle s'est persécutée?
- Quel fut le rôle (tuteur de résilience?) d'une visite hebdomadaire pendant laquelle elle pouvait dire et redire sa rancœur (et rien d'autre)
- Il n'y a toujours pas de travail de pensée ou de travail de mémoire possible, mais elle a repris une forme de développement sur les plans physique et cognitif;
- Parler de résilience à son propos n'est certainement pas abusif.

# Conclusion

- Particularité de la pratique gériatrique:
- Faire vite mais aussi savoir miser sur l'investissement, la régression, le temps nécessaire, les ressources possibles même si elles sont insoupçonnables;
- Ne pas vouloir ni décider à la place de l'autre;
- Etre là, disponible, attentif, valorisant sans rien attendre ni demander en échange...