



Belgique-België
P.P
5000 Namur 1
BC
5588

N° 22 - JUIN 2009

CONFLUENCES

REVUE DE L'INSTITUT WALLON POUR LA SANTÉ MENTALE

DOSSIER: PARLER DE LA MORT AVEC NOS AÎNÉS



Autorisation de fermeture: 5000 Namur 1 - BC5588

Anne, Atelier des Artistes Anonymes, «Clinique de Bonsecours»

**Editeur responsable :**

Christiane Bontemps

Coordination :

Sylvie Gérard

Secrétariat :

Muriel Genette

Comité de rédaction :Pascal Colson
Bertrand Geets
Sylvie Gérard
Denis Henrard
Stéphane Hoyoux
Paul Jacques**Illustrations :**Merci à :
Anne ◀
Atelier des « Artistes Anonymes ! »,
Clinique de Bonsecours
Pierre Scholtissen ◀
Atelier du CRF du Club A. Baillon**Photos :**Sylvie Gérard ◀
Home St-Joseph, Temploux ◀**Institut Wallon
pour la Santé Mentale**Rue Henri Lemaître, 78
B-5000 Namur

☎ +32(0) 81 23 50 15

☎ +32(0) 81 23 50 16

✉ confluences@iwsmb.be

✉ iwsmb@iwsmb.be

🌐 www.iwsmb.be

Graphisme :Pixfactory
www.pixfactory.be

Gouverner la santé mentale ?

Au moment où les écoliers ferment leurs cahiers et rangent leurs cartables, les nouveaux élus se préparent à écrire une nouvelle page pour l'avenir de la Wallonie. Problèmes budgétaires, crise économique et financière, emploi, environnement, ... seront certes au centre des préoccupations... Mais quelle place sera réservée à la santé mentale ?

C'est le moment de rappeler que les problèmes de santé mentale touchent beaucoup de monde. Une personne sur cinq en souffre à un moment ou un autre de son existence. Pour y faire face, les intervenants en santé mentale se mobilisent au quotidien. Ils sont nombreux à interagir dans cette perspective. A l'Institut Wallon pour la Santé Mentale, nous regroupons déjà plus de 25 fédérations actives dans le secteur. Répartis sur tout le territoire, nos membres et ceux qu'ils représentent (plus de 700 services et institutions !) proposent un éventail particulièrement large de ressources possibles pour apporter, en Wallonie, une aide spécialisée aux personnes en souffrance.

Des réponses existent donc... Elles se sont même particulièrement développées depuis quelques décennies, en quantité et en qualité ! Et la plupart d'entre elles sont aujourd'hui reconnues dans des textes qui en balisent le fonctionnement et leur ouvrent les portes du financement. Ces dernières années ont d'ailleurs vu, dans tous les Parlements du pays, se concrétiser nombre de décrets qui reconnaissent le travail des intervenants et le rendent possible... On peut s'en réjouir !

Les orientations sont prises et chacun devrait pouvoir maintenant se réapproprier « à sa façon » les moyens mis à sa disposition dans un cadre défini... Et si c'était cela, aujourd'hui, « gouverner la santé mentale » : permettre à chaque intervenant de déployer son action compte tenu des spécificités de chaque individu, de chaque service, de chaque territoire et de leur évolution dans une société en mouvement ?

Comment pourra-t-il, sinon, proposer une aide et des soins appropriés ? Y « mettre du sien » dans ce travail qui le mobilise bien au delà du temps de prestation ? Poursuivre une intervention face à des situations de souffrances extrêmes ? Aller à la rencontre des besoins de toute population, notamment des personnes les plus fragiles ?

Cette dernière question sera largement évoquée dans les pages qui suivent. Le dossier est entièrement consacré à une de ces catégories de populations : les personnes âgées en fin de vie... Vous y découvrirez des initiatives à foison déployées parce que chacun a su « y faire » avec ses questions, ses difficultés... et ses ressources !

« Y faire » malgré la pression devenue si familière, pour donner une place réelle à l'usager et élaborer avec lui ce qui pourra l'aider, pour co-construire avec d'autres acteurs un projet de santé publique et aussi, pour étayer ces liens sociaux qui permettent de donner à chacun une « place sûre » dans la société, quel que soit son âge, sa situation, sa fonction, ...

« Y faire »... parce qu'on a fait confiance à l'intervenant pour se réapproprier les orientations et les moyens mis à sa disposition... Et si c'était cela gouverner la santé mentale ?

Christiane Bontemps



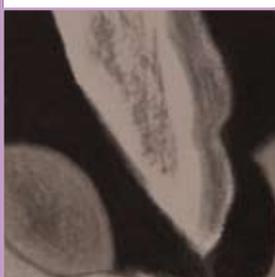
Actualités

- ▶ L'homme avant tout ! Hommage à Léon Cassiers - *Micheline Roelandt* 2
- ▶ Interroger le temps en santé mentale - *Christiane Bontemps* 3
- ▶ Le complexe de Laïos ou lorsque la peur est mauvaise conseillère
Pascal Minotte 4
- ▶ Nouvelles technologies : quels rôles dans la construction de l'identité ?
Jean-Yves Donnay 6
- ▶ Vivre une expérience de participation active
Marie Lambert 8
- ▶ Le travail en réseau, plus qu'une tendance !
Une expérience pilote innovante - *Kristel Karler et Ronald Clavie* 10
- ▶ Ouvrir les portes de la psychiatrie
Rencontre avec le Docteur Guy Jonard - *Christiane Bontemps* 12



Dossier : Oser parler de la mort

- ▶ Préface - *Sylvie Gérard* 15
- ▶ Suicide et pensées de mort chez les personnes âgées...
Le suicide comme seule alternative à la vie - *Axel Geeraerts* 16
- ▶ Le suicide de la personne âgée : réalité importante et méconnue
Anne Lahaye 18
- ▶ Le temps d'un bilan
Rencontre avec *Véronique Latteur* 21
- ▶ Faut-il parler de la mort avec les personnes âgées ?
Cécile Bolly 24
- ▶ Mettre un terme à la souffrance
Sylvie Gérard 28
- ▶ Le domicile : aide, soins et paradoxes
Geneviève Aubuy 30
- ▶ L'accompagnement de la fin de vie à Saint Joseph
Florence Feuillen, Caroline Guffens, Daisy Hambursin 32
- ▶ Quand le narcissisme s'effondre : dépression et syndrome
de glissement chez la personne âgée - *Véra Likaj* 34
- ▶ Il suffira d'une étincelle ?
Rencontre avec *Sarah, Emilie et Pierre* 38
- ▶ Santé mentale des très âgés :
où en sont les services de santé mentale ? - *Pierre Gobiet* 40
- ▶ Démences et suicide : Comment comprendre ? Comment agir ?
Sabine Henry 42
- ▶ Ensemble c'est tout !
Sylvie Gérard 44
- ▶ Les deuils comme déterminants du suicide et l'accompagnement
du deuil après suicide - *Cécile Seron et Florence Ringlet* 46
- ▶ Repères et références bibliographiques 48





L'homme, avant tout !

Hommage à Léon Cassiers

Micheline ROELANDT

Psychiatre, criminologue,
ex-présidente du Comité Consultatif de Bioéthique de Belgique.

J'ai rencontré Léon Cassiers fin des années 70 autour de l'Autre « lieu », un projet qu'il a soutenu chaleureusement, dès sa création, en acceptant de le parrainer. Tout en ne s'identifiant pas au mouvement anti-psychiatrique, il était profondément en accord avec certaines de ses revendications qu'il regroupait sous le vocable de « psychiatrie humaniste ». Tout au long de ces 30 dernières années, Léon s'est investi dans le « comité organisateur des colloques » de l'Autre « lieu » et même s'il répétait à qui voulait l'entendre « qu'il n'était pas un grand révolutionnaire », ça ne l'a jamais empêché d'être sur la même longueur d'onde que ceux qu'il qualifiait de « révolutionnaires ».

Léon Cassiers avait de la suite dans ses idées ! Opposant pur et dur à la psychiatrie asilaire et défenseur d'une psychiatrie intégrée dans les hôpitaux généraux, il a refusé l'extension de son propre service à Saint Luc pour distribuer le pool de lits qui lui était attribué dans les hôpitaux généraux de sa mouvance. Rares sont les chefs de service qui ne mesurent pas leur grandeur à l'étendue du nombre de lits sur lesquels ils règnent.

Quand Léon s'intéressait à un projet ou acceptait de participer aux travaux d'une commission consultative ou autre, il s'exécutait avec le plus grand sérieux en donnant de son temps et de son énergie. Il n'était pas homme à faire semblant. Il préparait ses dossiers et savait de quoi il parlait. C'était une joie de travailler avec lui et je tiens à le remercier personnellement pour tout ce qu'il m'a apporté au long de ses années de discussions constructives pour un meilleur avenir de la pratique psychiatrique. Ce fut un excellent

président de la Commission de la Santé de la COCOM¹ et de sa section santé mentale.

Quand je pense à lui, ce sont avant tout des mots comme gentillesse, optimisme, modestie qui me viennent à l'esprit. En ces 30 ans je ne l'ai jamais entendu sortir la moindre médisance sur qui que ce soit. Au contraire, toute critique qu'il pouvait formuler à l'égard de quelqu'un était présentée positivement, et d'avance, excusée. Contrairement à moi, il voyait les côtés positifs de chaque « guerre perdue » et m'expliquait que j'étais déçue parce que j'en espérais trop. Lui se considérait comme un « réformateur à la petite semaine » et il me reprochait de ne pas assez me réjouir de nos petites victoires.

Si c'est bien évidemment la psychiatrie, la santé mentale et la maladie mentale qui nous ont rapprochés, c'est au sein du Comité Consultatif de Bioéthique que j'ai appris à mieux le connaître. En psychiatrie, nous étions sur la même longueur d'ondes. En bioéthique, nous appartenions, par définition, à des chapelles différentes ! Je suis une athée convaincue, Léon était profondément croyant. Cela ne l'empêchait pas de se présenter comme « libre-exaministe », ce qu'il était bien évidemment, aussi. Pour lui, il n'y avait pas d'antinomie là, parce que « son » Dieu aimait tous les hommes et nous imposait donc à les aimer tous, et à respecter leurs choix, quels qu'ils soient.

Sur certaines questions, il était frileux, mais jamais au grand jamais dogmatique. En finale, parfois après bien des discussions, il lui semblait qu'il fallait créer les ouvertures nécessaires au respect des exigences légitimes des « autres ».

La procréation médicalement assistée pour des couples de femmes l'effrayait en tant que psychanalyste. Faire des enfants qui n'auront pas de père géniteur identifiable ! De l'ouverture vers une légalisation de l'euthanasie, il craignait que les personnes âgées se sentent obligées à demander la mort pour ne plus peser sur leurs enfants. Mais il écoutait attentivement les arguments des autres, les respectait et considérait que, dans une société démocratique, il fallait pouvoir les recevoir. Et au Comité Bioéthique, comme partout ailleurs, Léon payait de sa personne, préparait des avis, les corrigeait de lecture en lecture en tenant compte de l'ensemble des remarques émises. Il avait une énorme capacité de travail, mais il avait surtout la volonté de s'investir à fond dans ce qu'il entreprenait.

Si Léon a été tout au long de ces 30 ans un compagnon de route, il était aussi un ami et à ce titre je lui dois beaucoup. Ayant été fortement invalidée par un accident de voiture fin 2001, alors que je faisais partie du Bureau du Comité de Bioéthique, tout comme lui, c'est en grande partie grâce à son soutien que j'ai eu le courage de me remettre. Il avait décidé que je revivrais et sa foi en ma capacité de gérer mes handicaps l'a remporté sur mes craintes. Merci Léon, je te dois une fière chandelle.

Tu nous as quittés « un peu » brusquement et ce fut un choc. Je ne puis m'empêcher de croire que pour toi ce fut une aubaine. Tu es parti à un âge raisonnable, en étant resté éternellement jeune.

L'image que nous gardons de toi, c'est celle de cet homme intelligent, digne, dynamique, souriant et actif, qui s'intéressait avant tout au monde et aux autres, à son épouse et ses enfants, à sa famille, et à tous ceux qui pouvaient rencontrer des difficultés dans leurs vies. ●

¹ Commission Communautaire Commune de la Région de Bruxelles-Capitale.

Interroger le temps en santé mentale

Comme nombre d'autres services de santé mentale en Région wallonne, le Centre de guidance provincial de Nivelles a été créé fin des années '70. Depuis, le secteur a évolué, le paysage institutionnel s'est modifié... et le temps s'est écoulé ! Pour fêter son trentième anniversaire¹, le SSM de Nivelles a choisi d'interroger la notion du temps, un concept majeur qui interpelle la clinique au quotidien ... et la santé publique².

Christiane BONTEMPS, IWSM

Avez-vous déjà essayé de définir le temps ? Lorsqu'on vous interroge, pensez-vous à la couleur du ciel ou regardez-vous votre montre ? Il ne semble pas y avoir de définition simple du temps, et pour cause ! La notion du temps est largement colorée par la culture. Chez nous, elle se décline selon différents types d'applications comme le temps officiel qui sert de repère pour la vie en société, le temps social largement influencé par le travail, le temps personnel, propre à chacun d'entre nous, le temps culturel, traversé par les fêtes et rites. Tout en s'inscrivant dans ces différents cadres, le temps reste aussi une notion éminemment subjective lorsqu'il se réfère au temps vécu.

L'être humain, dans toute sa complexité a besoin de temps ; temps pour méditer et penser [...], pour se connaître [...], pour s'évaluer tout seul, sans la pression des autres, [...] pour évaluer un changement, pour penser un projet [...]. L'être humain a aussi besoin de temps pour souffler, récupérer, se reprendre, [...]. Il a également besoin d'être respecté dans les différents temps (social, personnel, familial, ...) qui structurent sa vie³.

La tendance générale en santé publique est pourtant aujourd'hui à « presser les gens », au nom du rendement ! Pour preuve notamment : la courte durée du séjour en maternité après un accouchement ou le nombre croissant d'opérations en hospitalisation de jour.

En santé mentale, il faut reconnaître que c'est en fonction du temps qui leur est consacré que les psychothérapies sont remboursées aux psychiatres ! Mais, en dehors de cette mesure, *l'ambiance générale est plutôt à rechercher le compactage, la réduction et la rentabilisation maximale du temps. Il existe, par exemple, des démarches psychothérapeutiques qui visent à réduire rapidement des symptômes gênants plutôt qu'à mobiliser lentement des structures intrapsychiques ou relationnelles. Pour mobiliser des structures, il faut du temps : temps pour une écoute patiente, temps pour laisser les personnes réfléchir et peser le pour et le contre en consultation, temps pour tâtonner, faire des expériences à la maison. Et qui ose encore vraiment se lancer aujourd'hui dans des aventures à durée indéterminée avec des familles, ou donner à des enfants qui en ont vraiment besoin deux ou trois rendez-vous par semaine un certain temps ? [...] Ce temps de longue méditation est discrédité. [...] Des chercheurs nous disent que les thérapies introspectives de longue durée ne servent à rien et que seules la combinaison des médicaments et des techniques cognitivo-comportementales en six semaines amènent des « significatives améliorations ». Soyons donc vigilants pour [...] préserver notre droit de réfléchir en profondeur, sur le chemin de la vie, avec les enfants, les adolescents et leurs familles³.*

Autant de pistes de réflexions qui se sont prolongées sur la mise en œuvre de modalités thérapeutiques et sur la nécessité de donner du temps pour en gagner au risque sinon de perdre son temps... ! Et le SSM de conclure, en fin de matinée, qu'il est encore parfois possible, en SSM, de prendre, si besoin, du temps pour un patient. Mais ce temps n'est pas infini... et il est donc à partager. Un temps d'élaboration et de réflexion s'impose donc en équipe et avec chaque patient pour voir comment adapter le temps thérapeutique aux réalités, et évaluer régulièrement l'efficacité de son intervention. C'est une nécessité éthique que de comprendre comment on avance – ou pas – avec un patient et de rester en permanence dans un compromis souple. ●

Les Services de santé mentale (SSM) :

Après l'**Arrêté royal du 20 mars 1975** qui reconnaît des équipes pluridisciplinaires, dans un cadre ambulatoire, pour organiser un travail préventif et curatif en santé mentale et le **Décret de la Région wallonne du 4 avril 1996** qui redéfinit les missions des SSM dans un cadre régional, un tout nouveau **Décret de la Région wallonne du 3 avril 2009** sera bientôt d'application. Il entend veiller à l'accessibilité aux soins de tous les wallons, renforcer et préciser les moyens des SSM et inscrire leur action dans une dynamique territoriale claire en réponse à des missions centrées essentiellement sur l'accueil de toute demande et l'organisation d'une réponse appropriée sur base d'un diagnostic de la situation.

Le Centre de guidance provincial de Nivelles :

Créé le 1^{er} septembre 1978, à l'initiative de la Province du Brabant wallon, le Centre a développé son activité sur base d'un cadre psychothérapeutique de référence analytique. Il s'est aussi intéressé aux psychothérapies de groupe et au psychodrame et s'est ouvert progressivement au travail familial et systémique. Sa pratique l'a également amené à mettre en place des collaborations avec le tribunal (notamment dans le cadre d'expertises), l'aide à la jeunesse, les crèches et toutes institutions inscrites sur son territoire. La cohérence du travail du SSM repose sur son souci de formation continue et sur d'incontournables temps de réflexions, d'élaboration et d'échanges en équipe.

Chaussée de Bruxelles, 55
067/21.91.24
cdg.nivelles@brabantwallon.be

¹ Matinée scientifique : « Le temps ? J'ai pas le temps ! Quelle place donner au temps psychique, dans nos vies, aujourd'hui ? » 30^{ème} anniversaire du Centre de guidance provincial de Nivelles, titre, Samedi 9 mai 2009.

² L'article s'inspire de ce qui a été dit lors de cette manifestation et reprend plus particulièrement une partie de l'intervention de Jean-Yves Hayez, psychiatre infanto-juvénile, professeur émérite à la faculté de médecine de l'UCL : « Avec la temps va... ». Pour en savoir plus, le texte complet est disponible sur <http://www.jeanyveshayez.net/705-temp.htm>.

³ Jean-Yves Hayez - Nivelles, le 09.05.09.



Le complexe de Laïos ou lorsque la peur est mauvaise conseillère

Interpelés par la médiatisation des résultats d'une recherche menée à l'Université de Gand sur les jeunes psychopathes (mars 2009) et plus généralement par la surabondance de la thématique du jeune délinquant dans les médias, nous ne pouvons que réagir. Les chiffres dont nous disposons semblent montrer que la délinquance juvénile n'est pas en augmentation dans notre pays. Par contre, peut-être pouvons-nous parler d'une crise des processus de transmission intergénérationnelle qui vient fragiliser le « pacte social ». Les anciens sont bien en mal de transmettre un savoir dans un contexte labile, évoluant trop vite, et les plus jeunes se demandent s'il y aura une place pour eux dans la société active de demain. C'est alors qu'Œdipe et Laïos se croisent, sans se reconnaître... la superstition et la peur ayant scellé depuis longtemps le funeste malentendu.

Pascal MINOTTE, IWSM

« Voit-on émerger une génération agressive et destructrice, qui n'aurait plus aucun respect pour la vie d'autrui ? »

La question posée par un magazine féminin d'aujourd'hui nous indique le sens du vent. Une figure occupe une place de choix dans l'iconographie journalistique contemporaine : le psychopathe juvénile. Probablement ne s'agit-il pas d'une nouveauté, le bouillonnement pubertaire a toujours fait peur, les tensions intergénérationnelles ont existé de tout temps. Mais la puissance actuelle de l'appareil médiatique et sa situation de quasi-monopole sur l'imaginaire collectif créent une donne inédite. La nécessité dans laquelle les médias se trouvent de maintenir « l'auditeur » à l'écoute impose imperceptiblement une « mise en phase » entre les sujets traités et les angoisses profondes des spectateurs. Cette synchronisation à bas bruits sur nos « fascinations morbides » amène le champ médiatique à construire une certaine image du monde, que nous confondons parfois avec le monde.

Il semble établi que la jeunesse est plus violente que jamais, des faits de plus en plus graves seraient commis par des jeunes de plus en plus jeunes... Nombre d'exemples dramatiques en constitueraient la preuve. Et les scientifiques apportent leur contribution au triste tableau.

Le 30 mars 2009, les journaux titraient en faisant écho aux travaux de chercheurs de l'université de Gand « *Vingt psychopathes dans chaque école !* », « *Ceux-ci sont extrêmement manipulateurs et ne connaissent ni angoisses, ni autres émotions* ». Comment ne pas s'alarmer en lisant cela ? À moins de savoir qu'il s'agit d'une prévalence normale eu égard à ce type d'étude et qu'il n'y a aucune raison au départ de ces résultats de stigmatiser une catégorie de population en particulier.

Concernant ces esprits criminels en développement, le *profiling* va bon train et nous donne quelques *portraits-robots des jeunes tueurs*. Il est tantôt question de banlieusards crapuleux et/ou incendiaires, tantôt de blogueurs humiliés, fascinés par les armes et par les jeux vidéo ultraviolents... Qu'ils soient en bandes ou dans le repli paranoïde, ils sont prêts à exploser d'un moment à l'autre. Ou encore, autre icône contemporaine, le gamin hyperactif et insupportable offert par ses parents à TF1 dans *des confessions intimes* stupéfiantes. Qu'avons-nous fait pour mériter pareils enfants ? pourrait-on s'entendre penser...

La tentation sécuritaire et sa racoleuse mise en forme politique trouvent un allié de choix dans cette logique du bouc émissaire, la France en sait quelque chose. Il n'est pas de bon ton de

dénoncer le fantasme du risque zéro lorsque des événements objectivement dramatiques occupent le devant de la scène. Pourtant, il est urgent de questionner nos représentations avant d'émettre des jugements sur la jeunesse. Lorsque l'on prend la peine de se pencher sur les données disponibles, beaucoup de clichés en prennent un coup. Tout d'abord, dans une perspective historique, la violence est en diminution constante¹ en Europe depuis le milieu du XVII^e siècle². Selon l'historien Robert Muchembled, les quelques périodes plus agitées depuis 1650 correspondent à la cooccurrence d'un pic démographique et d'un grippage des processus de transmission intergénérationnels. Globalement, les pays européens ont su installer une gestion efficace de la violence.

Dans un autre champ de recherche, la criminologie, « La statistique « nouvelle » du parquet de la jeunesse³ » nous montre qu'aucune donnée statistique n'accrédite la thèse d'une augmentation de la délinquance juvénile ou encore de son aggravation en terme de faits commis. Il semblerait qu'on assiste plutôt à un statu quo depuis une vingtaine d'années et que l'extrême majorité des délits perpétrés par des mineurs sont de faible gravité. Notons que ces données sont en phase avec les travaux similaires réalisés dans d'autres pays européens.

Quant au reste, à l'individualisme ambiant, au consumérisme, au tout va à « vau-l'eau » souvent évoqués en facteurs explicatifs de cette supposée violence... Jusqu'à preuve du contraire, les « vieux d'aujourd'hui » n'y sont pas étrangers, nous pouvons difficilement le reprocher aux nouveaux arrivants. Et de toute façon, toutes les époques n'ont-elles pas connu ce sentiment de fin des choses « qui comptent » au profit de celles « qui ne valent rien » ?

Et nos jeunes dans tout ça ? À l'exception de leurs codes vestimentaires, ils n'ont plus la cote.

En tant que sujets, ils sont de plus en plus en peine de se projeter dans une identité et un futur positifs. Il est temps de pouvoir proposer aux générations montantes autre chose comme image d'eux-mêmes. Rosenthal⁴ et son effet Pygmalion⁵ nous ont pourtant prévenus il y a plus de quarante ans. Or, les sujets journalistiques vantant les vertus de notre jeunesse ou développant une de leurs qualités sont rares, voire inexistantes. Nous savons pourtant combien les renforcements positifs sont essentiels au développement et à l'apprentissage.

Mais que vient faire Laïos ici ? Prévenu par l'oracle de la dangerosité de son fils, il l'abandonne avec les pieds liés. Bien des années plus tard, sans reconnaître son père biologique, Œdipe le croise et le tue sur un malentendu. Nous savons qu'il est possible d'envisager cette légende comme la métaphore des désirs inconscients de l'enfant envers ses parents. Mais n'est-ce pas donner beaucoup de crédit aux oracles ? Œdipe n'aurait certainement jamais tué son père s'il avait été élevé par celui-ci. Il se peut donc que cette

légende nous parle de la nécessaire reconnaissance, du malentendu, de la peur et des mauvaises prophéties. Reconnaissons nos jeunes sans en avoir peur, donnons-leur confiance en eux, confiance dans le monde, confiance en nous. Essayons, de là où nous sommes, de construire une image positive de nos ados afin de nourrir un peu plus sainement l'opinion publique. Ne les abandonnons pas les pieds liés, car c'est alors que nous pourrions logiquement craindre qu'ils ne nous reconnaissent plus... Et nous l'aurons bien cherché. ●

Les jeux vidéo : une voie de perdition ?

À en croire les médias, la pratique des jeux vidéo fait partie des attributs obligés des « jeunes sociopathes ». Les faits divers sanglants impliquant ces derniers sont presque toujours associés en première intention à une passion immodérée pour des jeux au contenu violent. Plus généralement, le concept de « cyberdépendance » fait tout particulièrement recette actuellement. Ce mot valise, utilisé à tort et à travers, fait dangereusement flirter pathologie mentale et conduite adolescente⁶. Une ratatouille technophobe vient ainsi rajouter à la méfiance ambiante vis-à-vis des générations montantes.

Remarquons cependant que les jeux vidéo sont avant tout des lieux où les jeunes peuvent trouver

les renforcements positifs que leur environnement est parfois en peine de leur apporter. Ils incluent des encouragements fréquents et explicites. Ils sont aussi l'occasion de reprendre la maîtrise d'images qui leur sont imposées par la télévision sans possibilités de recours. Ou encore d'éprouver différentes images d'eux-mêmes à travers la manipulation d'un ou plusieurs avatars, la maîtrise d'un espace de jeu et des épreuves qu'ils proposent, les échanges avec leurs pairs... Bref, une utilisation qui peut s'avérer très constructive et maturante en terme de compétences et d'estime de soi dans l'extrême majorité des cas.

S'il existe un risque d'enfermement dans ces réalités virtuelles, c'est lorsque le jeune ne perçoit pas d'autres sources d'investissement crédibles. En insistant sur l'analogie entre

pratique des jeux vidéo et consommation de drogues, et en conférant ainsi aux cyberspaces des propriétés addictives comparables à celle des psychotropes, nous évitons de nous poser les vraies questions. Le jeu fait office de bouc émissaire (phénomène décidément très fréquent) entretenant notre cécité quant aux carences d'éducation, de communication et de sens auxquelles sont confrontés beaucoup de jeunes aujourd'hui.

Les jeux vidéo sont un bel exemple des malentendus et de l'intolérance du monde adulte à l'égard des adolescents. Encore une fois, il est urgent de s'intéresser à ce qu'ils y font, à ce qu'ils y trouvent, à ce qu'ils y développent. Le jeu vidéo, comme d'autres activités, peut être le début d'un dialogue très prometteur plutôt qu'une voie de fourvoiement.

¹ En dehors de période de guerre.

² Robert Muchembled, *Une histoire de la violence*, Paris, Seuil, 2008.

³ Charlotte Vanneste, Eef Goedseels, Isabelle Detry, *La statistique nouvelle des parquets de la jeunesse : regards croisés autour d'une première analyse* - <http://nicc.igov.be/Index.aspx?SGREF=2482>.

⁴ R. Rosenthal, L. Jacobson, *Pygmalion à l'école*, 1968, trad. fr. 1971, rééd. Casterman, 1994.

⁵ Effet selon lequel un expérimentateur (ou un enseignant, etc.), convaincu du bien-fondé d'une hypothèse ou d'une information, va agir, involontairement, de manière à ce que celle-ci se vérifie dans les faits.

⁶ Sachant que les usages problématiques des Technologies de l'Information et de la Communication ne touchent pas uniquement les jeunes, tant s'en faut.



Nouvelles technologies : quels rôles dans la construction de l'identité ?

Depuis près de huit mois, l'IWSM mène une recherche en lien avec la problématique des «cyberdépendances». Financée par la Région wallonne, elle vise la réalisation d'un premier état des lieux de la question et des pratiques professionnelles développées en Wallonie pour la rencontrer. Dans cette approche exploratoire, la recherche postule la nécessité de contextualiser la question des «cyberdépendances» à travers un état des lieux des nouvelles technologies et des usages qui y sont associés, indépendamment des usages problématiques qui peuvent en être faits.

Jean-Yves DONNAY, IWSM

Il est clair que nous sommes en train de vivre une révolution technologique : la révolution numérique. Bien plus qu'une révolution des techniques dont se sont dotées les industries culturelles, la modernité mondialisante doit d'abord être reconnue comme le passage à une époque qui n'a pas de précédent : « *La présente modernité engendre, non pas seulement un monde nouveau, mais des « nouveaux Nouveaux Mondes* ». [...] *De ces mondes, nous sommes à la fois les indigènes (nous les avons faits, nous les faisons, nous les habitons) et les étrangers (nous y sommes dépaysés par ce qu'ils comportent d'entièrement inédit)* »¹. On y retrouve ce qui, il y a peu, il était encore convenu d'appeler les Nouvelles Technologies de l'Information et de la Communication (NTIC), aujourd'hui – leur nouveauté se relativisant – les Technologies de l'Information et de la Communication (TIC). Si ce monde se caractérise par sa rupture avec le passé, notre analyse ne saurait tomber dans le piège de l'ahistoricisme et négliger les formations longues des institutions. Ainsi, si l'on raisonne en termes d'écrans, à l'écran originel, celui du cinéma, à la fin du XIXe siècle, a succédé l'écran de télévision, au milieu du XXe siècle. Sans disparaître, eu égard aux mutations sociotechniques dont ces grands médias de masse sont l'objet (télévision mobile personnelle...), ces deux écrans doivent aujourd'hui composer avec une multitude d'autres écrans (téléphone

mobile, ...). Pour tout dire, l'époque contemporaine est celle de la prolifération des écrans. Parmi ceux-ci, apparu dans le dernier quart du XXe siècle, l'ordinateur personnel occupe une place centrale.

Concomitamment à la poussée de la micro-informatique dans la sphère domestique, la fin du XXe siècle voit les prémices d'Internet, le réseau mondial de réseaux d'ordinateurs. Mis à disposition du grand public dès 1991, le Web (couramment appelé la Toile) est une application d'Internet qui permet l'accès à des documents dispersés sur le réseau mais reliés entre eux par un système de liens hypertextes et hypermédias.

Au fil des années, Internet a vu ses applications se diversifier. Aux innovations technologiques des années 1990 (le Web, mais aussi plusieurs dispositifs de communication médiatisée par ordinateur, plus ou moins synchrone : le courrier électronique, la messagerie instantanée, le bavardage en ligne (le «chat») ou encore les forums de discussion), il semble convenu, non pas d'opposer, mais bien de leur juxtaposer une seconde vague d'innovations, entamée pour l'essentiel dans les années 2000 avec le Web 2.0. Au-delà de la pluralité des objets sociotechniques qu'elle subsume, cette expression renvoie au virage participatif pris par le Web. Fondamentalement, le Web 2.0 repose sur l'idée que l'utilisateur

d'Internet, loin de se résumer à un consultant du Web, peut également être créateur de contenus.

Parmi les objets sociotechniques du Web 2.0, il faut citer les blogs (contraction de web et de log). Le blog, ou carnet de bord en ligne, est un site personnel dont l'auteur s'exprime sur un sujet ou dans un domaine quelconque, espérant ainsi rencontrer un public qui partage ses centres d'intérêt. Nommés wiki (de l'hawaïen wiki qui signifie vite), certains blogs sont ouverts à ceux qui désirent les modifier : ici, la rétroaction opérée par la communauté des internautes vient donner consistance au procès en légitimité du contenu. Le Web 2.0, ce sont aussi les sites de partage dans lesquels l'information existe grâce à la collaboration des internautes. L'archétype de ce genre de site est *Wikipedia* : une encyclopédie collectivement éditée, recensée parmi les dix sites Web les plus visités au monde. On pense également aux sites de partage de fichiers multimédias (vidéos, photos...). Enfin, on citera les sites de réseaux sociaux numériques, la création d'un profil personnel augurant la constitution d'un réseau de profils.

Enjeux sociaux liés aux objets sociotechniques

C'est un euphémisme de dire combien notre relation à l'espace-temps s'est vue bousculée sous la poussée des innovations technologiques des dernières décennies. Il s'agit d'une mutation anthropologique forte qui permet d'être présent «Partout et tout le temps». Comment les limites du temps et de l'espace ont-elles éclatées ? Par le biais des réseaux, les distances s'abolissent, et l'ubiquité, réalisation partielle d'un attribut de Dieu, fait désormais partie de la condition humaine : la coprésence matérielle relève moins que jamais d'une nécessité pour la tenue d'une interaction. Plus généralement, la distorsion de l'espace-temps



Pierre Scholten, Ombre Sienagá, Atelier du CIPR du Club A Baillois

Parmi les filières contemporaines de socialisation, la constellation des écrans occupe une place centrale, venant dans le même temps concurrencer la famille et l'école comme instances de légitimation culturelle. L'acquisition du premier téléphone mobile, par exemple, s'apparente de plus en plus à un rite marquant le passage de l'enfance à l'adolescence. Dans le processus de socialisation primaire (lors

de l'enfance et de l'adolescence), il semble aujourd'hui avéré que la culture numérique des adolescents soit une « *trans-culture technico-sociale davantage qu'une sous-culture supplémentaire [...]* *Trans-culture car sa présence massive dans la frange adolescente, et le partage de ses valeurs [...], dépassent la plupart des clivages sociaux habituels* »⁴. Parmi ces derniers : les clivages de classe sociale. Pour le dire prosaïquement, quelles que soient les origines socioculturelles des enfants et des adolescents, tous sont aujourd'hui confrontés à cette culture numérique. Si les objets sociotechniques s'apparentent désormais à une instance socialisatrice à part entière, il ne s'agit surtout pas de surcharger de

générée par les nouveaux objets sociotechniques peut se rendre intelligible à travers ce que le sociologue et philosophe Zygmunt Bauman appelle la modernité liquide². Parmi les expressions d'une fragilité des liens sociaux, Bauman pointe le monde des connexions électroniques : « *L'avènement de la proximité virtuelle rend les connexions humaines à la fois plus fréquentes et plus futiles, plus intenses et plus brèves. Elles tendent à être trop futiles et brèves pour se condenser en liens. [...] Les contacts demandent moins de temps et d'efforts pour s'y engager, moins de temps et d'efforts pour les briser. La distance ne fait pas obstacle au contact – mais entrer en contact ne fait pas obstacle à l'éloignement. [...] On peut mettre fin à la proximité virtuelle [...] rien qu'en appuyant sur un bouton* »³.

le poids leur rôle dans le processus de socialisation. Aujourd'hui, bien davantage qu'hier, c'est à l'individu lui-même – en mobilisant sa subjectivité – qu'il revient de construire sa propre socialisation : de soi dans la construction de soi. Pour donner un sens à son existence, l'individu ne saurait plus (uniquement) se reposer sur les instances de socialisation : il doit être l'acteur de sa propre vie, en inventer la trame, faire figure d'*Homo eligens*. A cet égard, les différents écrans contemporains peuvent être appréhendés comme de nouvelles scènes de production de soi. Si l'individu est devenu l'acteur de sa propre socialisation, dans le même temps, personne ne peut totalement s'inventer comme il le souhaite : ne disposant que de quelques cartes en mains, chacun doit composer avec une série de dimensions de la vie sociale (héritage social...). Ainsi, dans le cyberspace, les individus ont la possibilité de présenter un Moi idéal (ex. un homme qui se fait passer pour une femme...) et de maintenir cette présentation au cours de l'interaction (...dans un salon de discussion virtuel).

Bref, à l'image de la problématique des violences juvéniles⁵, la nouvelle donne technologique ne saurait se lire dans les termes d'un dispositif mortifère. Produit de la modernité, elle se doit avant tout d'être comprise dans ses relations d'interdépendance avec la problématique de la construction identitaire. ●

Cyberdépendances ?

Plusieurs axes de travail alimentent la recherche en cours à l'ISWM:

- ▶ Un groupe de travail : « Utilisations Problématiques des Technologies de l'Information et de la Communication » (UPTIC), composé de professionnels directement concernés par la problématique.
- ▶ L'organisation, le 12 mars dernier, d'une conférence et d'un échange sur le thème « Cyberdépendance : réalité ou fiction ? »⁶ avec la participation du Dr Dan Véléa, psychiatre au Centre médical Marmottan de Paris et spécialiste internationalement reconnu des questions liées aux assuétudes « sans drogue ».
- ▶ Un volet de recherche fondamentale au sein duquel s'articulent analyses psychologique et sociologique.

¹ G. Balandier, *Civilisations et puissance*, Paris, Editions de l'Aube, 2004, p. 34.

² Selon Bauman, la liquidité serait la métaphore dominante pour comprendre l'étape actuelle de l'ère moderne. Ainsi, si la société d'hier pouvait être définie comme « solide », celle d'aujourd'hui revêt la propriété des liquides : ses molécules tiennent ensemble par des liens forts ténus. Autrement dit, en régime de « modernité liquide », les liens entre les individus sont marqués d'une fluidité, d'une fragilité et d'une fugacité sans précédent. Et cela, quels que soient les champs sociaux au sein desquels ils se déploient : travail, famille...

³ Z. Bauman, *L'amour liquide. De la fragilité des liens entre les hommes*, Rodez, Le Rouergue / Chambon, 2003, p80.

⁴ P. Lardellier, *Les ados pris dans la toile. Cultures adolescentes. Entre turbulence et construction de soi*, sous la direction de D. Le Breton, Paris, Autrement, 2008, pp. 112-125.

⁵ Voir l'article de Pascal Minotte : *Le complexe de Laïos ou lorsque la peur est mauvaise conseillère*, dans ce Confluences, pages 4 et 5.

⁶ PowerPoint téléchargeable sur le site : www.iwsm.be.



Vivre une expérience de participation active

Comment travailler l'implication des usagers dans les processus de soins ? Le dialogue public et démocratique est une des approches possibles. Il propose une expérimentation active de la participation, au moyen d'un dispositif interactif.

Marie LAMBERT, IWSM

Les Etats Généraux de la Santé Mentale intitulés : « *Passager* » du réseau¹ ? ont rassemblé des acteurs du champ de la santé mentale : usagers, professionnels, chercheurs et décideurs politiques autour de la question du travail en réseau en l'abondant sous l'angle de la participation des usagers.

Les initiatives impliquant les usagers (dans le champ de la santé mentale notamment, mais également dans d'autres secteurs) dans les concertations et les processus de décision les concernant directement ou indirectement, se développent de plus en plus : dans les actions menées par les associations d'usagers, dans les projets mis en place dans les services et institutions, ou au niveau des instances décisionnelles. L'implication des usagers peut ainsi prendre différentes formes. Elle peut être mobilisée dans le parcours de soins de l'utilisateur, dans les réflexions concernant l'organisation et le fonctionnement des diverses institutions et services, ainsi que dans les recommandations formulées à l'égard des instances décisionnelles quant à l'amélioration de la qualité des soins.

Les Etats Généraux de la Santé Mentale ont mis le doigt sur les changements perceptibles. Ils ont témoigné de la possibilité grandissante pour les usagers d'être acteurs de leur histoire et de prendre part aux réflexions et décisions concernant les bonnes pratiques en matière de prise en charge. Ils ont aussi mis en évidence les obstacles persistants, les réticences, les craintes, notamment du côté des professionnels.

Conditions pour une véritable participation

Le discours mettant l'utilisateur au centre des préoccupations ne rencontre pas toujours la réalité de terrain. Certains dispositifs existent néanmoins pour rendre possible une participation active des usagers, dans une perspective démocratique.

A la suite des Etats Généraux, l'IWSM a eu l'opportunité de proposer à deux reprises² un tel dispositif de « dialogue démocratique », amené par Mireille Tremblay³, permettant de vivre une expérience de participation et de collaboration.

Dialogue public et démocratique

Le dispositif de dialogue public et démocratique permet à tous les participants, usagers et professionnels, d'exercer leurs droits en tant que citoyens. Mireille Tremblay le décrit comme s'inscrivant « dans la foulée des méthodes de participation délibérative. Il vise non pas l'émergence d'un consensus qui réduirait la complexité des défis auxquels nous sommes confrontés, mais il cherche, au contraire, à clarifier la diversité des points de vue, à mettre en lumière la multiplicité des avenues qui s'ouvrent à nous et à repérer les innovations et les pratiques en émergence ».

« Idéalement, le processus démocratique garantit à toute personne la possibilité de faire entendre sa voix. Il s'agit donc d'un processus qui invite au pluralisme, à la diversité et à la diffé-

rence d'opinions, avec pour ambition d'examiner les questions à partir d'un maximum d'angles pour trouver la meilleure solution commune. C'est la justice du processus lui-même qui nous permet d'accepter sereinement un résultat qui diffère de notre propre opinion »⁴.

Description du dispositif

Les deux séminaires avaient pour objectif de proposer des échanges entre des personnes issues du milieu de la recherche, de la pratique clinique, des usagers en santé mentale et leurs proches, ainsi que des représentants de l'autorité de tutelle.

Les séminaires se sont déroulés en trois temps. Une première partie était consacrée à un panel composé d'acteurs appartenant aux catégories en présence. Chacun d'eux a fait part de son expérience sur la thématique de la participation et de la collaboration, en proposant sa propre lecture de la situation et des principaux enjeux en présence. Cette première étape visait à ouvrir le dialogue, à apporter de la matière à partir de laquelle une réflexion allait être possible. Dans un second temps, les participants se sont répartis en sous-groupes, avec pour objectif de formuler des propositions de recommandations. Celles-ci ont ensuite été présentées en plénière par les « députés »⁵ dans une troisième phase au cours de laquelle elles ont fait l'objet de discussions et de reformulations pour être au plus près des souhaits de tous les participants.

Résultats obtenus⁶

Avant de présenter les différentes recommandations élaborées lors des deux séminaires, il est intéressant de préciser que les deux événements ont été mobilisateurs : tant du point de vue du nombre de participants que de la diversité des groupes.

Parmi les pistes évoquées, certaines s'apparentent davantage à des valeurs et principes, pouvant être considérés comme des conditions préalables à une participation des usagers et une véritable collaboration entre acteurs. Ces recommandations mettent en évidence l'importance du respect mutuel, d'un climat de confiance, d'une prise en compte de la personne et non de son diagnostic, de son identité, de ses capacités, de la spécificité de son savoir, ...

D'autres points proposent des pistes d'actions concrètes : le soutien et la création de lieux de partage d'expertises et de savoirs entre usagers et professionnels ; une sensibilisation de ces derniers par les usagers à propos de la participation citoyenne ; l'accès pour tous, dans une forme et un langage compréhensibles, aux rapports de réunions ou autres documents importants; la possibilité pour l'utilisateur de recevoir de la part des chercheurs des retours sur les études et investigations qui sont menées (notion de réciprocité) ; la mise en place de formations à la communication pour les usagers ; la possibilité pour l'utilisateur de choisir un référent facilitateur à la constitution du réseau, qui se placerait derrière lui et non devant ; la mise sur pied d'un guichet d'informations unique en santé mentale⁷; l'obligation légale d'élire des comités d'usagers dans les services et institutions; la participation des usagers au développement d'outils et de pratiques en santé mentale, ...

Chaque participant a la possibilité de se saisir de ces recommandations afin d'alimenter sa réflexion, à quelque niveau que ce soit.

Pour poursuivre la réflexion

A travers ces moments d'échange, un enjeu semble important à soulever, celui de la nature de la relation entre les acteurs ainsi que l'attention accordée à l'identité de chacun des partenaires. Cette question peut relever de différentes approches, mais quel que soit l'abord envisagé, prendre en compte ces notions d'identité et de relation permet d'apporter un éclairage sur les réticences éventuelles et les craintes

existantes en matière de développement de la participation des usagers.

Parmi les peurs évoquées, il y a le risque d'indifférenciation, de perte d'identité, de confusion des savoirs des uns et des autres. Considérer l'utilisateur comme acteur, citoyen, responsable, engendre également une crainte de voir sa souffrance passer au second plan. La relation usager-intervenant est-elle considérée comme étant (ou devant être) égalitaire, dissymétrique, paternaliste, en constante évolution, co-construite, participative, de citoyen à citoyen, thérapeutique, ... ?

Il paraît fondamental de laisser une place pour ces réflexions au sein des débats si l'on souhaite donner du sens aux échanges et mesurer les enjeux inhérents à une implication plus grande des usagers.

En outre, ces discussions seront constructives si l'on accepte l'idée que les transformations culturelles nécessitent du temps. Les services s'inscrivent dans une histoire institutionnelle, les intervenants sont imprégnés de référents théoriques spécifiques, liés à leur formation et leur parcours professionnel. Intégrer de nouveaux modes de fonctionnement, notamment en donnant une place autre aux usagers, constitue un processus qui s'inscrit sur du long terme.

Un dispositif transférable

Quelle que soit la manière dont les uns et les autres se positionnent, il semble que ce dialogue public et démocratique permette au minimum de mettre en lumière les éléments de désaccord et d'accord, les points délicats lorsqu'il est question d'impliquer davantage les usagers.

Ce dispositif a permis aux différents acteurs de se rendre compte que, lorsque les conditions sont réunies et favorables, un réel dialogue est possible, aboutissant à des résultats concrets. Ce type de fonctionnement permet de faire émerger des idées, de réfléchir à la manière avec laquelle elles vont pouvoir aboutir à des réalisations concrètes ou des recommandations.

Cet outil peut être adapté à tout type de situation où un débat est souhaitable et souhaité, dans divers lieux où les acteurs, usagers et professionnels, désirent réfléchir à leur collaboration afin d'améliorer la qualité des soins. ●

¹ Organisés par l'Institut Wallon pour la Santé Mentale, le 28 novembre 2008.

² Au lendemain des Etats généraux, le samedi 29 novembre 2008, et puis, grâce à un partenariat avec le département de psychologie de la faculté de médecine de Namur, le mercredi 25 février 2009.

³ Psychologue, Professeur à l'UQUAM, Présidente de l'Observatoire Québécois de la Démocratie.

⁴ Slocum, N., J. Elliott et al., *Méthodes participatives : un guide pour l'utilisateur*, Fondation Roi Baudouin, 2006.

⁵ Les représentants des différents sous-groupes, élus au sein de ces derniers.

⁶ Pour plus de détails, voir le Cahier n°5 de l'IWSM, « Passager du réseau ? », Mars 2009, ainsi que la synthèse du séminaire du 25 février 2009, tous deux téléchargeables sur le site de l'IWSM: www.iwsm.be.

⁷ Guichet qui renseignerait les diverses structures et services utiles.



Le travail en réseau, plus qu'une tendance !

Une expérience pilote innovante

Le réseau Wallonie-Bruxelles (WaB) est un réseau supra-local qui réunit des structures wallonnes et bruxelloises, actives en matière d'assuétudes.

Une journée de rencontre réunit, chaque mois, ces différents partenaires dans le cadre d'une concertation clinique. Elle permet l'élaboration de trajets de soins inédits lorsqu'il n'existe pas ou plus, pour les usagers de drogues, d'alternative au niveau local.

Kristel KARLER

Coordinatrice du Réseau WaB

Ronald CLAVIE

Responsable de projets au Centre Transit

Là où tout a commencé !

Dès 2003, des intervenants wallons et bruxellois se rencontrent dans le cadre d'une formation proposée par le service Re-sources de Trempoline (centre de postcure de Châtelet).

Cette formation est basée sur l'*approche en systèmes intégrés*¹. Elle vise à construire un réseau de services de soins qui propose aux toxicomanes un processus de changement continu² avec des objectifs intermédiaires qui convergent vers une même finalité : le développement de l'individu et le rétablissement complet du toxicomane.

Très vite, une problématique récurrente apparaît aux yeux de tous. En dépit de l'existence des réseaux de soins locaux, des personnes présentant une problématique d'assuétude ne peuvent pas toujours prétendre aux services qu'elles nécessitent.

Au décours de cette formation, une volonté commune rassemble les participants : mieux collaborer pour mieux répondre aux besoins particuliers des personnes dont ils ont la charge.

A leur initiative, cette formation s'est poursuivie sous la forme de supervisions et a abouti à l'élaboration d'un réseau virtuel.

Qui a dit que le virtuel ne prenait pas vie ?

Le hasard a fait que les partenaires présents autour de la table représentent des zones géographiques et des niveaux d'intervention différents. Les intervenants comprennent rapidement que cette richesse est à exploiter et qu'elle peut profiter à deux types de bénéficiaires. D'une part, aux usagers de drogues qui, du fait de leur situation psychologique, psychiatrique, physique ou administrative, ne trouvent plus, auprès des services proches de leur lieu de vie habituel, des réponses aux problématiques pour lesquelles ils consultent et, par voie de conséquence, aux services confrontés à ces impasses.

Dans cette dynamique, des outils nécessaires au fonctionnement d'un travail en réseau ont été développés. Cette mise au travail a été facilitée par le lien de confiance et le respect réciproque qui s'est instauré au fur et à mesure des rencontres.

Les outils élaborés sont :

- ▶ Le consentement informé qui formalise l'accord du bénéficiaire quant à son inclusion dans le réseau ;
- ▶ La fiche d'inclusion : elle propose une anamnèse qui renseigne les intervenants sur la situation passée, présente et future du candidat ;
- ▶ La charte éthique et de partenariat qui confère un cadre de travail éthique aux partenaires ;

- ▶ Le règlement d'ordre intérieur. Il prévoit les droits et devoirs des partenaires ;
- ▶ Le cadastre des institutions qui identifie, sur base d'une nomenclature commune, les institutions partenaires.
- ▶ Le cadre logique. C'est une méthodologie de planification du projet, ciblée sur des objectifs, qui guide le travail des acteurs impliqués.

La force des liens !

Après avoir créé et testé ces outils, les acteurs ont éprouvé le besoin d'un soutien pour consolider leur projet.

En 2008, un pas important est franchi ! Sous l'impulsion des directions des sept institutions promotrices, le Ministre wallon de la Santé, de l'Action sociale et de l'Égalité de chances, reconnaît officiellement le réseau WaB et lui octroie un subside, via le PST3 assuétudes. Il permet, notamment, l'engagement d'une coordinatrice.

Le comité de pilotage est composé des directions des structures du Centre ambulatoire à Couvin : le Répit, du Centre de postcure de Malmédy : les Hautes Fagnes, du Centre de jour à Jambes : Phénix, de la ville de Châtelet dans le cadre du travail de rue, de l'hôpital psychiatrique Saint-Martin (unité de soins Revivo A à Dave), du Centre de crise et d'hébergement à Bruxelles : Transit et du Centre de post-cure Trempoline à Châtelet.

Ce comité soutient le personnel dans la pratique de ce réseau supra-local et se réunit trimestriellement sur base d'un accord de collaboration. Ces directions donnent le ton et impulsent, ainsi, au sein de leur structure cette nécessaire ouverture.

Dans un souci d'élargissement du réseau, d'autres partenaires³ ont rejoint les membres historiques, soit en qualité de membre structurel, soit en qualité de membre adhérent :

- ▶ Quatorze structures sont, aujourd'hui,

activement impliquées dans ce projet et composent le groupe de terrain.

- ▶ A ce jour, une centaine de services ont été informés de l'existence du réseau WaB via des présentations au sein d'organes fédérateurs telles que les fédérations et les plates-formes de concertation en santé mentale.

Dynamique de fonctionnement ?

Une journée de rencontre mensuelle réunit les partenaires du réseau. Une concertation clinique est pratiquée et permet d'élaborer un trajet de soins intégrant la singularité de la personne. Cette trajectoire mobilise les acteurs qui disposent de l'expertise utile.

Ces partenaires sont des professionnels de terrain réunissant des compétences spécifiques et qui représentent leur propre service ou leur propre institution. En outre, il dispose d'une bonne connaissance de leurs réseaux locaux, formels ou informels et peuvent, en ce sens, activer des relais si nécessaire.

Concrètement, des nouvelles inclusions sont proposées en concertation. Après avoir communiqué les informations utiles et nécessaires reprises sur la fiche d'inclusion, les partenaires autour de la table indiquent s'ils peuvent intervenir pour la personne dont il est question. Sur cette base, un trajet de soins est réfléchi, élaboré et ensuite, proposé au bénéficiaire qui reste libre d'accepter ou de refuser la proposition qui lui est transmise.

Un suivi mensuel des personnes déjà incluses est également réalisé.

Seules les situations d'usagers de drogue ayant formellement marqué leur accord, via la signature du consentement informé, sont discutées en concertation. Ce consentement reste un outil de travail destiné à produire un résultat qui relève de la responsabilité du professionnel qui l'utilise. In fine, c'est l'échange, plus que l'outil qui est intéressant.

Illustration :

Après une expérience en communauté thérapeutique, longue de quatorze mois, j'ai choisi de m'installer, en couple, avec une ancienne rési-

dente de cette communauté, malgré des mises en garde. Très vite, notre relation s'est dégradée et j'ai surpris ma compagne à consommer de l'héroïne.

J'ai moi-même perdu pied. Face à cet échec, j'ai recommencé à consommer de l'alcool et puis très vite, de la cocaïne. J'avais déjà compris que j'étais en « rechute ».

Face à la dégradation de ma situation, j'ai contacté un professionnel de la santé que je connaissais de mon passage en communauté thérapeutique.

En raison de mon parcours passé au sein de nombreuses institutions et des comportements violents que j'avais eu, peu de portes m'étaient encore ouvertes.

Pourtant, j'avais besoin d'aide et rapidement.

Je voulais aussi fuir mon environnement proche, devenu nocif.

Je sentais que tout allait de plus en plus mal.

Il m'a proposé de discuter de ma situation avec d'autres professionnels faisant partie d'un réseau et j'ai donné mon accord.

Ce professionnel, du fait de son appartenance au réseau WaB, a immédiatement contacté la personne de référence de l'hôpital qui fait également partie du réseau. Ce contact entre des acteurs qui se connaissent, se respectent et se font confiance, a facilité l'accès aux soins du bénéficiaire.

Si cette hospitalisation a pu être rapidement planifiée, un accompagnement à domicile était nécessaire le temps de l'entrée effective en hôpital. D'autres acteurs du réseau ont indiqué qu'ils pouvaient se rendre au domicile endéans cette période pré-hospitalière.

Le réseau a pu identifier rapidement les acteurs clés et activer les ressources adaptées à la situation du bénéficiaire.

Finalement, l'efficacité du réseau tient à l'exploitation et à l'activation de ressources appropriées et disponibles.

Décloisonnement et ouverture

Ce sont les maîtres mots d'une approche en systèmes intégrés !

Le réseau WaB a pour cadre de référence ce modèle théorique étudié par Georges DE LEON.

En fonction de l'état motivationnel dans lequel se trouve la personne, il est possible de considérer qu'il correspond à un type de prise en charge. Partant de ce postulat, le recours à une structure particulière est dépendant de l'identification du stade où se situe la personne dans son processus de changement.

L'intérêt de ce modèle est qu'il invite et qu'il incite au travail en réseau.

Il est question de décloisonner l'offre de services, d'ouvrir le champ à des options thérapeutiques diverses et d'intégrer des idéologies d'inspirations différentes.

Il va sans dire que l'intérêt du bénéficiaire doit rester la préoccupation centrale.

Un réseau innovant !

L'innovation du réseau WaB repose sur son caractère supra-local et sur son origine.

Premièrement, il réunit des intervenants issus de diverses zones géographiques, qui représentent différents niveaux d'intervention et qui ont la volonté de travailler selon un mode non concurrentiel.

Deuxièmement, ce projet pilote résulte d'un souhait partagé par des intervenants de terrain qui se sont mobilisés pour élaborer, tester et diffuser des alternatives aux problématiques qui les confrontent quotidiennement.

En aucun cas le réseau WaB n'entend se substituer à ce qui existe déjà mais bien venir en complémentarité. ●

Kristel Karler, coordinatrice du réseau WaB

☎ 0497/49.28.78

✉ reseauwab@gmail.com

Siège social: asbl Phénix

📍 Av. Bourgmeestre Jean Materne 165 - 5100 Jambes.

¹ ISA : Integrated System Approach. G. DE LEON (G.), *Integrated Recovery: A stage Paradigm in Substance Abuse*, vol 17 n°1, 1996.

² J. PROCHASKA et C. DI CLEMENTE, « Process of change », *Transrational therapy: Toward a more integrative model of change in Psychotherapy: Theory, Research and Practice*, 13 (3), 276-287, 1982.

³ La Clairière (Vivalia → hôpital psychiatrique à Bertrix), le Foyer Georges Motte (maison d'accueil à Bruxelles), l'Espérance (centre de post-cure à Thuin), l'hôpital psychiatrique Saint-Bernard (Manage), Parenthèse (M.A.S.S. à Mons), ESPAS (P.S.S.P. / travail de rue à Arlon) et Dédale (ISOsL → hôpital psychiatrique à Liège).



Ouvrir les portes de la psychiatrie

Ce sont les hommes et les femmes qui font « bouger le monde »... En santé mentale aussi ! Nos valeurs, nos convictions, notre engagement reposent sur une histoire, celle qui s'est élaborée pas à pas avec ceux qui nous ont précédés. En Wallonie comme ailleurs, ils sont nombreux à avoir apporté leur pierre à l'édifice. Confluences a décidé d'aller à leur rencontre.

Inaugurons cette série de portraits avec le Docteur Guy Jonard. Tout juste retraité de l'hôpital psychiatrique du Beau Vallon à Namur, il y a travaillé ces 25 dernières années comme médecin puis comme médecin chef. Il a ainsi participé, et contribué, à la transformation des soins psychiatriques de ces dernières décennies... Survol d'une période qui a conduit la psychiatrie du cabanon à la chambre d'isolement thérapeutique, de la collocation à la mise sous protection, du fou au malade, du médecin aliéniste à l'équipe pluridisciplinaire, de la surveillance aux traitements, en un mot : de l'asile à l'hôpital.

Rencontre avec le Docteur **Guy JONARD**
Psychiatre à Namur

Une interview réalisée par **Christiane BONTEMPS**, IWSM

Pourquoi la psychiatrie ?

Issu d'une famille de médecins, on peut dire que je suis « tombé dans la marmite » tout petit... Très jeune, je me suis intéressé à la médecine, avec l'envie de devenir médecin généraliste. Au cours de mes études, mon intérêt pour les contacts et les relations humaines m'ont orienté vers la spécialisation en psychiatrie.

Après les études de médecine à l'UCL et un an de spécialisation en neurologie, j'ai rejoint l'université de Liège, réputée à l'époque pour une double approche : la psychopharmacologie avec le Professeur Jean Bobon et l'approche psychanalytique et psychosomatique avec le Professeur Maurice Dongier.

Après Liège, j'ai eu l'opportunité et la chance de poursuivre des études à Paris, à l'hôpital Sainte Anne, chez le Professeur Daumeson, un des initiateurs de la psychothérapie institutionnelle. Stagiaire pendant un an dans le XIII^{ème} arrondissement, j'ai découvert au début des années 70 la naissance de la psychiatrie de secteur, avec Diatkine, Lebovici, Racamier, etc. et j'ai notamment pu me former, avec Jacques Azoulay, à la pratique en hôpital de jour (un des tous premiers qui s'est ouvert en France).

Psychiatrie de secteur ?

Elle repose sur la création d'institutions extrahospitalières qui permettent de réduire le nombre et la durée des hospitalisations psychiatriques à temps plein. Il s'agissait d'ouvrir l'hôpital et de faire sortir les patients pour les prendre en charge de façon plus légère et plus proche de la réalité. C'est là que j'ai pris conscience de cette possibilité de prise en charge « hors des murs ». Il faut dire que cette façon de travailler était rendue possible grâce à l'efficacité des nouveaux traitements (les antipsychotiques et antidépresseurs), grâce aussi à l'introduction de la psychothérapie et grâce encore au travail en équipes pluridisciplinaires.

Prise de conscience... et en Belgique ?

De retour au pays, la Province de Namur s'est montrée intéressée par ces nouvelles approches. Avec son aide, nous avons pu créer, en 1972, un hôpital de jour extrahospitalier dans la ville avec une équipe pluridisciplinaire¹. Un projet pilote donc ! Il a duré environ 10 ans, jusqu'au moment où les services de santé mentale (SSM) se sont développés dans la province.



Jean Bertrand, un de mes contemporains - et ami -, avait aussi fondé, à Liège dans le cadre de l'ULg, l'hôpital de jour « La Clef » encore en activité aujourd'hui. A la même époque, Michel Jadot en a également ouvert un, à Verviers, à partir du Service de Santé Mentale. Le mouvement s'était installé en Belgique ! A l'initiative du Professeur Jean Bertrand, à trois, nous avons alors rencontré quelques collègues français, lors d'une journée d'études, à Liège, en 1974. Celle-ci sera l'embryon de l'actuel *Groupe des Hôpitaux de Jour francophones*. Au fil du temps, les Suisses et les Luxembourgeois se sont joints au mouvement. Le principe est d'organiser, chaque année, un important colloque qui réunit les équipes des quatre coins de la francophonie et d'en publier les actes dans la « *Revue du groupement des hôpitaux de jour* ».

Pourquoi tout à coup l'hôpital psychiatrique ?

Tout d'abord, je n'y suis pas arrivé tout de suite... Au départ, je n'avais pas envisagé de travailler dans une institution traditionnelle de type asilaire... Ce qui m'intéressait, c'était de soigner des malades quelle que soit mon inscription institutionnelle. C'est pourquoi, j'ai, en permanence, voulu

maintenir une consultation ambulatoire que je poursuis encore à ce jour. J'ai commencé dans les années 70, où installé à la campagne, j'étais le seul psychiatre dans l'entre Sambre et Meuse!

En 1978, à la demande de la direction de l'hôpital et du Professeur de psychiatrie de l'UCL, j'ai ouvert le service de médecine psychosomatique aux Cliniques universitaires de Mont-Godinne avec hospitalisation en médecine, consultation externe, et consultation interne (précurseur de la psychiatrie de liaison). En 1982, j'ai exercé les activités de consultation interne à la Clinique Ste Elisabeth à Namur. Mon naturel curieux m'a aussi amené à exercer un moment la psychiatrie en IMP², à travailler brièvement en prison et à réaliser des expertises.

Je suis entré au Beau Vallon en 1984, stimulé par un ami, le Docteur Christian Meert, malheureusement décédé prématurément. Le Beau Vallon était à l'époque un hôpital de plus de 800 lits temps plein ! Aujourd'hui, il compte 450 lits environ, dont 120 de courts séjours. Au sein même de l'hôpital, j'ai travaillé dans différents services d'hospitalisation de courts et longs séjours et j'ai pu ouvrir un nouvel hôpital de jour. En 1996, j'ai été nommé médecin chef et maître de stage pour les assistants de l'UCL et de l'ULG.

Quelle cohérence avec votre parcours et vos convictions ?

En 1984, mon premier souci comme psychiatre au Beau Vallon a été de favoriser l'ouverture des services... Il faut dire que l'Institut était ancien et que les patientes³ étaient mélangées... Comme certaines ne pouvaient pas sortir à cause de leur pathologie, les bâtiments pavillonnaires étaient souvent fermés pour tout le monde ! En subdivisant les services, on a pu ouvrir les portes !

Et puis, j'ai pu participer à la réduction du nombre de lits... Ce qui a surtout diminué, c'est la durée des hospitalisations ; pas le nombre d'admissions, qui a même augmenté !

Le personnel s'est diversifié et accru y compris les médecins. Aujourd'hui, le Beau Vallon occupe

environ 600 travailleurs pour 600 patients (450 en HPsy + 150 dans les structures intermédiaires dont le développement a accompagné la réduction des lits : hôpital de jour, initiatives d'habitations protégées, soins à domicile, maisons de soins psychiatriques, etc.). Il n'y a donc pas eu d'impact au niveau de l'emploi, mais il fallait rénover l'hôpital, le rendre plus attractif, améliorer les habitudes de travail et la mentalité générale, tant à l'intérieur qu'auprès des partenaires et dans le public ! L'hôpital du Beau Vallon a relevé ce défi.

Médecin psychiatre, ça laisse peu de temps ?

Oui, cela laisse peu de temps. Cependant, j'ai aussi aimé m'impliquer dans la société.

Etudiant déjà, j'ai été président de l'AGL (Assemblée générale des étudiants de Louvain). Au début de ma carrière, j'ai été conseiller communal de l'entité de Mettet pendant 6 ans, avec la difficulté de combiner le métier de psychiatre (homme de la confiance) avec la vie d'un homme public. Je me suis également investi comme membre du Conseil de l'Ordre des médecins pendant 6 ans à Namur. Et puis, j'ai donné cours de psychopathologie aux infirmiers, aux éducateurs en fonction et particulièrement durant 25 ans à l'école sociale de Namur⁴.

Un métier difficile ?

Oui, je le pense....! Il est difficile parce qu'il nous confronte journellement à des souffrances psychologiques et à des drames sociaux. Mais c'est aussi un métier qui apporte beaucoup de satisfactions. C'est une médecine compliquée, plus aléatoire que la médecine somatique. Chaque patient a son vécu, et le soin est nécessairement individualisé.

On se retrouve parfois seul devant des dangers potentiels et réels. Il faut prendre des décisions en urgence et opérer le bon choix entre, par exemple, l'état de nécessité ou le secret médical, la sortie ou le maintien du patient, la levée ou non de la mesure de protection, ... Dans ces cas, le mieux est de pouvoir confronter son opinion avec un pair ou en équipe thérapeutique. La solitude est une des difficultés particulières du métier !

Il peut aussi y avoir de grandes déceptions comme une grave rechute ou le suicide d'un patient... C'est un métier qui force à s'impliquer, qui peut aussi faire mal, mais qui dans tous les cas nous fait évoluer... , comme l'illustre le proverbe burkinabé : « *Celui qui a vu le lion et celui qui a entendu parler du lion ne courent plus de la même façon* »

Et des satisfactions ?

Il faut savoir (on ne le dit pas assez !) qu'on guérit aussi les problèmes psychiatriques, et cela soutient le travail... Il faut bien sûr être patient et tenace ! Je me réfère souvent à la devise de Guillaume Le Taciturne qui dit : « *Il n'est pas nécessaire d'espérer pour entreprendre, ni de réussir pour persévérer* ». Même quand il y a des échecs, on continue... Le médecin est là pour soigner, soulager, réconforter, et si possible guérir. Nombre de patients dépressifs guérissent définitivement. Même les patients psychotiques, schizophrènes ou bipolaires peuvent aujourd'hui mener une vie qualifiée de normale, s'ils ont un bon traitement associant habituellement psychothérapie, médicament et, si nécessaire, accompagnement institutionnel extrahospitalier. On n'en fait guère de publicité parce que, trop souvent encore, la maladie mentale est vécue comme une maladie honteuse et les patients, même ceux qui s'en sont sortis, craignent le préjugé social.

Vous avez parlé des partenaires, c'est le réseau ?

Aujourd'hui, les divers intervenants se connaissent de mieux en mieux. On peut dire qu'il y a un bon réseau informel. Celui-ci s'officialise à la Plate-Forme de Concertation ou dans des initiatives comme les « *circuits de soins* ».

L'IWSM est aussi un réseau intéressant dans son souci de créer du lien, des bonnes relations entre acteurs de santé mentale, où qu'ils se trouvent, de dépasser les clivages, de permettre à chacun de prendre sa place... C'est une dynamique à soutenir ! C'est pourquoi j'ai participé avec plaisir au conseil d'administration fondateur de l'IWSM.



La commission « psychiatrie » que je préside au CWES (Conseil Wallon des Etablissements de Soins) s'est aussi intéressée, dans ses travaux, à cette évolution du secteur.

Ce sont les réseaux de soins, les relations interpersonnelles et interinstitutionnelles qui permettent de se lancer dans de nouveaux défis. Seul, impossible d'y arriver, quoi qu'on fasse...

Les repères qui ont guidé votre pratique ?

C'est une question difficile parce qu'il est impossible de les nommer tous... Ils sont si nombreux ! J'ai tout d'abord eu la chance d'être formé par des maîtres comme Daumeson qui répétait : « Pour bien soigner un malade mental, il faut bien soigner l'institution... ». Esquirol, un père fondateur de la psychiatrie, m'a guidé par ses paroles : « Je pourrais être à sa place et lui à la mienne ». Le livre de Racamier, « *Le psychanalyste sans divan* »⁵, reste une référence incontournable que j'avais coutume d'offrir à mes assistants. Il présente l'expérience pilote du XIII^{ème} arrondissement à Paris et la fondation de la psychiatrie de secteur.

Je pense aussi au Professeur Léon Cassiers. Il a été Président du Conseil d'Administration du Beau Vallon pendant mes années de direction médicale, et j'ai eu la chance d'échanger régulièrement avec lui sur la gestion et l'organisation de l'hôpital mais aussi sur l'éthique, la société... C'est un psychiatre brillant mais aussi un sage, un philosophe et surtout quelqu'un de profondément humain ! Il vient de nous quitter alors qu'il terminait un ouvrage sur l'éthique, qui devrait paraître prochainement.

Psychiatrie ou santé mentale ?

Ce sont deux termes qui se complètent, ils forment deux aspects d'une même réalité, la souffrance psychologique ! Pour moi, la psychiatrie correspond aux soins du malade et la santé mentale, c'est plus large, elle aborde la prévention des souffrances. Il ne faut pas confondre l'une et l'autre, ni privilégier l'une par rapport à l'autre ou les opposer.

Quels seront, à votre avis, les enjeux pour l'avenir de la psychiatrie ?

Il faut reconnaître que, depuis 35 ans, la situation a bien évolué mais qu'il y a aussi de nouvelles pathologies... La souffrance psychologique continue, hélas, à se développer.

Les problèmes liés à l'environnement, l'éducation, Internet et les nouvelles technologies doivent être pris en considération... Il faut aussi tenir compte de l'évolution des familles. Les maladies liées à l'âge soulèvent pas mal de questions. La précarité sociale également, elle a un impact sur l'évolution des pathologies psychiatriques. La violence pose problème. La société n'interpelle-t-elle pas trop facilement la psychiatrie ? La situation aujourd'hui n'est pas plus dramatique qu'avant, mais elle est différente me semble-t-il.

Pour moi, un défi essentiel sera de continuer la dé-stigmatisation : dédramatiser l'hôpital psychiatrique et la psychiatrie en général et ce, avec tous ceux qui sont concernés : soignants, administratifs, pouvoirs organisateurs, partenaires, usagers. La plupart des patients peuvent être soignés librement. A l'hôpital psychiatrique du Beau Vallon, 10% seulement des admissions se font sous contrainte légale. Il ne faut pas faire un amalgame entre maladie mentale et dangerosité même s'il est évident que la société doit être protégée autant que le patient.

Il faudra aussi veiller à ce que les structures de soins ne deviennent élitistes, qu'elles en arrivent à choisir les « bons patients », avec comme conséquence un danger d'exclusion des situations les plus graves... , par exemple ceux qui souffrent de plusieurs pathologies. On risque aussi de voir se développer la création d'« asiles pirates », sans agrégation et donc sans inspection, qui, même au départ d'une bonne intention, pourraient représenter un danger et un recul. Il faut accroître les moyens pour les soins psychiatriques à domicile, les clubs psychosociaux et créer par exemple des maisons d'accueil psychiatriques pour malades stabilisés non évolutifs avec un déficit d'autonomie.

Une autre question porte sur l'évolution du métier de psychiatre. Un bon psychiatre est certes un bon technicien et il se doit de bien connaître les progrès en médecine, en pharmacologie, en psychothérapie, mais pourra-t-il encore « soigner avec son cœur », dans le respect de l'autre, pour que le malade et le soignant gardent leur dignité ? Pas de psychiatrie sans humanisme... !

J'ai encore envie de souligner une chose. Pour moi, le clivage entre ambulatoire et hospitalier est, certes, en voie d'effacement mais un des freins majeurs dans cette évolution reste la difficulté de trouver les conditions matérielles de la réinsertion sociale en termes de logement, de travail, d'argent... Un défi supplémentaire pour la psychiatrie au risque sinon de voir, dans certains cas, l'hôpital redevenir un lieu d'asile.

Qu'est-ce qui vous permet d'être optimiste en 2009 ?

Sans hésiter : l'évolution positive des 30 dernières années. Il faut dire que les résultats ont même dépassé les attentes ! Et cette évolution devrait se poursuivre... .

Sans hésiter aussi : l'ouverture, lente mais réelle, de la société et des gens aux problèmes psychiatriques. Ils sont plus tolérants, plus compréhensifs et considèrent de plus en plus souvent que les patients psychiatriques sont des malades comme les autres, que la maladie mentale peut toucher n'importe qui et qu'il faut la soigner le mieux possible. A faire savoir donc, sans modération ! ●

¹ Le centre psychothérapique de jour provincial, à Namur.

² Ex-SRJ – Service Résidentiel pour Jeunes (AWIPH).

³ L'hôpital était, à l'époque, entièrement réservé aux femmes.

⁴ Actuellement l'HENAM (Haute Ecole NAMuroise).

⁵ Paul-Claude Racamier, *Le Psychanalyste sans divan, La psychanalyse et les institutions de soins psychiatriques*, Payot, 1993.

Oser parler de la mort

En 2004, dans le dossier que nous lui consacrons, la vieillesse n'était pas évoquée comme un âge en soit, même si l'on parle communément de 3^{ème} et de 4^{ème} âges. Embrassant de 20 à 40 ans de notre existence, elle était envisagée comme un carrefour existentiel où s'impose à l'individu un travail psychique intense pour que sa personnalité et son bien-être puissent sortir nourri des crises qu'il a à traverser.

En filigrane, nous voulions souligner que, dans le mot vieillesse, il y a, encore et toujours, le mot vie.

La question que nous abordons ici est complémentaire puisque nous nous intéressons à la fin de vie, à la mort. Sommes-nous prêts à lui donner, dans le soin et dans la société, toute la place qu'elle requiert ?

Le sujet pourrait paraître trop sensible voire tabou pour vous inviter à la lecture.

Il est en effet assez « humain » de fuir la mort, ne serait-ce que dans son évocation, mais comment l'appréhender, la vivre, l'accompagner, quand l'avancée en âge nous rapproche de notre finitude, de celle de nos proches ou d'usagers avec qui nous travaillons ?

Il serait bien aisé de penser qu'une fois « vieux », nous sommes immunisés : devenus sages, insensibles, sans désirs et émotions, pour aborder sans difficultés cette réflexion. C'est oublier que les personnes âgées sont des adultes parmi d'autres, des hommes et des femmes à part entière, questionnés par des problématiques assez habituelles dans le champ de la santé mentale, comme celles du sens de la vie (et donc aussi de la fin de vie), de la solitude, du désir de s'appartenir et de rester acteurs de sa vie, de leur vie, de la mort, de l'amour...

Un travail intensif est souvent mis en œuvre chez la personne âgée. Le désir de réassumer sa vie, de lui redonner sens en la revisitant dans ce qu'elle a eu d'essentiel et dans ce qui peut encore être mené ou achevé. Le devenir de chacun dépend des réponses trouvées pour résoudre ces crises. L'intégration de l'idée de la mort permet de réintégrer le sens de la vie. Et si la personne âgée avait besoin d'être soutenue, validée, reconnue dans ce travail ? Sommes-nous prêts à l'entendre ?

Nous avons été interpellé par le nombre important de suicides chez les aînés. Cette réalité fait l'objet de peu d'attentions et d'actions en santé publique. Quel est le sens d'une société où le suicide est une porte de sortie pour les seniors ?

La vieillesse interpelle la société, son projet, sa part d'humanité et la place qu'elle accorde au grand âge. Elle interpelle le soignant parfois trop routinier ou trop technique et questionne sa vocation. Si on « ne guérit pas la vieillesse », que pouvons-nous partager au-delà de la résignation, de l'indifférence ou de l'acharnement ?

Oser parler de la vieillesse, des désirs de vie de la personne âgée, des deuils, de la mort reste difficile mais certainement pas impossible.

Réflexions et pratiques de terrain se croisent dans ce dossier pour témoigner de ce qui se fait à domicile, en hôpital, en maison de repos et de soins. Les professionnels qui témoignent ici ont dépassé leurs résistances à vouloir fuir, contrôler, soigner, sauver. Au cours de leurs pratiques, ils ont appris, tout en gardant l'essentiel de leurs compétences, à se livrer à un rapport interpersonnel vrai, simple, pour comprendre et accompagner la personne âgée dans « l'ici et le maintenant », en fonction de ses besoins. Cette écoute, cette présence authentique qui semble aller de soi, est loin d'être généralisée. Elle existe mais ne se donne à voir, le plus souvent, qu'au travers d'initiatives individuelles, personnelles. De quoi nous interpeller. Nous inviter aussi à réagir et réajuster, si nécessaire, nos manières de faire, d'être. La décadence d'une société, nous dit Denis de Rougemont, commence quand l'homme se demande : « Que va-t-il m'arriver ? » au lieu de se demander : « Que puis-je faire ? »



Suicide et pensées de mort chez les personnes âgées...

Le suicide comme seule alternative à la vie

Longtemps laissé dans l'ombre du tabou, le suicide est depuis quelques années reconnu dans beaucoup de pays comme un des enjeux majeurs en santé publique. De fait, on sait maintenant que le suicide fait partie des cinq à dix causes de morts les plus fréquentes dans la plupart des pays, toutes populations confondues. Dans presque tous les pays industrialisés occidentaux (à l'exception des pays méditerranéens), le nombre de suicides a augmenté de 1950 à 2000¹, parfois de façon considérable.

Notre pays ne fait hélas pas exception en la matière. Chaque année en Belgique, plus de 2000 personnes se donnent la mort. C'est la première cause de mortalité externe et il y a chaque année, plus de décès par suicide que par accident de la route.

Les personnes âgées sont-elles concernées par cette problématique ? On n'en parle peu ou pas. Pourtant, ce sont les seniors de plus de 70 ans qui sont les plus touchés. Dans un déni quasi généralisé.

Axel GEERAERTS

Sociologue

Directeur du Centre de Prévention du Suicide

Il y a en Belgique, en moyenne, près de 6 suicides par jour. Malgré une prise de conscience progressive, beaucoup de malentendus restent encore attachés à l'acte suicidaire. De fait, dans le domaine public, circule encore à son propos toute une série d'idées reçues, entre autres que la population la plus à risque serait les jeunes de moins de trente ans.

Si le suicide ne survient qu'en douzième place chez les plus de 60 ans, alors que c'est la première cause de mortalité chez les 20-39 ans, une analyse plus fine de la situation par groupes d'âges révèle que ce sont les personnes de plus de 70 ans qui sont les plus touchées. Globalement, en Belgique, le risque suicidaire augmente avec l'âge, avec un premier pic aux alentours de 45 ans et un deuxième pic très important à partir de 75 ans.

Remarquons qu'en ce qui concerne les tentatives de suicide, les proportions s'inversent puisque les jeunes tentent beaucoup plus souvent de se suicider que les aînés (1 suicide abouti sur 100 à 150 tentatives pour les moins de 25 ans pour 1 suicide abouti sur 2 ou 3 tentatives pour les plus de 65 ans).

Une première explication de ces différences peut

résider dans les moyens utilisés pour passer à l'acte. Les jeunes utilisant en effet davantage de « moyens faibles » alors que les plus âgés utilisent des méthodes plus violentes comme l'usage d'armes à feu ou la pendaison. Mais au delà de cette première approche, il convient de s'interroger plus avant sur les déterminants individuels et sociaux qui peuvent intervenir dans le passage à l'acte suicidaire.

On sait que globalement, les théories sur le sujet explorent des pistes contrastées sinon opposées. Que la réalité concrète du suicide est difficilement cernable. Dès que l'on quitte l'approche purement statistique pour tenter une analyse du phénomène, les divergences ne tardent pas à se faire jour.

Et de fait, le suicide est une problématique complexe et polymorphe qu'il convient d'appréhender dans ses multiples dimensions, individuelles et psychologiques, mais aussi collectives et sociales, voire sociétales.

Néanmoins, il existe une série de constats sur lesquels les experts s'accordent et qui pourraient servir de point de départ à une large réflexion autour d'un plan d'action global liant prévention primaire, secondaire et tertiaire.

En ce qui concerne la question du taux de suicide extrêmement élevé chez les aînés, s'il existe à tout âge des éléments qui peuvent aider à comprendre le passage à l'acte suicidaire, il existe chez la personne âgée un certain nombre de facteurs de risque bien identifiables.

Durant toute notre vie, nous devons faire face à toute une série d'événements plus ou moins stressants, de pertes, de deuils, de renoncements ou d'échecs. Ces moments difficiles sont en général contrebalancés par des moments de joie, de bonheur, de réussite, ce qui au final nous permet de maintenir une sorte d'équilibre psychique.

Ces moments difficiles que nous traversons peuvent, en fonction de toute une série de facteurs personnels et environnementaux, nous permettre soit d'évoluer positivement et de développer de nouvelles aptitudes d'adaptation, soit nous faire basculer dans des situations de crise aiguë desquelles il sera plus difficile de sortir. C'est dans ces situations où la souffrance ressentie face aux aléas de la vie prend le dessus que la tentation suicidaire peut prendre corps chez certaines personnes.

Chez la personne âgée, les situations vécues de pertes sont multiples. La perte du conjoint, les deuils multiples d'amis ou de connaissances, la perte d'autonomie, la baisse des facultés psychologiques et /ou intellectuelles ou encore le placement en institution constituent toute une série d'événements particulièrement stressants qu'avec l'âge il devient de plus en plus difficile de surmonter. Et ceci chez les hommes en particulier.

Si ces différents facteurs de risques sont inévitables puisque liés à l'âge, et donc difficilement réductibles, le regard et l'attention que l'entourage porte sur ces situations, et en particulier sur

la souffrance potentielle qui les accompagne, constitue certainement un axe de prévention à développer. Certes, plus une personne avance en âge, plus le risque de vivre la perte d'un proche augmente. Sommes-nous suffisamment attentif à l'impact de ces deuils sur nos aînés ?

N'avons-nous pas tendance à penser un peu trop vite que lorsque c'est la énième fois qu'un proche disparaît, l'impact de ce nouveau deuil sera moindre ? Qu'en savons-nous ?

Pouvons-nous vraiment croire qu'à partir d'un certain nombre de deuils on devient immunisé contre la perte ? Qui tentons-nous de rassurer par là ? La personne âgée qui est en face de nous ou notre propre angoisse face à la mort ?

Dans notre société occidentale qualifiée de « post moderne », nous devons faire face à un double paradoxe face à la mort. D'une part, l'espérance de vie ne cesse d'augmenter. Nous vivons de plus en plus vieux, et globalement de mieux en mieux. Les progrès de la médecine nous font croire que la mort peut, dans bien des cas, être vaincue ou tout au moins combattue avec vigueur. D'autre part, la baisse de la pratique religieuse quelle qu'elle soit a eu pour effet de nous priver de lieux où penser voire célébrer la mort et plus particulièrement le rapport entre la vie et la mort. Nous en sommes donc arrivés progressivement à, d'une certaine manière, nier la mort ou à ne la vivre que comme un échec, comme quelque chose de non naturel. Par ailleurs, la mort n'a sans doute jamais été aussi présente autour de nous, à la télévision ou au cinéma. Dans les médias, nous sommes quotidiennement confrontés à elle. Et pourtant, c'est comme s'il ne s'agissait pas de *notre mort* mais d'un concept vague, impersonnel qui ne s'appliquerait en tout cas pas à nous.

Face à des personnes qui, de par leur âge, sont les plus proches de la fin, nous sommes donc le plus souvent incapables de soutenir une quelconque discussion sur le sujet. Quand nous entendons « *l'année prochaine, je ne serais plus là* » ou « *je suis si fatiguée, le mieux serait que*

cela se termine », n'avons nous pas tendance à vite trouver des échappatoires pour surtout ne pas discuter de tout cela ? Face à ces évocations de la mort, l'angoisse nous saisit et parce que nous ne possédons plus de code pour en parler, nous l'évacuons avec, pour conséquence, de laisser ceux qui s'adressent à nous à leur propre solitude, leur propre angoisse.

Mais au delà de ces facteurs de risques plus spécifiques, ne devons-nous pas aussi nous interroger sur la place que la personne âgée occupe dans nos sociétés occidentales ?

Dans une société où l'intégration sociale passe encore le plus souvent par le travail, quel mode d'intégration offrons-nous à des personnes en fin de carrière ou dont la carrière professionnelle est derrière elles, mais dont l'espérance de vie augmente d'année en année ? Quel modèle autre que la « super mamy » qui s'envole pour les Seychelles ou du papy qui fait des placements rentables à court terme proposons-nous ?

En dehors de ce cadre de référence de l'hyper consommation dont sont exclus la plupart des pensionnés, force est de constater que notre société n'offre que peu de modèles d'intégration alternatifs et surtout accessibles à tous.

Dans cette société donc où tout va de plus en plus vite et où l'éclatement de la cellule familiale traditionnelle a détissé les liens transgénérationnels, l'isolement et la solitude sont devenus un phénomène qui touche durement les franges les plus âgées de nos sociétés. Nombres d'entre elles vivent des situations de perte de tout lien social et peuvent passer des journées où le seul contact social est le passage du facteur qui dépose l'un ou l'autre tract publicitaire.

Parmi les valeurs sociales particulièrement privilégiées jadis, se trouvait l'expérience notamment liée à l'âge. Nous assistons maintenant à un renversement en faveur de la nouveauté et de la croissance. Ce qui apporte la richesse, ce n'est plus le savoir patiemment acquis, mais les

potentialités d'avenir. La personne plus âgée s'est ainsi retrouvée dépourvue d'intérêt face à la montée en puissance de l'enfance et de la jeunesse comme valeur en soi.

Enfin, pour comprendre réellement pourquoi nous retrouvons un taux de suicide aussi élevé chez les personnes âgées, nous devons tenter d'analyser ce qui fait que, trop souvent encore, la question du suicide des personnes âgées est comme éclipsée par la question du suicide des jeunes.

Comme s'il était moins choquant de mettre fin à ses jours à 75 ans ; comme si, somme toute, les personnes âgées qui se suicident ne faisaient qu'anticiper quelque peu une fin de toute façon inéluctable...

Il n'y a pourtant pas de grande ou de petite souffrance, de souffrance plus ou moins relative en fonction de l'âge. Ce qu'il y a, avant tout, c'est une personne qui souffre. Qui souffre dans son âme et dans sa chair. Et c'est bien cette souffrance-là qu'il s'agit de reconnaître. En tant que telle, ni plus ni moins.

Car quel serait donc le sens d'une société où la porte de sortie pour les plus âgés serait de plus en plus le suicide ?

Et ne nous illusionnons pas, le suicide des plus âgés nous concerne tous. Etre âgé n'est pas une maladie ou une tare qui ne frappe que certains. Penser que les vieux ce n'est pas nous, c'est oublier que tôt ou tard notre tour viendra et que d'ici cinq, dix, quinze ou vingt ans, c'est nous qui serons là... assis à attendre. ●

¹ Voir les tableaux statistiques de l'évolution du taux de suicide par année et par groupe d'âge pour la population belge ainsi que celui de la position du suicide dans les causes de décès dans les Actes de la conférence : *La tentation d'en finir des personnes âgées*, le 10 septembre 2008, p 7 et 8 sur : www.preventionsuicide.be/view/fr/activitesCPS/DucontedesAines.html.



Le suicide de la personne âgée : réalité importante et méconnue

Le suicide de la personne âgée est une réalité importante mais ignorée. Pourquoi cet état de fait face à un phénomène qui devrait être une priorité en terme de santé mentale ? Plusieurs axes de réflexion, en interdépendance, peuvent être envisagés : les contextes historique, social, psychologique et institutionnel.

Anne LAHAYE

Psychologue
Clinique Universitaire de Mont-Godinne

Le contexte historique

Le regard de nos sociétés sur le suicide de la personne âgée a beaucoup évolué au travers de l'histoire.

Globalement, au cours des siècles, le suicide de l'âge a plutôt fait l'objet d'un accord tacite. Parfois même, dans certaines sociétés, le suicide était encouragé à partir du moment où la personne devenait une charge pour le groupe social.

C'est donc la notion de « mort en temps voulu » qui correspond au suicide du malade, du vieillard « qui est las de vivre parce que la vie ne pourra plus rien lui apporter que dégradation »¹.

La mort choisie était donc un fait admis, parfois prévue dans la loi et liée à cette perception que la vieillesse n'est au bout du compte que dégradation, souffrance et poids pour le groupe social.

Ce qu'il faut relever dans ces fins de vie, c'est qu'elles sont admirées, ce qui est encore une partie des sentiments que nous pouvons retrouver aujourd'hui, en tout cas pour certains suicides de personnes âgées.

C'est avec la civilisation chrétienne que le suicide va être clairement condamné et assimilé à un homicide², privant ainsi le suicidé de sépulture chrétienne.

Les mentalités ont progressivement évolué vers plus d'indulgence et plus de tolérance, en tout

cas pour ce qui concerne le suicide du vieillard. Il semble plus admis aujourd'hui que le suicide pourrait être une solution envisageable devant ce que peuvent réserver certaines fins de vie.

Dans un certain nombre de cas, ces suicides sont même considérés comme rationnels et justifiés au nom d'une liberté de choix, au nom d'une dignité.

On se réfère ici à une conception existentielle de ce que la vie doit être et de ce qu'on est en droit de supporter ou non, la décision reposant sur un jugement apparemment réfléchi de la situation.

En fait, on peut penser que ce point de vue renvoie à une vision très déficitaire de la vieillesse, qui est certainement la perception de notre société, mais aussi le produit de notre histoire : certains travaux d'historiens ont montré que, dans nos sociétés, la vieillesse n'a jamais véritablement connu un âge d'or et que, avec des nuances d'une époque à l'autre, elle a toujours été considérée comme une lente descente, une lente dégradation des capacités vers une perte d'autonomie de plus en plus importante, décrite comme un retour en enfance. C'est dire que les représentations inconscientes dont nous avons hérité sont lourdes à porter.

Le contexte social

Quelles sont les images avancées pour définir les vieux ? *Ils ont tous des pertes de mémoire,*

la sénilité est une conséquence inévitable de la vieillesse, ils sont en mauvaise santé, ont des maladies chroniques, sont toujours fatigués, irritables, placés, n'ont plus de vie sexuelle, se plaignent tout le temps. Ils ne peuvent plus apprendre, s'adapter à des situations nouvelles, sont inflexibles, conservateurs, égocentriques, n'écoutent pas, sont dans leur passé...

En fait, il faut être bien conscient des conséquences ou des risques de cette représentation.

Pour la personne âgée, c'est le risque d'introjction de ces croyances : avec des réactions de négation du vieillissement, parfois à n'importe quel prix, et la banalisation des symptômes qui seront compris comme des caractéristiques du vieillissement et non des signes d'une pathologie réelle. Le risque est particulièrement vrai pour la dépression qui est sous diagnostiquée car les symptômes sont banalisés, d'autant que la famille et les professionnels peuvent être aussi porteurs de ces opinions négatives.

Risque aussi, au niveau social, de mener à des comportements discriminatoires, l'âgisme³, ce qui va également renforcer la baisse de l'estime de soi, les blessures narcissiques.

Portrait assez effrayant qui ne pousse certainement pas les jeunes à vouloir s'identifier aux personnes les plus âgées de notre société. Elles ne représentent certainement pas, chez nous, un idéal à atteindre. Et la boucle est bouclée : tout est fait pour qu'on avance vers la vieillesse «à reculons». Simone de Beauvoir écrivait : « *Rien ne devrait être plus attendu que la vieillesse, rien n'est plus imprévu* »⁴.

Le vieux, c'est l'autre dans lequel nous ne nous reconnaissons pas, qui fait horreur si on le voit dans une identification possible.

Cela renvoie aux peurs infantiles face à la menace de pertes. Se penser vieux, c'est **se penser autre**, mais un autre dévalorisé, repoussant, renvoyant

des images de dégradation et de mort.

Ceci est vrai aussi pour la personne âgée et l'image interne qu'on peut avoir de soi ne colle plus tout à fait à l'image rendue par le miroir. Le temps qui marque le corps crée comme un décalage, « *comme une fuite de l'identité, ou un glissement de l'identité* »⁵. Cette permanence que l'on ressent dans sa vie interne est de plus en plus décalée par rapport aux changements physiques que nous renvoient le miroir et le regard de l'autre. Certaines personnes renoncent d'ailleurs à se regarder dans le miroir.

Une femme, citée par Jack Messy⁶, lui disait : « *Bien sûr, je sais que je suis vieille, on me le fait assez savoir, mais moi, voyez-vous, je ne me sens pas vieille.* »

Le contexte psychologique

C'est probablement cet ensemble d'opinions qui amène à voir le suicide essentiellement comme un droit, comme un acte de dignité, de courage, qui permet de ne pas imposer aux autres cette image de déchéance.

L. Duret⁷ conclut ainsi : « *Il n'y a parfois rien d'autre à entendre dans le geste suicidaire de l'âgé qu'un simple et émouvant adieu à une vie riche qu'il ne désire pas voir s'appauvrir.* »

Il y a cette notion de la liberté de chacun de décider quelles sont ses limites face à une maladie incurable, à des souffrances vécues comme insupportables.

Cependant, on peut se demander aussi s'il n'y a pas là une volonté de s'épargner une fin de vie difficile, dans un environnement souvent peu soutenant, peu présent, voire dévalorisant.

On sait que quand on peut assurer, à une personne âgée en fin de vie, un confort physique et psychologique sans angoisse et douleur morale, que l'on apporte un soutien, une écoute, que les équipes soignantes et la famille ont accepté de renoncer à toute pression curative, la plupart des personnes ne demandent plus à mourir. La mort se fera de manière sereine et, parfois, on peut voir une amélioration de l'état de santé pour un temps.

On peut se poser la question de savoir jusqu'où

on peut s'ingérer dans une orientation voulue par une personne, qui fait référence au droit de la personne à décider pour elle-même, et à partir de quand on se trouve devant la question de 'non-assistance à personne en danger'.

C'est là que, en tant que professionnel, nous devons mener une réflexion, au cas par cas, en restant vigilant à ce qui sous-tend les réflexions et les comportements d'une personne.

En effet, la réalité des suicides ne peut que nous interpeller : les moyens utilisés, la prédominance du suicide chez les hommes et chez les personnes isolées, la réalité de la dépression, les comportements d'appels à l'aide (souvent déguisés) avant le passage à l'acte. Cet ensemble d'observations doit nous amener à nous poser la question de ce qui sous-tend la plupart des suicides en réalité.

Il est certain que la question d'une **dépression** sous-jacente doit être posée. Cependant, les limites entre un trouble de l'humeur affectant le jugement d'une personne et le choix éclairé de renoncer à une vie qui ne répond plus à ses aspirations de fond, n'est pas facile à faire. La frontière est probablement, dans certains cas, assez floue.

Qu'est-ce qui peut faire la fragilité de la personne âgée ?

Le présumé qu'il faut mettre en place, c'est le fait que sur le plan intrapsychique, on ne change pas en vieillissant. On garde le même fonctionnement, le même inconscient, les mêmes pulsions, les mêmes désirs que quand on était plus jeune. L'envie de plaire, l'envie d'être aimé, l'envie d'être reconnu, restent constantes. Ce qui change, c'est la force pulsionnelle, la quantité d'énergie qu'on a en soi pour mettre en place des projets, pour entreprendre, pour aller chercher les satisfactions... C'est donc une permanence sur le plan qualitatif et une diminution sur le plan quantitatif. « *Le désir n'a pas d'âge mais les moyens de réalisation en ont un* »⁸.

Par contre, les expériences de la vieillesse vont réactiver (comme toutes les expériences de perte

que l'on peut faire dans sa vie) un certain nombre de peurs, d'angoisses, de fragilités liées à son histoire. Parmi ces peurs, on retrouve de façon fréquente chez les très âgés : la peur de l'abandon et la peur de l'aliénation (cfr la maladie d'Alzheimer). Certaines fragilités narcissiques peuvent aussi être réactivées par l'expérience du vieillissement.

Une de mes patientes que j'ai suivie quelques années suite à une tentative de suicide, me disait le jour où elle a eu 80 ans : Maintenant, je suis vieille. Et à ma question de savoir ce que représentait pour elle la vieillesse, elle a répondu : la vieillesse, c'est qu'on ne m'aime plus. Cette dame avait autour d'elle une famille qui restait très proche. C'était, non pas une réalité qu'on puisse ne plus l'aimer, c'était sa vision de la vieillesse.

La solitude, la perte des valeurs qu'on peut avoir au niveau social, la perte des rôles, les difficultés financières (entraînant parfois la dépendance aux enfants), les maladies, une baisse de l'autonomie et son corollaire, l'entrée en maison de repos... tout cela entraîne une perte de l'estime de soi et renforce les blessures narcissiques.

Comment garder de l'amour pour soi, quand tout autour de soi nous renvoie une image de perte, de diminution, d'inutilité ? Comment se dire qu'on peut être aimé alors que l'on ne se sent pas « aimable » ?

Il y a collusion entre la blessure narcissique infligée à la personne âgée par sa vieillesse et son cortège de handicaps, de perte d'autonomie, de sentiment d'inutilité et d'isolement et les angoisses des plus jeunes confrontés à ce devenir inquiétant dans lequel ils ne veulent pas se projeter.

Donc la personne âgée a peu de possibilité de dire ses difficultés, on la fait taire, on banalise, on l'enferme dans une vision stéréotypée où ça nous arrange bien de penser qu'elle n'a plus beaucoup d'émotions, qu'elle est au-dessus des « vicissitudes de la vie » en quelque sorte. Le mur du silence peut se mettre en place.

Cette rencontre d'intérêts va renforcer la tentation suicidaire qui, dans ce déni collectif organisé, semblera une solution permettant de ne pas se confronter à des angoisses existentielles aussi profondes.



Sylvie Gélard

Contexte institutionnel

Parmi les événements de vie, il est important de s'arrêter sur un événement qui marque particulièrement les personnes âgées, que ce soit dans la réalité ou dans leurs craintes, c'est l'entrée en maison de repos. C'est peu dire qu'elle représente un véritable bouleversement dans la vie d'une personne, bouleversement qui est l'aboutissement le plus souvent d'un long processus de perte d'autonomie physique ou mentale, avec les risques vitaux encourus par l'isolement au domicile ou l'épuisement des proches. Dans ce sens, elle peut représenter un accès à une sécurité, à un encadrement plus rapproché qui deviennent des besoins fondamentaux pour la qualité de vie de la personne très âgée et fragile.

Mais, ce qui pose problème, c'est la manière dont se passe cet important changement, les non-dits, les décisions qui se prennent sans la personne concernée, que ce soit par la famille ou par les équipes médicales tant la culpabilité est importante. Généralement, la décision finit par se prendre dans un contexte de catastrophe, d'accident, de crise, le plus souvent au cours d'une hospitalisation. Les deuils seront très difficiles à faire dans ces circonstances.

La maison de repos est avant tout considérée comme un lieu de soins et organisée dans ce sens, alors qu'elle devrait être d'abord conçue

comme un lieu de vie. En réalité, ne sont pris en compte que les besoins vitaux qui vont assurer la survie physique de la personne, dans une définition très médicalisée des priorités.

La logique de soins va avoir comme conséquence la perte de la notion de « privé » :

- ▶ Vie privée <> corps malade duquel le soignant doit tout savoir et sait parfois plus que la personne elle-même.
- ▶ Lieu privé <> notion de sécurité absolue où l'accès à la chambre doit rester permanent.
- ▶ Désir privé <> organisation institutionnelle.

Mais qu'en est-il de ses désirs, quelle place pour une existence privée, pour la reconnaissance de son altérité, pour la reconnaissance aussi de ce qu'elle a à transmettre ?

Et donc, il y a une rencontre impossible entre un individu qui doit se trouver un espace temps privé (un lieu et un rythme personnel qui lui permette d'exister) et une institution, faite de professionnels prestant un horaire qui se définit par un ensemble de tâches à exécuter, à contrôler, pour être plus performant et mériter son salaire. C'est la logique du faire contre la logique de l'être.

Dans ce contexte, il faut enfin relever que la question de la mort est encore un tabou, entraînant tellement de peurs, d'angoisses qu'on préfère le plus souvent évacuer la question. Mais le prix à payer peut être élevé : dépression, angoisses qui s'exprimeront de manière souvent plus comportementales que verbales, donc plus difficiles à supporter pour l'entourage. On peut rencontrer des personnes qui disent avoir envie de mourir pour ne plus avoir peur de mourir.

Quelle prévention ?

Les interventions préventives doivent se faire à différents niveaux. Sans doute, faire changer les mentalités est ce qu'il y a de plus difficile et de plus long à obtenir.

En tant que professionnels, nous devons avoir l'attention attirée par un certain nombre de signes, ne pas négliger les plaintes, ne pas banaliser un changement de caractère, apprendre à décoder un comportement agressif ou passif comme des signes de souffrance et considérer que la dépression présente toujours un risque vital. Il y a un intérêt direct à travailler également en interdisciplinarité.

Rencontrer la personne âgée, en tant que professionnel de la santé, c'est mener un double travail :

- ▶ D'abord l'analyse de son propre vieillissement : être lucide sur ses propres peurs, ses propres questionnements.
- ▶ Ensuite, être à même d'ouvrir un espace d'écoute, sans projection, où cette personne-là en face de nous, nous dit sa vie, ses perspectives, ses angoisses. Nous pourrions entendre et reconnaître les aléas pénibles de la vieillesse ou de la maladie.

Cet espace que l'on peut ainsi offrir à la personne, cela semble mince au regard de l'intervention hyperactive qu'on inculque dans les formations des soignants, mais c'est l'essentiel puisque l'on permet à la personne de s'exprimer et de dégager elle-même ses solutions personnelles. Elle se sentira ainsi reconnue et confortée dans son identité et dans ses valeurs. ●

¹ Voir réf. biblio. 14.

² Concile de 452.

³ L'ensemble des attitudes préjudiciables et des pratiques discriminatoires adoptées vis-à-vis d'une personne en raison de son âge.

⁴ S. de Beauvoir, *La vieillesse*, Gallimard, 1970, p. 14.

⁵ Voir réf. biblio. 32, p. 33.

⁶ Voir réf. biblio. 32, p. 33.

⁷ Voir réf. biblio. 14.

⁸ Voir réf. biblio. 27, p. 11.

Le temps d'un bilan

15H00, Centre Hospitalier Reine Fabiola à Charleroi.

Véronique Latteur me reçoit dans son bureau.

Oui, le thème du dossier m'intéresse mais je n'ai pas le temps d'écrire. Le temps ! M'a-t-elle répondu avec autant de sérieux que de dérision lors d'un premier échange téléphonique. Rendez-vous est donc pris sur le terrain pour approcher d'un peu plus près ce qui se vit, en hôpital, dans un service de gériatrie.

Parle-t-on, ici, de la vie, de la mort, de la vieillesse ? Facilement ? Et comment ?

Qu'est-ce qui est attendu ? Proposé ? Et qu'est-ce que cela permet réellement ?

Rencontre avec **Véronique LATTEUR**, Gériatre
Responsable médical de la gériatrie du Grand Hôpital de Charleroi¹

Propos recueillis et mis en forme par Sylvie GERARD, IWSM

Le bureau de Véronique Latteur donne déjà le ton. Le travail en gériatrie, c'est près de la personne qu'il se donne à voir, pas entre les quatre murs de ce petit local où l'on a peine à croire qu'il ait été possible de caser une table, une chaise et un ordinateur. C'est un point de chute où consigner les données essentielles, échanger quelques coups de fils importants. Rien de plus. Le reste, c'est sur le terrain que cela se passe : dans les chambres, dans le staff où transite l'équipe et dans le couloir qu'il est impossible à traverser, me dit-elle, sans être interpellé : Docteur, s'il vous plaît !

Vous pouvez nous parler de votre travail ?

Je suis gériatre depuis 15 ans. J'accueille des patients âgés qui sont confrontés à toutes sortes de pathologies, souvent intriquées, d'ordre organique, mais aussi fonctionnel, psychologique, social. Le point d'accroche est d'abord physique : une chute, une pneumonie, ... associé à un trouble cognitif, une confusion, une perte de poids, une dépression ou une altération générale de l'état de santé.

La durée de séjour est en moyenne de trois semaines sauf si l'intervention est moins urgente ou moins aiguë. L'hôpital de jour offre alors une alternative intéressante pour faire un bilan de

santé et mener une réflexion de prise en charge globale portant sur la nutrition, la déglutition, la marche, ... et, si nécessaire, sur une relation d'aide au sens large.

La plupart du temps, je n'ai pas grand chose à apprendre au patient de sa situation. Je peux lui donner des informations, les plus objectives, honnêtes et compréhensibles possibles, qui l'aideront à mener un projet en fonction de ses capacités, de son environnement. Cela peut paraître paradoxal mais, les plus beaux mercis que j'ai reçus sont ceux qui m'ont été donnés alors que j'annonçais au patient une fin de vie imminente.

Un homme, très autonome jusque là, est admis à l'hôpital. Au bout de 3 jours, le diagnostic est sans appel, son cancer l'a fortement affaibli, il a perdu 20 Kg, cela peut aller très vite. Monsieur vit avec sa sœur. Elle est assez dépendante et risque de ne pas s'en sortir si la maladie s'éternise. Je me suis assise en face de lui, je lui ai expliqué. Il m'a dit : Merci ! Maintenant, je sais ce qu'il me reste à faire. Le lendemain, il était mort... Il n'y avait aucune raison pour que ce soit aussi brutal. J'ai compris (cela m'a été confirmé par la famille) qu'il leur avait évité une longue agonie. Est-ce qu'il s'est suicidé ? Non, il est mort, il fait son chemin...

En tant que soignant, vous pouvez l'accepter ?

Oui, mais ce n'est pas toujours facile. J'ai eu un mal fou à lâcher avec une dame que je connaissais, qui était un peu dépressive, mais encore suffisamment autonome. D'un coup, elle a fait complications sur complications. Ma collègue m'a suggéré l'arrêt du traitement. Je lui ai demandé d'attendre. Je sais que la personne a été sous perfusion 24H00 pour moi, pour me permettre de faire mon deuil. Ma collègue avait su faire le sien plus tôt. J'ai été aidée par les infirmières, les médecins parce qu'il arrive que ce soit difficile à accepter !

Parfois, le sens de la vie est aussi difficile à 80 ans qu'à 40.

« Ah docteur pourquoi je suis encore là ? » A cette question existentielle, il m'arrive d'avoir envie de répondre : « Je ne sais pas non plus pourquoi je suis encore là ». Pourquoi cette question de sens est-elle posée au médecin ? Comment peut-il l'investir ? Il n'a pas « la » réponse.

Est-ce que l'approche en gériatrie est spécifique ? Travailler avec les personnes âgées implique-t-il un rapport au soin, au corps, au temps différent ?

La patience est requise. Si la personne prend une heure pour se déshabiller ou pour aborder un point essentiel, il faut l'accepter sans s'énerver. Le temps consacré à cette première rencontre permet d'en gagner par la suite, parce que l'on a recueilli les bonnes informations et parce qu'un climat de confiance s'est instauré. La relation peut alors être beaucoup plus directe.

Lorsque la personne se présente avec un symptôme physique et que vous présentez une souffrance psychologique, que lui proposez-vous ?

La personne ne va presque jamais dire d'emblée sa détresse. La population avec laquelle je travaille



a en moyenne 85 ans. Elle est beaucoup plus pudique par rapport au mal-être existentiel. Elle le vit dans son corps. La verbalisation de la douleur ne se fait pas, ou autrement. En même temps, aborder cette question de front est très utile. S'asseoir à côté de quelqu'un et lui demander : « Vous avez peur ou vous avez mal ? » est essentiel. Ce sont des questions de base. Si on ne les pose pas, elles ne trouveront peut-être pas à se dire avec les mots. Certains ne les exprimeront jamais verbalement à cause de leurs symptômes. A nous alors de les interpréter : l'agitation, la déambulation, l'arrachement de perfusion, les cris, les mouvements répétés peuvent être l'expression d'un malaise organique ou psychique profond.

Quand je vois arriver quelqu'un que je ne connais pas, je vais jusqu'au bout des questions que j'ai à lui poser, de manière directe et claire. Qu'est-ce que l'on perd à essayer ? C'est ce qui nous aidera peut-être à comprendre ce qui peut vraiment l'aider. Ce que je propose, c'est une relation basée sur l'honnêteté.

Est-ce que l'hospitalisation peut induire ou amplifier un mal-être chez la personne âgée ?

Ce n'est pas anodin comme expérience. L'hôpital est parfois aussi le lieu où se décide un placement en institution. Comment abordez-vous ces questions ?

Je ne dis pas que c'est le meilleur endroit mais l'hôpital est quand même un lieu où les choses peuvent se dire et se faire. La personne hospitalisée n'est pas la seule à vivre la crise. La famille aussi. Le patient vient avec les générations qui l'ont précédées et modelées et avec les générations qui le suivent. Quand la famille gère convenablement les relations en son sein, c'est reposant ! Il y a tant de mensonges, de maltraitances, d'anciennes histoires qui remontent à la surface et qui circulent ! C'est extrêmement difficile de gérer cela.

Il m'est impossible de traverser le couloir sans être questionnée par des familles à qui on a répondu une, deux, trois fois. Mais la parole ne suffit pas. C'est normal, il y a la peur, le doute mais aussi le déni. Le harcèlement familial, cela

existe ! Chacun veut une information personnalisée, pour lui seul. Cela peut être le conjoint ou l'enfant qui refuse d'aller au chevet du malade mais qui demande à ce que la relation soit unique avec le personnel soignant. La prise de pouvoir de la famille sur la parole est énorme.

Le déni est plus important dans le milieu de vie : la maison, la maison de repos, ...

Combien de fois n'ais-je pas entendu dire : « Oh mais vous savez, elle a toute sa tête ». En réalité, c'est l'entourage qui supplée les pertes de la personne sans s'interroger sur ce qui est en train de s'installer. Personne ne semble s'étonner de perte de poids parfois impressionnante chez la personne. Pourtant, cela ne demande aucune expertise. Il suffit de confirmer cette observation par une prise de poids. Une infirmière peut le faire, un parent aussi. A l'hôpital, on est face à ces questions : Pourquoi cet affaiblissement ? Qu'en pense la personne ? Est-elle malade ? Ne sait-elle plus manger ? Ne veut-elle plus manger ? Et qu'est-ce que l'on fait avec cela ?

Il faut à la fois des compétences très générales, pour recueillir et faire la synthèse de données très objectives, et relationnelles pour s'investir auprès de la personne en gardant la bonne distance.

C'est sur base de l'état de santé global que l'on va se demander ce que nous pouvons offrir. On rencontre le patient. Qu'est-ce qu'il a envie de faire ? Quelles sont ses ressources ? Peuvent-elles soutenir un projet, son projet ? Là où c'est difficile, c'est quand il ne sait plus ou ne veut plus communiquer. On a parfois des doutes par rapport aux comptes qui se règlent dans les familles désunies où chacun vient tour à tour dire qui est référent et qui va décider.

C'est fréquent ?

Oui.

J'ai une patiente ici, diabétique, bronchiteuse chronique, qui a été hospitalisée dans un premier hôpital. Elle en est très vite sortie, à la demande de la famille malgré un trouble de la marche et un diagnostic de démence. Elle a été dans un deuxième hôpital, le

nôtre, deux jours plus tard, avec une nouvelle bronchite, des troubles cognitifs majeurs, des cris, de la confusion. Je rencontre le petit-fils, la petite fille, le mari. C'est une famille qui est source de nombreux conflits. Nous avons du recourir plusieurs fois aux agents de sécurité tant ça criait dans le service. Ici aussi, le mari exige la sortie de son épouse dès la guérison de sa bronchite malgré sa dépendance.

Elle est revenue le lendemain après que ce dernier ait essayé de l'étrangler ! Pour l'instant, elle a récupéré. Elle ne dénie plus sa situation mais elle est persuadée que ça n'arrivera plus. Je ne peux pas la laisser retourner chez elle dans cette situation. Elle va provisoirement aller dans un autre service, le temps de faire le point et de voir si un projet constructif peut s'élaborer avec et autour d'elle.

Je suis dans l'impossibilité, pour l'instant, de dégager un projet cohérent.

Il y a une amélioration : elle mange mieux, elle est moins confuse, on a pu lui donner un antidépresseur. Une vraie relation peut s'établir.

Est-ce le médicament qui l'aide ou est-elle en partie rassurée par le fait que l'on ne veuille pas qu'elle sorte de l'hôpital ? Qu'est-ce qu'elle espère réellement ? Je n'en sais rien. Est-ce que l'hôpital n'offre pas là l'occasion de faire le point sur ces aspects ?

Vous arrive-t-il d'être confronté à des personnes qui manifestent le désir de mourir ou qui se laissent mourir ?

Il y a eu quelques tentatives de suicides ou des suicides avérés, le plus souvent avant que la personne n'arrive à l'hôpital, mais on a beaucoup plus de gens qui se laissent aller, comme si elles n'avaient plus de ressort.

Vous parlez du syndrome de glissement ?

On n'utilise pas beaucoup ce terme.

Quels termes utilisez-vous ?

On parle plutôt de dépression sévère, de perte d'élan vital.

C'est fréquent ?

Oui, le taux de décès à l'IMTR est de 15 à 20%. C'est énorme. Ce n'est pas sans poids dans la réflexion que l'on mène au niveau thérapeutique.

Souvent, la crise qui se manifeste à l'hôpital prend appui sur quelque chose de beaucoup plus profond, qui n'a pas été diagnostiqué par l'entourage ou le médecin généraliste. Est-ce qu'elle avait encore envie de voir ses petits enfants ? De mener des activités, de manger, ... ? On va se battre, se démener pour essayer de l'aider à dépasser ce cap difficile sans toujours y arriver. L'hospitalisation vient parfois couronner quelque chose qui était déjà occupé à se mettre en place de manière progressive. Les personnes en perte d'élan vital se laissent souvent mourir sans que l'on arrive à les « rattraper ». Un des objectifs sera peut-être alors de l'aider à mourir dignement bien que l'absence d'une maladie incurable et douloureuse ne justifie, de prime à bord, une hospitalisation en soins palliatifs.

Qui travaille dans votre service ? Est-ce un choix délibéré du personnel d'être en gériatrie ? Y-a-t-il, pour en revenir à la situation que vous évoquiez, un psychologue qui puisse soutenir la personne dans ce qu'elle traverse ?

J'ai de la chance de pouvoir travailler avec un personnel motivé qui a fait le choix d'être là. Nous avons un psychologue qui travaille bien. Mais il arrive, en d'autres lieux, que ce soit le médecin ou l'infirmière qui revête cette double casquette parce que le psychologue de service est peu là ou ne fait qu'effleurer les choses. Ca, je peux le faire aussi. Ici, la patiente a été provisoirement réorientée grâce au psychologue de liaison qui fait du bon travail. Un psychologue, ce n'est pas du luxe. Permettre aux patients, aux familles, de pouvoir déposer leur fardeau dans plusieurs oreilles, c'est important. Parfois, en tant que médecin, on y est invité sans que nous soyons toujours tenus d'y répondre. Il faut « juste » écouter et ne pas vouloir tout le temps trouver une solution.

Cela va de soi d'avoir un psychologue dans une unité comme celle-ci ?

Rien ne va de soi dans les soins ! C'est une question de choix, de financement et d'adéquation. Il faut vraiment quelqu'un qui écoute, qui a de l'empathie. Ce n'est pas tant une question de quantité mais de qualité. Nous n'avons pas obtenu le nombre d'heures demandées pour ce poste mais nous sommes contents de ce qui est fait.

Vous osez parler de la mort avec la personne âgée ? De la souffrance aussi que peuvent rencontrer, vivre les soignants ?

En gériatrie, on a les oreilles pour. C'est un de nos objectifs mais en dehors des services spécialisés ou des médecins généralistes, c'est vrai que c'est peu entendu. On voit arriver des personnes âgées, résidentes en maisons de repos, où l'idée de fin de vie n'a jamais été évoquée. On ne dit rien et tant qu'on ne dit rien, c'est que c'est bon ! C'est vrai que la formation de base ne prépare pas à cet aspect du « soin ». Peut-être les infirmières sont-elles plus aptes... Elles ont des outils, des atouts mais elles ne sont pas à l'abri de souffrances. Au contraire, plus la relation est investie, plus la personne est proche, physiquement et émotionnellement, plus c'est difficile de prendre du recul, de se référer à un cadre.

Si, dans une de mes équipes, il y a eu un renouvellement important, ce n'est pas parce que le personnel n'aimait plus ce qu'il faisait mais parce que la charge physique et morale étaient devenues trop lourde.

Qu'est ce qui peut aider le soignant et qu'est-ce qui est proposé ?

Paradoxalement, nous sommes confrontés à plus de décès que dans une unité de soins palliatifs mais, contrairement à eux, nous n'avons pas de groupe de parole parce que ce n'est pas obligatoire et la direction, à ce jour, ne soutient pas ou peu ce type d'initiative.

Cela vous aiderait ?

Oui, je pense que c'est bon d'avoir un endroit où l'on peut déposer les choses.

Qu'auriez-vous envie de rajouter au sujet de votre pratique ?

J'ai vu des spécialistes en médecine interne qui ne faisaient rien pour la personne âgée et pour qui ça ne posait pas de problème et d'autres qui faisaient tout mais qui n'avaient pas les outils pour le faire. Entre ces deux extrêmes, il y a un vide. C'est ce qui m'a amené à faire ce métier, longtemps méprisé par d'autres spécialistes².

Je me suis penchée sur les questions connexes comme la nutrition³. Je trouve ça très curieux de voir des personnes attachées à leur chaise avec leur repas en face d'elles. On parle de besoin vital mais de quel lien parle-t-on ? Qu'est-ce que cela veut dire « nous l'attachons pour qu'elle mange » ? Nous la gardons avec nous ? A quel prix ? Cette réflexion n'existe pas dans le cursus scolaire ou de manière tellement théorique.

Travailler en gériatrie, c'est mettre son cerveau au service de l'homme. Cette connexion n'est pas facile. Elle existe chez le généraliste, en pédiatrie, chez les psy mais il y a tant de secteurs de la médecine où ce lien est négligé ou oublié. ●

¹ Le Grand Hôpital de Charleroi regroupe les hôpitaux Saint Joseph, Sainte Thérèse et IMTR.

² « Pourquoi faire une spécialisation après 6 ans de médecine si c'est pour être assistant social ? ». Les mentalités, heureusement changent.

³ Voir réf. biblio. 19.



Faut-il parler de la mort avec les personnes âgées ?

La maladie, la souffrance et la mort sont au cœur de la vie humaine. Elles en font partie intégrante et c'est pour cela qu'en parler est nécessaire.

Les patients distinguent d'ailleurs souvent les médecins des bons médecins en reconnaissant aux seconds des capacités de communication et une disponibilité suffisante pour les écouter.

Ces deux dimensions, qui relèvent à la fois de la compétence et de l'attitude, permettent de ne pas s'en tenir à des faits ou à des problèmes, à des diagnostics ou à des pronostics, à des organes ou à des examens complémentaires... mais d'ouvrir un espace pour mettre des mots sur la manière dont un être humain – chaque fois singulier – traverse ces difficultés et tente de leur donner du sens.

Cécile BOLLY

Médecin, psychothérapeute¹

Une histoire, une identité

Le travail d'une parole autour de la mort est profondément éthique, dans le sens où il exige de se dégager d'un modèle protecteur de la relation médecin-malade, pour chercher à créer une relation de confiance, qui se base sur la promotion d'un dialogue authentique et sur le respect de l'autre en tant que sujet.

Il fait partie de ce qu'on appelle l'éthique narrative, qui renvoie non seulement à l'expérience racontée, mais en même temps à l'identité de celui ou celle qui la raconte. Quand quelqu'un construit une histoire, c'est aussi sa propre identité de sujet humain qu'il construit.

La question d'une parole autour de la mort m'a été proposée comme titre d'une intervention lors d'un colloque axé sur la prévention du suicide chez les personnes âgées². Il m'était demandé d'y répondre à partir de mon expérience de médecin généraliste.

Le médecin généraliste est en effet souvent le soignant qui est amené à entendre ou décoder les premiers signes de détresse, de mal-être que vit une personne âgée, ou à sentir le questionnement important que peut se faire une personne vieillissante face aux pertes physiques, relationnelles ou symboliques qui sont les siennes.

Si par cette place privilégiée, le généraliste constitue ainsi un maillon essentiel de la chaîne des soignants, il doit aussi être celui qui crée un espace avec des perspectives et des mailles nouvelles, constituant autant de liens et de points d'appuis essentiels pour l'ensemble des personnes âgées.

Faut-il parler de la mort avec les personnes âgées ?

La réponse qui me semble la plus juste est « oui ! ». La réaction qui lui fait le plus souvent suite ressemble à : « *Les pauvres ! Non seulement ils sont vieux et dépendants, mais en plus, ils doivent parler de la mort !* ».

En réalité, ils ne doivent pas en parler, et il n'y a évidemment aucune raison de les y contraindre. Comme chacun de nous, ils sont d'ailleurs capables d'éviter ce discours, de le mettre à bonne distance, de refuser d'en parler si nous le faisons de manière inadéquate ou à un mauvais moment.

Mais l'expérience montre que les personnes âgées nous invitent fréquemment, et parfois de manière subtile, à une parole, à un échange autour de la mort.

Beaucoup de soignants ont pris l'habitude de décliner ces invitations : « *Je n'ai pas l'temps !* », « *Ça va lui faire de la peine...* », « *Elle souffre*

déjà assez comme ça... », « *Il vaut mieux qu'il meure sans le savoir...* ».

Et si, faute de pouvoir parler, certains passaient à l'acte ? En désespoir de cause, comme on dit...

Et si l'acte pouvait prendre différentes formes ? Celle d'une tentative de suicide certes, mais moins brusquement aussi celle d'un repli sur soi, d'un isolement grandissant, d'un état dépressif, d'épisodes de confusion, d'un refus de s'alimenter, ...

La parole dont il est question ici nécessite à la fois démaîtrise et soutien, dans une double attention, au contenu et au contenant.

Démaîtrise parce que c'est de la mort dont il s'agit, dans tout ce qu'elle signifie et renvoie à chacun de nous.

Soutien parce que c'est d'un être humain qui va mourir dont il est question, avec toute la souffrance que cela provoque en lui et chez ses proches. Ceux-ci sont d'ailleurs parfois les premiers à avoir besoin de notre présence et de notre aide. En effet, pour éviter l'expression d'émotions difficiles, ils risquent, sans le vouloir, d'enfermer le patient dans sa souffrance plutôt que de l'aider à la traverser.

Ecouter l'autre parler de sa mort, sans chercher d'emblée à le rassurer, en lui permettant simplement de se dire, de se raconter, de venir au monde, c'est expérimenter la dimension guérisseuse de la parole. C'est peut-être aussi permettre « Que nul ne meure avant que d'être né³ ».

Albert

En écrivant cet article, c'est d'abord à Albert que je pense. Il avait 90 ans depuis l'été et me disait un jour « *Quand on regarde en arrière, on voit déjà loin...* ».

Comme je l'invitais à m'en dire plus, il a d'abord attiré mon attention sur le fait qu'assis dans sa chaise roulante, il ne voyait plus très bien ce qui

se passait dehors... puis il a repris le fil de sa réflexion, celui de sa vie.

« Oui... J'ai eu une longue vie... et je n'ai aucun regret... sauf un : de ne pas avoir appris à jouer de la musique. C'est parce que j'étais trop timide... Un jour je suis allé jusqu'à la porte de l'école de musique, mais je n'ai jamais osé entrer... Après il était trop tard... »

Et maintenant, voilà que je suis au bout du rouleau... ».

Il y a plus de 20 ans que je soignais Albert et c'était la première fois que je le voyais pleurer.

« Je suis devenu inutile... alors que mon fils a tant de choses sur le dos... Les terres sont sèches, sèches, sèches... L'an passé, on a mis du silo sur une place... Cette année, on y a passé la charrue, passé..., repassé..., trépassé..., mais c'est dur comme des cailloux ! Pourtant on a les machines qu'il faut... Ah, c'est un rude métier, la ferme ! ».

Au milieu de ses sanglots, Albert a poursuivi la conversation en m'expliquant comme il était difficile pour lui de sentir qu'il devenait une charge pour les autres.

Après avoir pris le temps d'accueillir sa souffrance, j'ai cherché avec lui s'il restait des domaines dans lesquels il aidait encore son fils. Il a évoqué sa présence, toute simple dans la maison, mais aussi la préparation des repas. Il m'a alors montré sa main droite, qu'il a placée dans sa main gauche.

« Vous voyez celle-là, ... elle est insensible tellement je l'ai brûlée en faisant la cuisine... Dans une chaise roulante, on n'est pas à bonne hauteur... alors elle ne vaut plus grand-chose... Maintenant, elle est comme une étrangère... si je la perdais, je ne m'en rendrais même pas compte... ».

De sa main, déjà morte, Albert est passé une nouvelle fois à sa fin prochaine. Il avait encore bien des choses à dire, en particulier son souhait de mourir dans la maison où il est né.

A la fin de cette visite, alors qu'Albert avait encore les yeux rougis par les larmes, je me suis rendue compte que j'avais oublié mes carnets d'attestations de soins. Quelques heures plus tard, je suis repassée chez lui pour réparer cet oubli. Je l'ai trouvé sur le pas de la porte, souriant, profitant du soleil printanier. Il n'avait plus aucune trace de tristesse, mais un visage plutôt pétillant. Il m'a semblé tellement beau que je lui ai demandé de pouvoir le photographier, ce qui a rendu son sourire encore plus rayonnant !

Albert est mort quelques mois plus tard, paisiblement.

En repensant à lui, je mesure encore mieux combien parler de la mort nous a permis, à lui, à son fils et à moi, d'avoir des repères qui nous aident à prendre des décisions adéquates au fur et à mesure de la dégradation de son état de santé. Parce qu'il a pu mettre des mots sur son vécu, il nous a guidés à sa manière dans les choix nécessaires pour le respecter au mieux.

On ne peut sûrement pas en faire une généralité, mais une situation comme celle-là nous invite à réfléchir à d'autres expériences.

Quand, pour ne pas le rendre triste, nous évitons de parler de la mort avec quelqu'un, nous nous privons de l'authenticité d'une relation avec lui et d'informations importantes quant à ses souhaits et ses désirs. Mais par-dessus tout, nous risquons de le priver de pouvoir donner du sens à ce qui lui arrive, et d'être entendu dans cette démarche fondamentale. Plutôt que de lui remonter le moral, nous risquons au contraire de la laisser seul dans son cheminement vers la mort.

Laure

Quand j'ai commencé mon travail de médecin, la première

à m'avoir appris à parler de la mort, c'est Laure. Quelques mois après ses 80 ans, j'ai remarqué qu'elle m'attendait de plus en plus souvent avec le journal ouvert à la page de la nécrologie.

Il lui a fallu une certaine persévérance pour que je comprenne qu'il ne s'agissait pas seulement d'une coïncidence, mais qu'elle avait peut-être bien envie de me partager l'une ou l'autre chose importantes...

Le jour où enfin, j'ai entamé la conversation en parlant de cette page de nécrologie, Laure en a immédiatement profité :

Je vais bientôt partir... je veux dire mourir...

Oui, vous le sentez ?

Oui... et je n'ai plus rien à faire ici... il vaut mieux que je m'en aille...

Regardez pour celui-là, ce qu'on a mis comme phrase...

Et vous, qu'est-ce que vous voudriez qu'on écrive sur votre faire-part ?

Ah ça, c'est un secret ! J'ai préparé une phrase dans une enveloppe, mais seule ma fille sait où elle est... On ne peut l'ouvrir que quand je serai morte... et vous devrez lire



Sylvie Gérard



*le journal pour la connaître !
De toute façon, il y aura la justice de Dieu !
Oui, vous y croyez ?
Bien sûr ! Et ce sera bien !
C'est comment ça, « bien » ?
Mieux que maintenant en tout cas !*

Et sans attendre, Laure disparaît dans une autre pièce avant de revenir aussitôt avec une vieille photo jaunie à la main.

*Regardez, dit-elle, triomphante. Ma belle-mère.
Et là, c'est son père. Un rude commerçant !
Il lui en a voulu toute sa vie d'avoir épousé un
professeur de mathématique...
Pourtant, elle a été heureuse ... et son autre fille,
qui elle a épousé un commerçant, en a vu de
toutes les couleurs !
Et là, son fils ... vous le voyez ? Il s'est fait curé ...
Quand il a annoncé à son père qu'il allait étudier
le droit, il a voulu déboucher une bouteille, mais
quand il a ajouté que c'était le droit canon, il en
aurait bien reçu cinq à la figure ...
Et cette soeur-là, elle est morte très jeune, et
son mari ...*

Je ne comprends plus les liens familiaux déclinés par Laure, mais j'entends bien toute leur importance, et je regarde les visages photographiés. On saute 10 ans, puis 15, on arrive à la guerre, on repart dans un nouveau mariage et enfin dans le drame de cette belle-famille qui un jour, s'est retrouvée complètement ruinée.

*Et c'est mon mari et moi qui avons dû trimer toute
notre vie pour rembourser les dettes des autres.
Et vous voyez, on est parvenu à la garder, notre
maison !
Mais ils nous en ont joué un de tour ! On en a
vu, et on en a mangé, du pain noir !
C'est comme ça, vous savez, qu'on attrape une
maladie de cœur ...
Oui ? Vous pensez que votre problème cardiaque
vient de là ?
Sûrement, me dit Laure, les larmes aux yeux.*

Il a donc fallu parcourir à toute allure ce voyage

dans le temps, prétexter la nécrologie pour se rappeler, au sein de la famille, les morts et les drames, utiliser la parole pour détricoter et retricoter tous ces liens, mettre en mots les secrets des silences, alléger le poids des non-dits ... et peut-être donner un sens à ce qui n'était jusque là qu'une suite d'événements ...

Oh, dans sa longue vie, Laure a eu de nombreuses occasions d'avoir le cœur brisé ... mais cette fois-là, c'est comme si elle m'avait invité de bien belle façon à entendre les maux qui disent le silence des mots ...

Une écoute authentique

Si j'ai repris telle quelle une grande partie de cette conversation, c'est parce qu'elle montre bien que là où il est question de la mort, il est aussi question de la vie ! Et que c'est souvent un moment privilégié que les patients nous proposent de partager si nous acceptons leur invitation.

Ces moments-là sont sans doute fréquents dans l'expérience de chaque soignant, mais ils nous échappent souvent, faute de les avoir anticipés. Pour nous y préparer au mieux, notre responsabilité est sans doute avant tout celle de développer une écoute authentique. Elle nécessite d'éviter certains obstacles, représentés par autant de comportements dans lesquels nous risquons d'autant plus de nous perdre que la mort de l'autre nous renvoie à notre propre mort.

Ces comportements à éviter sont en particulier les suivants⁴ :

Rassurer trop vite, conseiller trop vite, donner trop vite des solutions, esquiver trop vite, questionner trop vite, se réfugier trop vite dans l'action.

Développer une écoute authentique témoigne de notre volonté d'ouvrir un dialogue, de construire un partenariat.

Privilégier la parole pour créer une alliance entre notre savoir de soignant et le récit du patient, pour co-élaborer avec lui une suite à son histoire, en lui permettant d'y donner du sens, c'est ce que propose l'éthique narrative.

Cette approche nécessite des compétences pratiques par exemple en termes de relation,

d'interprétation, de recherche d'un discernement, mais aussi le fait, pour le soignant, de se décharger de son propre récit pour pouvoir accueillir celui du patient.

En faisant de l'écoute de soi un préalable à l'écoute de l'autre, elle introduit à une sorte d'intelligence émotionnelle, d'hospitalité intérieure, qui permet d'articuler l'accueil des événements présents dans le récit à une recherche de sens, et cela, dans le cadre d'un véritable travail de partenariat.

Pas le temps !

Le temps est une dimension importante dans ce processus.

Pouvons-nous prétexter un manque de temps quand le patient nous invite à partager une dimension fondamentale de son existence, qui est précisément celle de la temporalité et de la finitude ?

Quels soignants sommes-nous si, toujours, le temps nous manque ? N'est-ce pas plutôt nous qui manquons au temps ?

Le plus souvent, nous ne choisissons évidemment pas le moment de l'ouverture proposée par un patient. Parfois, une certaine disponibilité transparaît peut-être dans notre regard ou dans notre attitude, ce qui permet à l'autre de saisir ce moment au vol. Mais de toute façon, nous pouvons toujours choisir la manière dont nous allons réagir à cette ouverture. S'il est parfois possible de différer notre réaction – parce que des circonstances extérieures nous y obligent – la moindre des choses est sans doute de manifester que nous avons entendu l'évocation de la mort sous la forme d'un questionnement, d'une souffrance, d'un soupir, ... et de confirmer qu'il est possible d'en parler. Ce faisant, nous considérons le patient comme un sujet, comme un être humain aux prises avec les tours et les détours d'une histoire qu'il essaie de faire sienne, de s'approprier. C'est sans doute là le vrai sens de l'autonomie que nous pouvons l'aider à développer. Soigner l'autre, c'est alors l'accompagner dans sa capacité à ne plus subir son histoire comme étant extérieure à lui-même, mais à s'en approprier les déterminismes⁵.



Sylvie Gérard

Accepter que soit partagée une parole autour de la mort, c'est permettre à l'autre d'habiter sa solitude. Refuser cette même parole, c'est le contraindre à l'isolement.

Or, la solitude et l'isolement sont incomparables⁶. La solitude invite à une rencontre avec soi-même, à une recherche d'unité, tandis que l'isolement force à la rupture, au morcellement.

Alors que nous avons les meilleures intentions du monde et que nous voulons éviter à l'autre une grande tristesse quand nous refusons d'écouter sa parole autour de la mort, nous risquons de l'isoler, voire de l'abandonner et paradoxalement, de le mettre à l'écart du monde des vivants.

Cela aussi, nous pouvons l'expliquer aux proches en difficulté, d'une part pour qu'ils laissent le patient accéder à cette parole, d'autre part pour les accompagner dans ce qu'ils vivent et ainsi les aider à choisir leur mode de présence.

Quand une personne âgée nous manifeste d'une manière ou d'une autre qu'elle pense à la mort, nous avons donc le choix de notre réaction. Nous pouvons éviter cet appel parce qu'il signifie l'aveu d'un échec, nous pouvons le repousser parce qu'il évoque un tout prochain débordement d'émotions auquel nous avons peur de ne pas pouvoir faire

face, nous pouvons l'esquiver en prétextant que cela fait plus de tort que de bien d'en parler... nous pouvons aussi en faire l'occasion d'une mise en perspective, d'une recherche de sens et par là, d'une créativité éthique.

Une fois de plus, c'est sans doute à l'intérieur de nous que celle-ci commence !

Rendez-vous à Samarcande

Pendant que j'écrivais cet article, le rappel d'une histoire a surgi en moi à plusieurs reprises.

Comme tous les contes, elle nous aide à prendre ce qui ne peut être donné et à donner ce qui ne peut être pris...

Je vous la partage donc, en guise de conclusion.

Il y a très très longtemps, vivait dans le royaume de Perse, un khalife bon et apprécié par tous ses sujets.

Un matin, il voit arriver le responsable de ses gardes dans un état d'agitation intense.

Maître, je t'en supplie, laisse-moi quitter la ville aujourd'hui même !

Mon ami, que t'arrive-t-il ?

Pourquoi dois-tu partir précipitamment ?

Eh bien ce matin, sur la place du marché, alors que je venais vers ton palais, j'ai senti qu'on me heurtait à l'épaule. Je me suis retourné et j'ai vu la mort qui me fixait. Elle était drapée de noir, et son regard m'a fait peur. Je suis sûr qu'elle me cherche. Je t'en supplie, laisse-moi quitter la ville, pour que je me dépêche de m'enfuir vers Samarcande.

Es-tu sûr que c'était vraiment la mort ? Tu ne peux pas te tromper ?

Je t'assure que c'était elle. Je l'ai vue comme je te vois. Je t'en supplie, laisse-moi partir !

Le khalife, qui aime beaucoup cet homme, accepte sa demande et lui prête un de ses meilleurs chevaux.

Plein de gratitude, le cavalier part au grand galop vers Samarcande.

Pendant ce temps, le khalife continue à

réfléchir. Une idée lui trotte en tête. Il décide de se déguiser pour qu'on ne le reconnaisse pas et il sort de son palais. Sur la place du marché, il circule sans se faire remarquer et au milieu de la foule, il cherche la mort. Subitement, il la voit et il la reconnaît ! Le chef de ses gardes ne s'est pas trompé. C'est bien elle !

Elle est là, allant d'un groupe à l'autre, sans se faire remarquer.

Le khalife se dirige vers elle et malgré son déguisement, la mort le reconnaît. Elle s'incline en signe de respect.

A voix basse, le khalife lui pose une question.

Le responsable de mes gardes est un homme encore jeune. Il travaille de manière efficace et c'est un honnête homme. Je ne comprends pas pourquoi, ce matin, alors qu'il venait au palais, tu l'as effrayé en le regardant d'un air menaçant ...

La mort a l'air surprise par la question, mais elle y répond très vite.

Je n'ai vraiment pas voulu l'effrayer. Je n'ai pas non plus l'impression de l'avoir regardé d'un air menaçant. Ce qui s'est passé, c'est que j'ai été très étonnée de le trouver là, au milieu de la foule. C'est peut-être pour cela qu'il a cru que je le menaçais ?

Et pourquoi étais-tu étonnée ? demande alors le khalife.

Tout simplement parce que je ne m'attendais pas à le voir à cet endroit. J'ai rendez-vous ce soir avec lui très loin d'ici, à Samarcande. ... ●

¹ Cécile Bolly est auteur et co-auteur de plusieurs livres sur l'éthique. Elle anime des formations à l'écoute et à la réflexion éthique pour les soignants.

² Plate-forme de santé mentale de la province de Luxembourg, Bertrix, juin 2006.

³ M'Uzan (De) M., *Celui-là*, Grasset, 1994.

⁴ Voir réf. biblio. 34.

⁵ Voir réf. biblio. 30.

⁶ Voir réf. biblio. 26.



Mettre un terme à une souffrance

L'euthanasie et le suicide sont-ils bien deux actes différents ? Dans l'un et l'autre cas, il s'agit de mettre fin, volontairement, à ses jours et, ainsi, à une souffrance devenue insupportable... Mais alors que l'un est respecté, l'autre est décrié ! Le Centre de prévention du suicide nous a proposé d'y réfléchir lors d'une récente journée d'études¹ consacrée à ce thème. Confluences y était et vous livre sa lecture de quelques-unes des réflexions du Professeur Léon Cassiers² et de Laurent Ravez³. Ceux-ci nous invitent à interroger le sens de la souffrance, de la vie, de la mort⁴.

Sylvie GERARD
IWSM

Dans le cas de l'euthanasie, on semble supposer que la décision de mourir est rationnelle ; on considère qu'il s'agit d'un choix, légitime, qu'il convient de respecter, pour abrégier une souffrance devenue intolérable et incontournable. Dans les cas de suicide, on parle de « meurtre de soi », de passage à l'acte que l'on a tendance à condamner... Mais peut-on vraiment croire que la décision de mettre fin à ses jours pour un malade en phase terminale soit vraiment différente de celle de la personne qui ne voit pas d'autre issue que la mort pour faire face à sa souffrance ? Interroger ces représentations nous éclaire sur le sens que la médecine et la société donnent à la souffrance.

Vivre avec la souffrance

Des souffrances, il y en a des petites, des grandes, parfois des catastrophiques. Pourtant, l'immense majorité des humains continuent à vivre. Pourquoi nous demande le Professeur Cassiers ?

La première raison est sans doute d'ordre biologique. Contrairement à l'objet inerte, l'homme tend à maintenir, à développer et à reproduire sa propre structure.

Mais l'être humain ne se réduit pas à cela. Le biologique se combine avec le symbolique. Le symbolique vient réinterpréter l'instinct. Pour se nourrir, par exemple, l'homme mange par instinct

mais personne ne lui dit ce qu'il doit manger. C'est la pensée qui lui signifie si telle nourriture est bonne ou sacrée. Cet écart entre l'instinct et la communication symbolique offre une souplesse considérable ; elle autorise une mise à distance qui, par exemple, permet de poser le choix de faire une grève de la faim. Il en va de même pour le désir de vivre. En faisant une demande d'euthanasie, le système symbolique va à l'encontre de l'instinct qui tend à maintenir la vie. Nous devons donc nous interroger sur la manière dont ce système symbolique, culturel, etc. donne sens à la souffrance, à la vie.

Donner sens à la souffrance

Tout système, si rationnel ou logique qu'il puisse paraître, est toujours fondé à la base sur des postulats indémontrables. Il en est ainsi du sens de la vie et de la souffrance. Nous sommes héritiers de deux grands courants : philosophique et religieux.

- ▶ Historiquement, les grecs voyaient en la souffrance un parasite obligé qui accompagne la vie, mais qui est inutile. La difficulté était alors de savoir comment vivre pour l'éviter ou lui faire face.
- ▶ Le sens religieux, par contre, est celui de la faute. La souffrance est une punition que Dieu envoie à l'humanité parce qu'elle n'a pas été fidèle aux prescriptions. Acceptée, elle sert au salut de l'humanité. La souffrance de

l'individu est récompensée, après la mort, par une paix retrouvée et à jamais assurée. Il ne faut pas oublier que des dizaines de générations y ont trouvé le courage de vivre !

La société a évolué. Aujourd'hui, l'individu y est roi. Dès le moment où c'est l'homme qui gère l'évolution du monde, la souffrance redevient quelque chose d'absurde. Même les chrétiens n'adhèrent plus à l'explication première du sens de la souffrance. La notion de faute perd de son sens puisque tout individu, même s'il se conduit bien, n'échappe pas à son lot de souffrances. La place centrale accordée à la rationalité de la science renvoie la souffrance à un non sens dont on ne sait que faire si ce n'est de la combattre...

André Comte-Sponville⁵ parle de position transcendante où l'homme cherche à se mettre au dessus de sa propre vie. Quand il lutte contre la souffrance, l'homme se vit immortel, refusant toute victimisation.

Combattre la souffrance

Reste que le citoyen ordinaire, les hommes et les femmes rencontrés généralement en consultation, ne sont pas philosophes. Ils s'en remettent plus facilement à la culture médicale pour qui la mort est une défaite. Elle utilise d'ailleurs un vocabulaire assez guerrier : lutter contre la maladie...

Au cours des deux derniers siècles, les médecins se sont peu intéressés à la souffrance. Longtemps, ils ont rechignés à recourir à l'anesthésie générale et même à l'antidouleur ou à la simple aspirine. La clinique de la douleur ne s'est imposée que très lentement.

Comment un médecin va-t-il apprécier une demande d'euthanasie ? Comment évaluer une souffrance jugée intolérable ? C'est une guerre



Sylvie Lebrun

perdue d'avance que d'essayer de trouver des critères objectifs. La souffrance est fondamentalement subjective. La seule chose que le médecin puisse faire, c'est entendre et accepter que la personne soit en souffrance. Il va essayer de soulager cette souffrance, de la combattre, mais l'évaluer n'est pas possible.

Et le citoyen ordinaire, comment peut-il se convaincre que sa vie en vaut encore la peine ? Au-delà de tout concept théorique, la cohérence de son monde symbolique n'est pas rationnelle. C'est plutôt un ensemble de petits motifs qui se donnent à voir, une vie en kaléidoscope, dont la cohérence n'apparaît pas d'emblée.

Tout citoyen veut éviter la souffrance. La science est pour lui d'un grand secours. La consommation d'analgésiques et de tranquillisants lui promet une vie plus agréable en prenant appui sur un modèle qui est toutefois beaucoup moins efficace sur la souffrance psychologique mais il essaie quand même.

Souffrance et souffrance...

Chez nous, les gens sont peu entraînés à la souffrance ; ils sont plus fragiles. En Asie ou en Afrique par exemple, il leur faut parfois parcourir 20 ou 30 kms à pied pour réaliser une ponction lombaire ! La sensibilité subjective de la souffrance

s'accompagne d'un niveau de résistance physique.

Certaines souffrances peuvent paraître « utiles » ou supportables : se surinvestir professionnellement, faire régime pour garder ou retrouver sa santé,... Dans le monde sportif, il est banal de dire qu'il faut se faire mal pour arriver à de bons résultats. On ne trouve pas un sens positif à la souffrance mais une valorisation à l'affronter. Il y là un signe de grandeur.

Toutes les souffrances n'on pas la même portée. Et chez la personne âgée, malade ? Pourquoi continuer à vivre ? Son discours est d'abord axé sur la plainte, l'injustice, la révolte, puis, dans un second temps, sur la valorisation des petits plaisirs (le sourire d'un enfant, un rayon de soleil, ...) mais ceux-ci ne suffisent pas. Ce qui revient le plus souvent dans la plainte, c'est le relationnel, l'affectif et la question de savoir si, en tant que sujet, on intéresse encore quelqu'un. La dignité humaine se lit dans le regard des autres, c'est ce qui fait que la vie prend sens. Chacun veut être reconnu pour lui-même, même malade, même aux marges de la société.

Y mettre un terme

Pour le Professeur Cassiers, deux courants expliquent le recours au suicide : tout d'abord, la communication symbolique qui, pour l'homme ordinaire, ramène sa valeur à celle qu'on lui donne; mais aussi le droit à l'autonomie qui le reconnaît capable de se situer en phase avec ses valeurs humaines.

Un homme de 70 ans, hospitalisé en service de cancérologie, demande avec un certain affolement à ce qu'on l'aide à mourir. Après avoir instauré un dialogue, sa demande se précise : ce qu'il souhaite, c'est de ne pas mourir seul.

Dans sa chambre, pendant les moments d'agonies, la télévision reste branchée. Les femmes à son chevet - la mère et la fille - ont tellement peur de cette confrontation que le bruit doit occuper tout l'espace.

Cela questionne la capacité des proches à pouvoir être là, parfois dans la longueur, dans une présence, dans un échange relationnel, dans un face à face avec la mort ;

une habitude qui s'est vraiment perdue. La mort n'est plus un événement partagé mais un acte privé. . .

Le droit à l'autonomie

Quand les circonstances de la vie sont difficiles, le suicide est-il une honorable façon de mourir, un ultime recours pour maîtriser sa vie jusqu'au bout ? La réponse à cette question est évidemment personnelle, mais, pour Laurent Ravez, elle questionne le fantasme collectif de l'homme auto construit. Il cite Jean-Pierre Lebrun qui n'hésite pas à parler d'autonomie face à la montée en puissance d'une volonté de l'homme à vivre sans « autrui ». Il se demande si on n'est pas en train de se tromper en survalorisant le concept d'autonomie qui régule les débats éthiques en soins de santé. L'autonomie ne peut pas être réduite à l'autarcie, dans l'ignorance totale de tout effet de réciprocité. Au nom de l'autonomie, ne risque-t-on pas de perdre la relation au patient ? Un patient seul avec lui-même n'annonce-t-il pas une dérive d'une société déshumanisée ? Laurent Ravez parlera de seularité : être seul face à la mort, face à une décision de mort, dans l'espoir toutefois d'un accompagnement dans la solidarité !

... et à la solidarité !

Une perspective que nous laisserons Léon Cassiers conclure avec son professeur d'histoire :

La révolution française nous a donné 3 mots : liberté, égalité, fraternité.

Le 19^{ème} siècle a d'abord exploré la liberté,

Le 20^{ème} siècle : l'égalité,

Espérons que le 21^{ème} siècle explorera ce qu'est la fraternité. ●

¹ *Suicide et euthanasie*, Sixième Journée de la Prévention du Suicide en Communauté française, organisées à Bruxelles le 5 février 2009 par le Centre de Prévention du Suicide. Les actes sont consultables en lignes sur : www.preventionsuicide.be.

² Psychiatre, psychanalyste, criminologue, professeur émérite de psychiatrie de UCL, Ancien président du Comité Consultatif de Bioéthique de Belgique.

³ Philosophe, chargé de cours à la Faculté des Sciences de Namur (FUNDP), Directeur du Centre Interdisciplinaire Droit, Ethique et Sciences de la Santé.

⁴ Ce texte s'inspire largement des interventions de L. Cassiers et L. Ravez.

⁵ Philosophe français contemporain, membre du Comité Consultatif national d'éthique en France.



Le domicile : aide, soins et paradoxes

La majorité des personnes âgées de plus de 65 ans vivent à domicile. Elles vivent plus longtemps, en meilleure santé, et souhaitent donc autant que possible rester chez elles. Mais cette autonomie, souvent, n'est rendue possible que grâce aux professionnels de l'aide et des soins. Quelle est leur vision du domicile ? Jusqu'à quelle extrémité rester chez soi ? Et si l'envie de « baisser les bras » apparaissait tout à coup ?

Geneviève AUBOUY,
Coordinatrice ASD - Bruxelles

Un centre intégré d'aide et de soins à domicile permet aux personnes en situation de dépendance ou de handicap de rester chez elles, dans le confort et la sécurité.

Pour la plupart des personnes âgées, la qualité de vie est indissociable du « chez soi », entouré de ses affaires, de ses proches et soutenu au besoin par des professionnels, dans un accompagnement global.

Mais toute prise en charge a ses limites : l'isolement, la dépendance, un logement insalubre, une situation financière précaire, des facultés cognitives diminuées peuvent la mettre en péril... Et c'est l'éternelle question : rester chez soi et agir comme bon nous semble ou être en sécurité en renonçant à ce bien-être que procurait ce « dernier refuge » ? Question d'autant plus difficile qu'un habitat n'est pas l'autre et que chaque bénéficiaire est toujours unique...

Un accompagnement de qualité à domicile pose la question du lien investi et de la réassurance qu'il procure. Mais il se heurte parfois au sentiment de solitude évoqué par les âgés, qu'il soit lié à l'éloignement de la famille, à la perte d'un être cher, à la maladie, au manque d'activités et d'amis, aux problèmes d'argent, ...

Cette solitude rend fragile, surtout lorsqu'elle est couplée à d'autres facteurs. Parfois, le poids des pertes l'emporte sur l'envie de vivre et la personne âgée est en danger. Ces pertes peuvent être réelles (le conjoint, le compagnon

domestique, la maison...) ou symboliques (un sentiment de ne plus appartenir à une communauté, le repli sur soi, le sentiment d'insécurité...). Cette fragilité peut se vivre sur le mode psychique et certains professionnels y voient une limite dans leur mission d'aide et de soins.

Au-delà de l'accompagnement quotidien : la question du lien.

La relation que les professionnels cultivent à domicile avec les bénéficiaires ne repose pas sur des actes précis, des prestations minutées. Il est aussi question de projet de vie qui peut pallier au sentiment d'inutilité ressenti par la personne. Elle n'est donc pas « objet de soins » mais bel et bien « bénéficiaire » de notre attention.

La confiance entre le bénéficiaire et le professionnel n'est possible que si l'aide à domicile n'est pas vécue comme une corvée. On sait aussi que toute relation « humaine » naît dans une certaine durée. Malgré tout, l'aidant ne doit pas oublier de trouver sa « juste place », entre lien et proximité, professionnalisme et prise de recul.

A ce défi s'ajoute l'ambiguïté du paradoxe du maintien à domicile : la personne n'est plus « maîtresse chez elle » ; elle se voit imposer des choses « pour son bien », selon une analyse objective de la situation alors que la relation est « humaine », et donc tissée de subjectivité... « *On ne vit pas pour être soigné, on est soigné pour vivre mieux* »¹!

Quand l'envie d'en finir apparaît...

Certaines personnes parlent volontiers de la mort. Quelle est la motivation derrière les mots ? Se rassurer ? L'envisager sereinement ? La tenir à distance ? L'appeler de ses vœux ?

Et l'aidant ? Comment se positionne-t-il face à ce discours ? Laisser dire ? Détourner la conversation ? Faire taire ? Quelle est l'attitude juste ? Où se trouve l'intuition entre le sentiment qu'il est positif d'en parler et l'idée que c'est morbide et dangereux ?

Que faire quand on a le sentiment qu'un comportement « suicidaire » se fait jour (le plus souvent, une surconsommation médicamenteuse ou de substances nocives : tabac, alcool...)?

Quid de l'urgence ? Elle se produit souvent la nuit, où l'angoisse est la plus forte, ou le week-end, lorsque aucun passage n'est prévu².

On se trouve ici face à une double souffrance : Celle de la personne âgée dont le mal-être n'est pas entendu et celle du soignant, culpabilisé, parfois jusqu'à l'épuisement professionnel.

Le dénominateur commun de tous ces comportements réside dans un avenir « rétréci ». Prendre soin, cultiver un « projet », si petit soit-il, suffit bien souvent à reprendre pied.

Une autre question se pose encore : Comment investir le temps à domicile, tant pour le soignant que pour le soigné ? Le temps de prestation est réduit ; il faut courir et tant de demandes sont laissées en attente... Le sentiment



Sylvie Gérard

de frustration n'est pas rare, chez l'aidant comme chez l'aidé(e).

D'autres limites à l'action des professionnels sont à avoir à l'esprit, par exemple, en trouvant un juste milieu entre le souci d'hygiène et celui de préserver l'affectif que représente un bric-à-brac de souvenirs empilés.

*Dans le mot « seul », il y a 4 lettres,
4 définitions de la solitude.*

S comme solitaire,

c'est-à-dire seul par goût de la solitude ;

E comme esseulé,

c'est-à-dire seul parce qu'abandonné des autres ;

U comme unique, seul de son espèce,

et enfin L comme libre,

c'est-à-dire seul à décider³.

Dans le chef du bénéficiaire, l'avancée en âge et son corollaire de pertes peut engendrer un repli sur soi. L'absence d'isolement (être entouré de professionnels) n'exclut pas forcément l'absence de solitude, ancrée au plus profond de soi. Dans le cadre du travail proprement dit, la formation de base n'inclut pas cette thématique. En outre, paradoxalement, le fait d'être en équipe n'exclut pas une certaine solitude du soignant, seul pour sa prestation à domicile. Il peut y avoir un risque insidieux d'épuisement face à une situation complexe.

Devant des comportements « à risque », le service d'aide contacte le médecin et/ou le référent... Mais que faire s'ils sont absents, ne répondent pas, ou si la personne interdit de les appeler « pour ne pas déranger » ?

Le domicile et la coordination des acteurs

ASD est un centre intégré. Plusieurs corps de métiers se retrouvent parfois au chevet d'un même bénéficiaire. La coordination peut alors faire le point, avec les professionnels, autour d'une situation vécue comme préoccupante. Cette coordination ne vaut que par la présence du bénéficiaire et de son entourage informel et professionnel.

Chaque semaine, les équipes se retrouvent par ailleurs en réunion : c'est l'occasion d'échanger ensemble sur des situations complexes. Au besoin, les responsables peuvent travailler en supervision avec des centres de santé mentale afin de décoder des situations, les sentiments que cela éveille, les éventuelles pistes pour en sortir...

Les aides familiales ont une formation de base, mais il est difficile d'y intégrer une approche spécifique sur la problématique des personnes âgées et du suicide.

Car au-delà du savoir-faire, il y a le savoir être : là où une aide va privilégier le contact humain, une autre va peut-être être plus à l'aise en accomplissant les tâches plus techniques. De plus, ce travail peut s'avérer pénible, physiquement et moralement. Il n'est pas rare non plus que des aides suivent cette formation dans le cadre d'une remise à l'emploi ou dans un but alimentaire. Comment vont-elles se situer par rapport à l'aspect « humain » du travail ? Vont-elles vouloir s'en protéger, « fermer la porte » une fois la journée de travail achevée... et mener ainsi une relation sur un mode plus formel ? Se pose alors la question du rôle, voire de l'interpellation par l'assistante sociale responsable...

Mais les professionnels de l'aide à domicile sont rarement les seuls intervenants dans une situation. Il convient par exemple de ne pas mésestimer le rôle des « aidants proches » et le répit dont ils ont besoin pour éviter le risque d'épuisement et par là, de désengagement, négligence ou pire.

Et après ? Quand la vie à domicile n'est plus possible... comment éviter un sentiment d'échec pour la personne vieillissante comme pour le soignant ? Des pistes existent. Certaines sont déjà investies par les aides professionnelles : aller voir bénévolement en maison de repos les personnes que l'on a connues à domicile, avoir un temps d'accompagnement professionnel, par exemple d'un mois, pour la période de transition à l'entrée des personnes âgées en institution... D'autres restent à créer. ●

Témoignage

Une dame âgée, dont l'époux - qui l'adorait et gérait tout pour elle - se trouve tout à fait démunie à sa mort.

Sa fille habite en face. Elle entre en conflit ouvert avec elle, l'insulte et la harcèle, fait main basse sur ses affaires personnelles...

Aidée de sa voisine, elle prend contact avec notre service pour des aides ménagères car en plus de ce harcèlement, elle focalise son malaise sur de la « poussière blanche » qui envahirait sa maison, provoquant démangeaisons et picotements... L'aide fait son possible mais Mme sombre dans la dépression et parle d'en finir devant ce contexte de vie fort dégradé...

L'assistante sociale de l'équipe, interpellée par la travailleuse qui est confrontée à cette souffrance sans savoir comment la gérer, prend contact avec la coordinatrice. Celle-ci fait le tour du réseau, rencontre Mme avec sa collègue, cible ses priorités...

D'une part, elle met en place des actions pour protéger Mme quant à ses biens et, d'autre part, elle fait intervenir des experts à domicile pour évaluer cette poussière blanche. L'avis qu'ils rendent est négatif : ceci n'apaise pas Mme, à tel point que le médecin, alerté par la dégradation de sa santé (elle ne mange plus, reste focalisée sur cette nuisance non avérée...), la fait hospitaliser pour un bilan complet.

A l'heure actuelle, Mme est sur liste d'attente pour une MRS choisie avec elle, et nous avons mis en place un suivi psychologique à l'hôpital...

¹ C. Van Rompaye, in *Contacts*, n°106, p.13., Juillet-août-septembre 2008.

² On a pu observer le rôle de la télé vigilance (pendentifs d'appel en cas de chute, en lien avec une centrale téléphonique) : beaucoup de personnes appellent la nuit, les week-ends... Elles imputent cela à une erreur... Qui révèle souvent autre chose : « je me sens seul(e) ».

³ Michel Hannoun, *Nos solitudes*, Editions du Seuil, 1991.



L'accompagnement de la fin de vie à Saint Joseph

Accompagner la fin de vie ne commence pas aux derniers instants de la vie. C'est un accompagnement de longue haleine qui débute dès l'arrivée de la personne en maison de repos. Bien qu'il entre dans un lieu collectif, le résident est l'acteur principal de cette nouvelle étape de vie. Cela reste sa vie ! Pour qu'elle soit sereine, il est essentiel qu'une relation de confiance et de transparence puisse s'établir entre lui, ses proches et l'institution.

Florence FEUILLEN, Assistante sociale

Caroline GUFFENS, Directrice

Daisy HAMBURSIN, Infirmière en chef

Maison de repos et de soins Saint-Joseph, CPAS Namur

L'installation de cette relation prend du temps... et débute dès la première rencontre. Que la personne candidate à l'entrée souffre ou non de déficit cognitif, nous insistons pour qu'elle soit impliquée dans les différentes démarches et, à tout le moins, consultée. Nous refusons les entrées en urgence et dans le non-dit et prôtons un discours clair.

Ainsi, toute entrée commence par une rencontre. Chaque futur résident vient dans la mesure du possible visiter la maison de repos et de soins. Mais il nous paraît aussi important de rencontrer la personne dans son cadre de vie habituel ou tout autre lieu où elle se trouve momentanément. Cette rencontre entre l'infirmière en chef, l'assistante sociale, le candidat et sa famille permet de lui présenter la maison, notre philosophie de travail, mais aussi de concrétiser et dédramatiser l'entrée en maison de repos. A ce moment, nous essayons déjà, avec le concours de la famille et des proches, de récolter des informations liées au vécu personnel de la personne qui dépassent le recueil de données administratives, son histoire de vie : profession antérieure, habitudes de vie, goûts, dégoûts, loisirs, etc. C'est aussi l'occasion, mais certainement pas l'unique, d'aborder la thématique des volontés de la personne en termes de fin de vie, et peut-être de l'inciter à rédiger des directives anticipées qui pourront nous guider le moment venu, surtout si des difficultés relationnelles sont présentes au sein de la famille.

Tout au long du séjour, nous développons des liens avec les résidents et apprenons à les connaître ; nous vivons ensemble. Très souvent, ils nous interpellent pour savoir « comment cela va se passer ? ». Nous leur retournons alors la question en leur demandant comment souhaitent-ils que leur fin de vie se déroule, quels sont leurs desideratas, leurs attentes, leurs craintes ? Pour les personnes qui ne peuvent plus s'exprimer verbalement, nous observons leurs réactions et sommes attentifs aux refus qui peuvent se manifester par différents signes au-delà du verbal, une agitation, de la douleur, un mal-être, un état dépressif. Nous sommes en effet certains qu'une personne atteinte de démence peut manifester un refus et y sommes attentifs, mais sans renonciation hâtive aux soins non plus ! Avant de conclure à l'envie d'en finir, nous recueillons ces manifestations de refus avec les différentes données recueillies au long du séjour et la connaissance que nous avons des résidents.

Tout notre accompagnement est basé sur les

valeurs de respect, d'écoute et de tolérance. La valeur de l'autonomie est celle que nous mettons en avant dans le sens où il s'agit de laisser la personne âgée rester maître de ses choix, quels qu'ils soient. Notre philosophie d'accompagnement s'est tout récemment vue renforcée par la formation à l'Humanitude® développée par Yves Gineste et Jérôme Pellisier. Il s'agit d'une méthode d'accompagnement qui questionne le soignant sur ce qu'il est et lui donne des moyens d'améliorer sa pratique, en considérant l'humanité de chaque homme derrière la dépendance et en optimisant ainsi les liens relationnels.

Il peut s'agir de choix du quotidien, du rythme de vie, mais aussi de choix liés à la fin de vie, au refus d'une alimentation artificielle ou d'une sonde, au refus d'un traitement ou d'une intervention.

Ces choix ne sont pas toujours ceux d'une équipe de soin formée à maintenir la vie, à soigner, parfois à tout prix... le lâcher prise doit s'apprendre et c'est ici que nos valeurs de tolérance et de respect de l'autre prennent tout leur sens pratique. Ces moments difficiles ne sont donc pas éludés et la fin de vie a toute sa place dans notre institution.



MHS Saint-Joseph, CPAS Namur

Nous sommes formés à accompagner les fins de vie et disposons du matériel nécessaire. Notre philosophie d'accompagnement veut que chaque résident puisse rester dans la chambre qu'il a investie comme son « chez lui » jusqu'à la fin de sa vie et rares sont nos résidents qui décèdent à l'hôpital.



MRS Saint-Joseph, CPAS Namur

Nous prenons le temps d'avoir une réflexion pluridisciplinaire en plusieurs étapes. Tout d'abord, la problématique est évoquée au sein de nos remises de service interdisciplinaires. Un temps d'arrêt sera ensuite provoqué entre la personne (si possible), sa famille ou ses proches, son médecin traitant, l'infirmière en chef, l'assistante sociale et la directrice. Dans cette réunion, tous les points de vue sont exprimés et entendus et le fil directeur en est la qualité de vie du résident (qu'il soit présent à la réunion ou pas en fonction de son état de santé), son bien-être subjectif, ce qu'il aurait souhaité dans la continuité de sa vie. A l'issue de la réunion, une décision unique sera prise et suivie, ce qui est très important pour la cohérence des soins.

Un retour de la décision prise est alors fait à l'équipe où nous insistons encore sur la qualité de vie subjective du résident, sur l'importance du respect de son choix. Parfois, un accompagnement plus important de l'équipe sera nécessaire, via des groupes de parole ou l'intervention de partenaires extérieurs lorsque leur intervention peut être utile, comme le service provincial ANA²

pour l'accompagnement des moments de crise, l'asbl Le Bien Vieillir pour des formations spécifiques et des groupes de parole ou la psychologue de la plate-forme des soins palliatifs pour un suivi. Nous insistons, peu importe la décision de la personne, sur le maintien de la qualité de ses soins et de l'apaisement de ses douleurs. C'est

alors les soins de confort qui prendront le relais dans lesquels nous insistons sur l'accompagnement, la disponibilité et l'écoute du personnel.

Dans les derniers moments, la famille a bien entendu la première place. Elle peut loger sur place, recevra des collations et sera entourée par l'équipe à son écoute. Lorsque le décès survient, il n'y a pas de raison de le cacher. Il nous semble que diffuser largement l'annonce du décès via des affiches, en parler sereinement, permettre à chacun de rendre un dernier hommage éventuellement dans notre chapelle ... sont autant de possibilités que nous offrons aux résidents et aux proches pour les aider à poursuivre leur chemin. Chaque décès est une tristesse pour tout le personnel et nous respectons ces moments en laissant chacun exprimer ses émotions ou ses difficultés, mais aussi en laissant la chambre vide plusieurs jours.

Pour illustrer ces propos, nous voudrions évoquer la situation de Monsieur X.

Dans l'évolution de sa démence, nous avons été confrontés à un refus de s'alimenter. Un des deux fils nous a directement demandé de l'alimenter artificiellement et une sonde naso-gastrique a été posée. Monsieur n'y a pas bien réagi, l'arrachant sans cesse et, toujours à la demande de son fils, une contention a été posée pour permettre cette

alimentation. Un mal-être important s'est installé au sein de l'équipe face à cette situation. Nous nous sommes arrêtés sur la situation et avons réuni les deux fils et le médecin traitant. Nous avons pu entendre leurs craintes face à la souffrance que pourrait ressentir leur père, entendre et répondre à toutes leurs croyances face à l'alimentation, mais surtout, les faire réfléchir à ce que souhaitait leur père, à sa qualité de vie dans la continuité de son histoire. C'est ainsi que nous nous sommes accordés sur le non remplacement de la sonde et avons soutenu la famille dans un autre accompagnement de la fin de vie de ce monsieur. Famille et soignants ont alors pu joindre leurs énergies pour l'accompagner dans la proximité, l'écoute, le toucher. Après deux semaines, il s'est éteint paisiblement et la famille nous en a été reconnaissante.

Nous pouvons conclure de notre expérience que les fins de vie peuvent avoir lieu en institution où l'accompagnement par le personnel - dans les valeurs de respect, de tolérance, d'autonomie de la personne - prennent un sens très concret. Garder le bien-être de la personne et la continuité de sa vie et de ses rythmes en tête, dès l'accueil et tout au long de son séjour, permet, en lui rendant son rôle d'acteur, de diminuer et de prévenir la tentation d'en finir des personnes âgées. C'est l'optique que notre institution continue de suivre coûte que coûte. ●

¹ Les informations relatives à cette approche sont présentées sur le site : www.igmbelux.be.

² Avec Nos Aînés (ANA) : Service de santé mentale avec mission spécifique « personnes âgées », Namur.



Quand le narcissisme s'effondre : Dépression et syndrome de glissement chez la personne âgée

Parler de la tentation d'en finir des personnes âgées ne peut se faire sans effectuer un détour du côté de la vieillesse pour comprendre combien la question du choix, véhiculée par l'inconscient collectif, est souvent loin d'être une réalité. En effet, quel être humain choisirait un scénario fait de pertes, de deuils et d'isolement social, de dépression et d'angoisses ? Choisit-on réellement une telle souffrance, celle de nombre de nos aînés qui envisagent alors la mort comme seule voie possible ?

Véra LIKAJ

Psychologue, Psychothérapeute
Centre de Santé Mentale du Champ de la Couronne, Bruxelles

L'estime de soi

C'est un incontestable défi que celui de la vieillesse pour trouver ou retrouver une certaine souplesse au-delà des pertes auxquelles on est confronté. Il faut déployer une énergie, trouver des solutions, pour ne pas être meurtri par une représentation de soi qui ne serait que dégradation. Pouvoir encore sublimer...

Citons Milton Erikson pour qui l'intégrité dans le grand âge est la réunion du moi réel et du moi idéal. L'intégrité permet à la personne âgée de s'appuyer sur une profonde estime de soi pour se guérir des inévitables maux liés à la vieillesse. Mais si nous sommes incapables de croire que nous puissions être aimés alors que nous commençons à perdre notre énergie physique, que notre vue se brouille, que notre mémoire vacille, que nous sommes à la retraite..., il se peut que nous pensions, « je m'en fiche d'être vivant ou mort, je préfère être mort ».

« Vieillir, c'est se conserver. Seulement voilà, comment peut-on se conserver si on s'aime moins, voire, si on ne s'aime plus ? »¹ L'effondrement qui se dessine est en fait un arrêt de l'illusion, une sorte de « bas les masques », les pertes du grand âge sont réelles bien entendu mais aussi existentielles. Ce qui apparaît comme l'effondrement de l'individu est en fait l'effondrement du narcissisme. Ce dernier se montre au monde par

la dépression, expression d'un manque touchant au Moi de la personne âgée, incapable alors de « relancer la passivité que chacun porte en soi, comme source de satisfaction... et de réélaborer un complexe de castration mis à mal par les crises tardives »².

Quand parle-t-on de dépression ?

La dépression est un terrain de fragilité psychique sur lequel se déploient idéation suicidaire, acte suicidaire et syndrome de glissement. La symptomatologie dépressive s'appuie ou se nourrit d'une série d'insécurités somatiques, affectives et contextuelles : une faiblesse générale, un dérèglement hormonal, des maladies qui se chronicisent (cardio, neuro...), des chutes répétées, des douleurs, un abus de médicaments ou une médication inadaptée, des carences affectives, des antécédents psychiatriques, des représentations inconscientes, une situation socio-économique qui se précarise, un lieu de vie devenu inadapté, une représentation négative de la vieillesse dans la société...

De plus, le contexte contemporain du progrès de la médecine d'une part et des pathologies cérébrales de l'autre impose, aux côtés de la perspective de la mort, le spectre de la détérioration mentale, de la perte de l'autonomie psychique et/ou physique. Ainsi, le vieillissement engendre dans ce contexte une **déstabilisation**

identificatoire qui peut mettre à mal la question des limites et, dans la douleur d'une incapacité renouvelée, cantonner la personne âgée à une irréductible position de dépendance et d'impuissance.

Vient alors la crainte d'imposer sa dépendance à son entourage. Et parfois, sous cette crainte, se cache l'angoisse de voir cet entourage s'imposer, et en fonction des histoires de vie et de famille, se venger des interdits et des contraintes d'autrefois. Confrontée à la nécessité désolante de céder la maîtrise de ses affaires à d'autres, de renoncer à faire des projets que son physique ne peut plus endurer, la personne âgée fait parfois le choix, conscient ou inconscient, de céder de son propre chef plutôt que de se voir contrainte. C'est ainsi que s'installe le caractère a-conflictuel de l'appareil à penser de la personne âgée qui s'essouffle. Le désir, la compétition s'éteignent. C'est souvent la plainte corporelle qui prend la relève. L'affection somatique peut être pensée comme le bouclier de l'esprit face à des dommages psychiques provoqués par des vécus mortifères à savoir des **vécus d'insécurité**.

La place du corps

Rappelons aussi que le corps est le médiateur entre l'intimité du moi et l'extériorité du monde. L'image du corps est structurante pour l'identité de la personne et pour l'avènement de la subjectivité et de ses repères. Le soi trouve son ancrage dans son propre corps. Dès lors, le réel du corps modifié tend à mettre la personne âgée devant un miroir brisé³ ou le corps propre n'est plus reconnu comme propre à soi, où soi n'est plus soi. **Le regard de l'autre porte atteinte à l'intégrité et à la sécurité psychique** : Existerais-je encore pour l'autre et avec l'autre, puis-je toujours en être aimé ? La subjectivité est ébranlée par l'atteinte du corps réel. **On se retrouve sans protection**.

Dans cette atteinte identitaire, le corps peut être perçu comme dangereux, globalement mauvais méritant d'être détruit, relayé par les projections et les messages de la société. Un corps qu'on ne montre pas, qu'on ne touche pas, un corps non désiré et de ce fait non désirant.

Le corps peut être aussi le lieu de la douleur, à différencier de la souffrance qui est quant à elle un affect ouvert sur la pensée, indexé à une représentation remémorable. A l'instar de grands brûlés ou accidentés, la personne âgée, en proie à des douleurs intenses, chroniques ou permanentes, sera amenée à faire en sorte que la réalité physique insupportable ne vienne pas contaminer la vie psychique. Celle-ci est comme mise « en repos surveillé » de manière à garder étanche les frontières entre le dedans et le dehors. Le prix à payer est lourd : « désaffectibilité », mise en veille des fonctions cognitives et manière très régressive de se rapporter à autrui. Mais la personne âgée pourra-t-elle restée sauve psychiquement dans l'isolement et l'évitement ?

Il s'agit d'une rupture entre l'environnement du « dedans » et l'environnement du « dehors ». Toutefois, l'opposition sujet-environnement n'est pas aussi catégorique, « nous pouvons mettre en question l'existence en soi d'un environnement qui serait pure extériorité »⁴. L'environnement n'est pas uniquement ce qui nous entoure mais aussi ce qui est conservé en nous de ces qualités antérieurement éprouvées. Chaque perte de la vieillesse n'est perte que par le fait qu'une partie de soi est aussi perdue. La personne âgée est ainsi « un adulte en voie de réduction, mais surtout menacé d'expropriation quand l'écoulement du temps hypothèque le futur »⁵.

Temps individuel, temps collectif

Et nulle existence n'échappe au temps. Mais une tendance fréquente du sujet âgé est de désinvestir le temps successif en se fixant sur des représentations sécurisantes pour le narcissisme. Très souvent, la personne âgée vit plus repliée vers l'intérieur et dans un temps ralenti parfois même suspendu (jusqu'à l'atemporalité de la démence

et du délire) afin d'éviter les sentiments douloureux d'inutilité du temps présent et d'ennui, de raviver les souvenirs de plaisir et donc sécurisants du passé et de résoudre des conflits non résolus en exprimant des émotions.

Les proches et les soignants, quant à eux, vivent plus à l'extérieur dans un temps rapide et stressé. Ils doivent penser, être productifs, respecter des horaires, se conformer aux règles de la société afin de devenir « quelqu'un » et réussir.

Selon E. Goldbeter⁶, la famille/l'institution est un système humain qui a son propre rapport au temps. Le temps familial ou institutionnel est la résultante des temps individuels de chacun de ses membres. En fonction de leur étape de vie, de leur rapport singulier au temps (ralenti ou accéléré, centré sur l'intérieur ou l'extérieur), les membres vivront le temps familial/institutionnel comme synchrone ou non avec leur temps individuel. Ainsi, il peut arriver que les différents temps des individus n'arrivent pas à se coordonner. L'écart entre ces rapports aux temps génère de l'insécurité dans la mesure où la personne âgée ne retrouve pas sa place au sein de son environnement. Le paradoxe s'amplifie encore quand, par manque de temps, l'entourage ne valide pas le vécu de ses aînés alors que tout autour d'eux leur rappelle leur passivité, leur dépendance, leur corps vieillissant et abîmé.

Lieu de toutes les pertes et de toutes les insécurités, le grand âge est bel et bien une période critique, le dernier « carrefour existentiel » où la personne doit consolider ou reconstruire une « place sûre ».

Se sentir d'abord sécurisé

Chaque perte occasionne une détérioration, voire une perte du sentiment de sécurité et donc l'altération de ce que E. Bardot appelle la « place sûre », rempart de notre narcissisme. Celle-ci est composée de trois sentiments : le sentiment de sécurité par rapport à soi-même (corps, performances, apparence...), le sentiment de sécurité par rapport à l'autre (regard, besoin d'être aimé, reconnu, protégé, validé...) et le sentiment de sécurité par rapport à l'environnement (lieu de vie, image dans

la société, rapport au temps, mode...).

Il est évident que l'histoire de vie de la personne âgée influe sur la qualité de la « place sûre » avant les pertes contemporaines au vieillissement.

La dépression telle que nous l'avons survolée est l'expression d'une fragilité de la « place sûre », l'un ou l'autre des sentiments de sécurité se retrouve défaillant voir absent.

De plus, le tableau clinique de la dépression est souvent considéré comme l'apanage de la vieillesse. Tristesse, diminution de l'intérêt, perte de plaisir, perte d'appétit, troubles du sommeil, ralentissement psychomoteur, fatigue ou perte d'énergie, sentiment de dévalorisation ou culpabilité inappropriée, diminution de l'aptitude à penser ou à se concentrer, idéation de mort et suicidaire, somatisations et douleurs, irritabilité, agressivité et confusion, sont alors banalisés et exclus d'une démarche préventive ou thérapeutique. La personne âgée n'est pas validée dans ce qu'elle vit, la « place sûre » est alors altérée massivement par l'attaque des trois sentiments de sécurité simultanément (Ce que je ressens est-il correct ? L'autre est-il là pour moi ? Quelle est ma légitimité dans mon environnement ?).

A présent, on peut se poser la question suivante : Que se passe-t-il quand les trois sentiments de sécurité sont détériorés, désintégrant la « place sûre » ? Le narcissisme devenu vulnérable subit une attaque massive apparentée au trauma. C'est dans ce contexte que le syndrome de glissement du vieillard peut, selon moi, être pensé.

Syndrome de glissement

P. Charazac⁷ aborde le syndrome de glissement dans le chapitre de l'angoisse. B. Cadec⁸ n'hésite pas quant à lui à faire le parallèle entre glissement et hospitalisme. Le syndrome de glissement s'inscrit donc dans un contexte de fragilité psychique relevant de la dépression mais est d'avantage l'expression de l'angoisse du sujet, angoisse envahissante et archaïque, celle de l'annihilation du Moi. Les blocages psychiques peuvent s'inscrire dans le corps, le sujet s'aban-



donne, le corps l'abandonne à son tour.

Le syndrome de glissement (SDG) s'apparente à un naufrage de l'individu qui se laisse mourir. Il s'agit dès lors d'un équivalent suicidaire, ce qui laisse à penser que tout autre acte suicidaire pourrait être compris comme une défaillance de « la place sûre ».

Concrètement, il s'agit d'une personne âgée qui, suite à un facteur déclenchant, présente brutalement une altération massive de l'état général assortie d'une opposition aux soins et d'une volonté de mourir. La personne semble refuser consciemment de continuer à vivre. Bien entendu, il faut écarter tout diagnostic de type démentiel ou maladie somatique. Rappelons encore qu'il n'y a pas, dans le cas d'un syndrome de glissement, d'auto-agression violente et/ou de tentative de suicide brutale.

Je rencontre Mr René il y a quelques mois pour la première fois à son domicile. Il a 88 ans et consulte sur recommandation de son médecin traitant. Il est déprimé et anxieux suite au cambriolage de son domicile pendant les fêtes de fin d'année (perte du sentiment de sécurité par rapport au contexte).

Mr René vit en couple avec son compagnon depuis environ 30 ans et semble très heureux en amour. Il était coiffeur mais surtout faisait du théâtre et de l'opérette dans une troupe amateur. Aujourd'hui, Mr René est fort ralenti par son corps vieilli et très dérangé par la sonde urinaire qu'il porte en permanence (perte du sentiment de sécurité par rapport à soi-même).

Nous nous rencontrons régulièrement et Mr René me parle beaucoup de sa relation à son compagnon, véritable bouée de sauvetage pour lui. Il a très peur des voleurs mais encore plus de se dégrader et de devoir entrer en maison de repos si son compagnon « ne voulait plus de lui ». Néanmoins, une amélioration thymique⁹ s'installe, il investit davantage les quelques relations encore existantes, sort manger au « lunch garden », et un lien thérapeutique très gratifiant pour nous deux grandit également. Et puis un mardi matin, il me dit vouloir mourir, en avoir assez de la vie, que c'est trop dur

d'être vieux. Il est très en colère. Ce discours est associé à des plaintes somatiques, sa peau est irritée, une plaie est apparue, son ventre est gonflé et douloureux... il m'inquiète et je lui demande de prendre contact avec son médecin avant notre prochaine rencontre. Il n'en aura pas le temps. Mr René fait une chute et se casse les deux hanches, sombre ensuite dans une confusion importante et agresse les soignants qui tentent de lui apporter des soins.

Mr René abandonne. Pourquoi ? Je cherche dans les derniers événements ce qui m'a échappé et a, à ce point, sécurisé mon patient. Dans un premier temps, je ne comprends pas, puis je relis mes notes. Peu de temps avant ce glissement, il me parle de la panne de la machine à laver, ce qui occupe une bonne partie de notre séance. Son compagnon a du alors faire ses lessives (protections urinaires, bandes pour les varices...) à la main. Mr René me dira, « Combien de temps le fera-t-il ? Je ne veux pas entrer en maison de repos » (perte du sentiment de sécurité par rapport à l'autre). Mr René se retrouve sans place sûre.

Un syndrome de glissement est donc le résultat de la défaillance complète de la « place sûre », le plus souvent par la perte du dernier sentiment de sécurité, les deux autres ayant déjà été abîmés ou perdus. Le sentiment que le « monde » n'est plus sécurisé entraîne alors un danger narcissique insupportable et provoque une désorganisation subjective et psychosomatique. La perte de protection est la mort sociale et est probablement plus intolérable que la mort physique ou mentale.

Le SDG est donc une sorte « d'entre deux », entre un avant sécurisé et connu, et un après à construire. Traverser cet « entre-deux » implique un risque, celui de lâcher le connu pour se diriger vers l'inconnu vécu comme dangereux. Ce voyage est impossible sans équipement narcissique (nouveau sentiment de sécurité) et souvent, la fuite, la mort est vécue comme préférable et même comme unique réponse possible.

Quels chiffres ?

3,5 à 4% des vieillards, sans prédominance de sexe, hospitalisés en moyens et longs séjours, présenteraient un tel syndrome. Il m'apparaît évident que ce chiffre est très en dessous de la réalité car il ne tient pas compte des personnes âgées en maison de repos et à domicile.

Le mode d'installation se fait en deux temps. Un facteur déclenchant (somatique ou psychologique) et un intervalle libre durant lequel l'évènement initial semble guéri ou stabilisé. Le délai d'apparition ne semble pas excéder un mois mais aucune précision quant à la durée minimale n'a été retrouvée dans la littérature.

Le tableau clinique associe la triade symptomatique suivante : anorexie et adipsie, troubles sphinctériens (urinaires et rectaux) et troubles du comportement (thymiques, sociaux, et confusionnels).

L'évolution est sombre (sorte d'effet domino dans les complications somatiques et liées à l'immobilisation: déshydratation, diminution de la pression artérielle, escarres, infections...) avec un pic de décès (un cas sur 2) entre 8 jours et un mois. Toutefois, au-delà d'un mois, la guérison peut encore être obtenue mais elle est fragile, la récurrence est fréquente (30%). Les traitements sont alors prolongés et la menace de la lassitude plane ainsi que le problème de l'acharnement thérapeutique. 10% des personnes survivent à un an.

Dès lors, plus la prise en charge est précoce, plus l'évolution est favorable. La guérison est marquée par la reprise spontanée de l'alimentation et de la boisson, et par la reprise progressive d'une communication avec les soignants et l'entourage.

On identifie très souvent comme **facteur déclenchant** une maladie aiguë, un traumatisme, une infection, une fracture, une intervention chirurgicale, un choc psychique tel que le décès d'un proche, l'abandon du domicile, une hospitalisation.

Cette manière de voir les choses ne rend pas compte de nombreux cas de SDG ou la

personne se laisse glisser suite à un petit évènement, parfois anodin à nos yeux, voire passant totalement inaperçu.

Mme Jeanne est hospitalisée pour déshydratation à 88 ans (perte du sentiment de sécurité par rapport au contexte et par rapport à soi-même). Avant cela, elle vivait de manière tout à fait autonome à son domicile sans aide professionnelle, mais très soutenue par l'une de ces petites filles. A l'hôpital, Mme Jeanne reprend des forces et parle de sortie avec cette dernière. Un conflit familial ancien et complexe amène une deuxième petite fille (la sœur) à régenter la situation, optant pour un séjour en revalidation près de chez elle. La petite fille sécurisante pour Mme Jeanne est mise à l'écart, même par le personnel soignant, sur consigne de sa sœur (perte du sentiment de sécurité par rapport à l'autre). Mme Jeanne décline alors rapidement de manière effrayante, arrache les perfusions, les aides respiratoires et décède moins de 15 jours après son entrée dans le service de revalidation.

Mme Marie entre en maison de repos suite à la mort de sa mère avec laquelle elle a toujours vécu. Elle s'en est occupée jusqu'aux derniers moments et se vante d'avoir toujours bien tenu sa maison, comme sa maman le lui avait appris. Dans la maison de repos, pendant plus d'un an, Mme Marie fait les courses de ses voisines, a toujours le mot gentil pour chacun et met un point d'honneur à entretenir elle-même sa chambre, décorée de nombreux objets et bibelots. Jusqu'au jour où, suite à une gastro-entérite l'ayant alitée, la responsable du personnel d'entretien lui demande d'enlever ces objets pour faciliter le ménage qu'elle ne peut plus faire. Mme Marie enlève ses bibelots et décède dans la semaine.

Quelle place pour l'intervenant ?

Il est humain d'être effrayé par un syndrome de glissement, envahi par notre sentiment d'impuissance et, en miroir avec la personne âgée, de glisser dans la fuite et l'évitement. Dans le parallélisme fait avec l'hospitalisme, Cadec décrit trois

phases, après la période critique et la perte irréversible des liens affectifs : la révolte et la colère, la tentative d'adaptation et enfin la détresse et le marasme. Cette approche comparative est riche car elle permet de suivre le déroulement du SDG et d'intervenir ou tenter d'intervenir aux moments opportuns et comprendre le sens de ces comportements tantôt violents, tantôt muets.

Notre rôle en tant qu'intervenant est très simplement et très humainement d'être là pour inviter la personne à s'impliquer à nouveau dans une dynamique intersubjective. Être là au sens de Winnicott mais aussi au sens Lacanien. Reconnaître l'existence de l'autre, sa place, permet de dire à la personne âgée qu'une traversée de l'entre-deux est pensée par l'autre comme possible.

Je demande au compagnon de Mr René d'être présent, même les jours où il est confus, et d'apporter dans sa chambre des objets auxquels il tient. Je lui rends visite à l'hôpital et lui dit que je me suis beaucoup inquiétée et que j'ai beaucoup pensé à lui. « Ha bon », me dit-il... Plus tard dans la rencontre, je lui demande s'il veut s'accrocher ? « Pourquoi pas ? », me répond-t-il alors. C'est une petite victoire. Mr René se rétablit aussi vite qu'il ne s'était dégradé, il va volontiers à la kiné et à l'ergo. Lors de ma deuxième visite, il est rayonnant aux côtés de son compagnon et des fleurs artificielles de sa grand-mère posées sur sa table de nuit. Il me demande si je lui rendrai encore visite à son domicile. Bien sûr... Il me raconte ensuite qu'à la kiné, on sait qu'il était chanteur, alors on lui demande de chanter. « Alors, je chante, c'est quand même mieux que de mourir ! »

En respectant le rythme, les émotions et l'intimité de la personne âgée, nous devons tout mettre en œuvre pour faire alliance avec elle et comprendre de quoi elle a besoin, dans l'ici et le maintenant, pour se sentir à nouveau en sécurité. Être dans le contact par la parole, le regard et le toucher afin de faire l'expérience ensemble d'une relation sécurisée dans un rapport interpersonnel vrai où

l'on va élaborer ce qui est éprouvé afin de prévenir le risque que la personne s'abandonne ou continue à s'abandonner.



Sylvie Gérard

Reconstruire ou consolider une « place sûre » pour la personne âgée demande de prendre plaisir à l'accompagner et de se questionner à tout moment, bien avant la dépression, les idées suicidaires ou le syndrome de glissement, sur cette personne que j'accompagne et surtout sur ce qui la sécurise.

Enfin, le plus grand danger serait de croire que l'on n'est pas compétent. Valider, faire alliance, toucher, regarder, exprimer à la personne âgée qu'elle est aimable et aimée et qu'elle fait partie d'un groupe social relève simplement de notre humanité. ●

¹ Voir réf. biblio. 27.

² Voir réf. biblio. 27.

³ Voir réf. biblio. 32.

⁴ Voir réf. biblio. 24.

⁵ Voir réf. biblio. 27.

⁶ Voir réf. biblio. 20.

⁷ Voir réf. biblio. 10.

⁸ Voir réf. biblio. 9.

⁹ Qui concerne l'humeur.



Il suffira d'une étincelle ?

C'est à une rencontre que nous sommes conviés. Un rendez-vous avec Sarah, Emilie et Pierre. Ce qui les lie ? C'est un fil, presque imperceptible, sur lequel ils se croisent, parfois, un point d'intersection où il est permis de rire et de s'interroger sur le sens de la vie et sur la manière de l'appréhender, de la modifier voire peut-être de la quitter.

Peut-on parler de la vie, de la mort et de ce qui, entre les deux, nous ramène à l'essentiel de nos parcours de vie ? Un parcours à poursuivre, construire, même en fin de vie ... Bien sûr, pour autant que l'on trouve, en soi et autour de soi, l'appui nécessaire.

Rencontre et échanges entre **Sarah** et **Emilie**, résidentes en MRS à Spa
Pierre GOBIET, psychologue au SSM de Malmedy
et **Sylvie GERARD**, IWSM

Propos mis en forme par **Sylvie GERARD**, IWSM

Un univers...

Les couloirs des maisons de repos et des hôpitaux me font souvent penser à des boulevards qui desservent leur lot d'habitations, bien alignées, rangées, ouvertes sur le monde. Le monde de l'institution. Un monde dans le monde qui a son propre rythme, son mode de fonctionnement, sa culture, sa vie intra-muros. Tout y est condensé, parfois sur quelques mètres carrés.

Lorsque l'on franchit le seuil d'une chambre, on entre dans un autre univers : on est invité dans une vie à la fois chargée et privée de son histoire, de son intimité. Il y a des cadres, des photos que l'on a amenés pour rendre le lieu familier mais cela reste avant tout fonctionnel. N'est-ce pas ce qui en est attendu ? Se réassurer d'abord dans ses besoins premiers ? C'est le rôle des médecins, des infirmiers, de la structure.

Sans doute est-ce apaisant pour autant que l'on reste maître du jeu, ne serait-ce qu'en confiant « sa vie » - partiellement ou momentanément ? - aux professionnels de l'aide et du soins. Effrayant peut-être aussi, parce que l'arrêt obligé de ce qui était jusque là mené doit être aussi pensé, modelé, projeté. Et c'est un autre registre qui s'ouvre sur des questions, cette fois, subjectives, fluctuantes, parfois contradictoires.

Une rencontre

Me voilà donc à Spa, ce matin, dans une maison de repos et de soins qui est aussi un centre de réhabilitation. J'y ai rendez-vous avec deux dames, profondément belles. Je ne le sais pas encore mais je le pressens par ce qui m'en a été dit.

La première, que nous appellerons Sarah, a plus de 80 ans. Elle est aphasique et hémiplegique des suites d'une thrombose. C'est ce qui explique sa présence dans l'institution. Ce qui me frappe d'emblée, c'est son élégance, dans son maintien et dans l'accueil qu'elle nous réserve, mais aussi ses yeux et sa complicité avec l'homme qui nous a présentés. Lui, c'est Pierre, psychologue au Centre de guidance de Malmédy¹. Un service qui a une mission spécifique dans l'aide et le soutien aux personnes âgées. Son travail se vit sur le terrain, là où réside la personne âgée, que ce soit au domicile ou en institution.

« Les Heures Claires² » ont fait appel à ses services dans le cadre d'une demande d'euthanasie active. « Sarah peut légalement y prétendre, mais c'est une femme qui a beaucoup de ressources » explique-t-il. « Elle est aussi entourée par ses enfants, ses petits enfants. C'est difficile pour eux... Il a été question à un moment donné

d'envisager un retour à domicile auprès de son compagnon. C'est en questionnement pour l'instant. Quel projet construire ? Soutenir ? Est-ce qu'elle veut aller au bout de sa demande d'euthanasie ou traverse-t-elle un épisode dépressif passager ? Je suis là pour en parler avec elle, j'en discute avec la famille. Nous en sommes là ».

Ce qui se donne à partager

L'élégance, le regard et la complicité... Le fil rouge de la rencontre est là. Les questions de vie, de mort, de souffrance, de désir, la réflexion sur la vieillesse que je l'invite à partager donnent à s'échanger pour l'essentiel dans les non-dits, souvent plus éloquents que les « Oh, vous savez, moi... », parce qu'ils témoignent d'allers retours incessants des sentiments où la colère côtoie parfois dans le même instant la tristesse, l'amour et le doute le plus prégnant.

L'élégance... Sarah est une femme et elle sait y faire ! Son séjour en institution réduit certes le mode de vie assez bourgeois dont elle est issue mais elle en garde un certain raffinement et même un raffinement certain. C'est donc une dame apprêtée, avec goût, sans fausses notes, qui nous accueille. Ce n'est pas trop, trop peu, c'est elle, ça se sent. Du bout des ongles aux chaussons feutrés, son corps refuse l'anonymat du peignoir, même si aucune sortie n'est à l'ordre du jour. On a beau passer du lit au fauteuil, ce n'est pas le corps en partie paralysé qui prend le dessus, mais la femme... En tout cas, là maintenant. J'imagine l'énergie nécessaire à cela, le combat. J'y ressens une force, un élan vital que ses yeux parfois questionnent, lorsqu'ils se perdent dans le vide, par-delà l'horizon, lorsqu'il est difficile, parfois impossible, de se faire comprendre, lorsque le doute prend le dessus. J'entends que la vie, comme elle se présente là, n'est pas une vie, parce que

le conjoint, les enfants, petits-enfants sont dehors, parce qu'il en coûte d'être dépendant, voire d'être un poids pour l'autre, parce que l'élégance même préservée ne se déploie plus dans les mêmes mouvements, avec la même liberté. Les yeux se font plus lourds, les épaules et les bras aussi... Les silences, non. Ils sont nécessaires comme une respiration. Nous sommes trois à respirer avant que les regards ne se croisent à nouveau et que quelque chose se passe. L'étincelle est là, le rire émerge.

Pierre : *Votre vie est difficile...*

Alors, quand je viens, on rigole.

Sarah : *Oh oui, c'est bien ! Il est sot !*

Entre nous

Je pense au mouvement de l'équilibriste qui symbolise pour moi la santé mentale. C'est tout à fait cela. Sarah et Pierre avancent sur un fil, fragile et solide à la fois, et ils s'y rencontrent. Sans vaciller même si, tout autour, il est admis de perdre pied.

Sarah : *Ma vie, c'est du lit au fauteuil, ce n'est que ça. Ce n'est pas drôle. Mais il faut.*

Je ne sais rien faire, c'est dur...

Sylvie : *Vous aimeriez retourner chez vous ?*

Sarah approuve de la tête.

C'est difficile pour moi de changer...

Pierre : *Les envies de vie, de mort, cela va dans les deux sens pour vous ?*

Sarah : *C'est vrai...*

Les gestes appuient les mots devenus indistincts. Pierre : *Ca vous met en colère quand que les mots ne sortent pas dans le bon ordre ! ... Nous avons un pacte, Sarah et moi. Quand je ne comprends pas ce qu'elle m'explique, je lui dit : Je ne comprends rien du tout et je ris, on rit.*

Entre eux, aucun malaise. Je ressens tout le bien que ce professionnel, cet homme, lui procure. Une humanité et une réelle complicité.

Parce que sa présence est pleine, riche, sans faux discours, Sarah vit entièrement ce qui se joue là. Et ce n'est pas rien, même si personne ne sait ce qu'il en sera demain.

Mon âge ? Mais la vie n'a pas d'âge !

Autre étage, autre chambre, autre vie marquée par un accident vasculaire cérébral. Emilie a frôlé la mort. Lorsqu'elle sort du coma, c'est le gouffre qu'elle symbolise par cet instant très précis où on l'interroge : Quel âge avez-vous ?

Pourquoi lui dit-on qu'elle est septuagénaire alors qu'elle pense avoir 50 ans ?

Mais oui, je ne me rappelle plus avoir fêté mes 70 ans, je ne les ai sûrement pas fêtés, je m'en souviendrais !

La seule évocation de la vieillesse ravive le feu. Car c'est une femme flamboyante, Emilie.

Quand je me vois nue aujourd'hui, je ne me trouve pas âgée !

Comment peut-on vieillir, c'est impossible !

Vous n'avez pas d'âge ou vous avez tous les âges ? demande Pierre.

Mais dans ma tête, j'ai 20 ans !

Je ne comprends pas pourquoi ce n'est pas possible.

A 15- 20 ans, on a un élan de vie !

Sylvie : *On ne peut pas en avoir plus âgé ? A 70 ans, on ne peut plus s'enthousiasmer ?*

Emilie : *Mais pourquoi ils ne le font pas alors ??*

Quand il pleut et que j'entends les gens³ se lamenter, je ne comprends pas. Ils ne sortent même pas ! Moi, je pense aux bourgeons, à la terre mouillée, je trouve ça merveilleux ! Vieillir c'est impossible. Quelle horreur de découvrir mon âge alors que je pensais avoir 50 ans ! Je me suis dit que c'était le moment de demander de l'aide. Je n'aurais jamais pensé devoir le faire. Mais j'étais en chute libre avec des idées noires.

Le sens de la vie pour vous, c'est quoi ? Poursuit Pierre.

C'est là, répond Emilie, en tapant du poing sur le cœur ! Tout vient de là, même mes problèmes de santé.

Je ne me souviens pas d'un jour où je ne me suis pas enthousiasmée d'un être humain. Du moment qu'il y a du respect...

Je ne suis pas avare de sympathie mais ici, c'était

le trou noir. J'étais clouée au lit et je n'entendais que des bêtises.

Vous m'avez apporté beaucoup avec votre gentillesse, votre humour...

S'émerveiller encore

Emilie aime la vie dans ses couleurs, ses tonalités, ses odeurs. Une vie en trompe l'œil, elle qui a baigné dans le milieu artistique fait de créations en tout genre : des décors de théâtre aux tableaux en passant par les vêtements où chaque matière, chaque tissu est senti, respiré.

Pierre : *Je me rappelle la première fois que je suis entré dans votre chambre, vous m'avez demandé de ne pas bouger parce que la lumière était belle et que vous vouliez la contempler.*

Emilie : *Les gens ici ne la voient pas, ils ne voient plus la lumière. Regardez comme j'ai de la chance ! Ici, de mon lit, je vois le soleil qui se couche.*

La vieillesse pour Emilie est une cécité, une perte des sens qui ne permet plus d'être au monde et de s'en réjouir.

Moi, je n'ai jamais arrêté de travailler.

Le trou noir, c'est l'immobilisme ici.

Pas question donc de se laisser aller, un projet se profile, soutenu par le psychologue, pour retrouver, dès la fin de sa convalescence, son atelier d'artiste quitte à déménager pour se ménager. Un projet d'exposition aussi.

La mort ? Non, je ne la redoute pas.

Si je peux être au pied d'un arbre et nourrir ses racines.

Lui donner le goût, la saveur de la vie...

Le sens de la vie ? ●

¹ Voir à ce sujet l'article en page 40.

² Nom de l'institution.

³ Elle évoque des personnes âgées notamment présentes dans l'institution.



Santé mentale des (très) âgés : Où en sont les services de santé mentale ?

L'accompagnement des personnes âgées, et, en particulier, des plus âgées d'entre elles, par les services de santé mentale continue de poser de nombreuses questions. Certains pourtant s'y essaient et l'expérience est enrichissante... et concluante !

Pierre GOBIET¹

Psychologue, Coordinateur de la Mission Spécifique « Personnes Âgées »
Centre de guidance de Malmédy

En 2003 à la suite des réflexions d'un groupe de travail « Personnes âgées et santé mentale », l'IWSM publiait un livre blanc intitulé « L'Accueil de la personne âgée en santé mentale² », reprenant, notamment à destination des autorités compétentes, les difficultés inhérentes à ce type de travail, les initiatives prises par certains Services de Santé Mentale (SSM) dans l'accompagnement de la santé mentale des personnes âgées, ainsi que quelques pistes qui semblaient pertinentes pour en promouvoir le développement.

Quelques changements importants sont intervenus depuis et permettent d'espérer, à terme, une meilleure prise en compte de cette problématique.

Tout d'abord, trois SSM ont obtenu de la Région wallonne la reconnaissance d'une « Mission spécifique personnes âgées³ », pérennisant ainsi un travail accompli depuis longtemps en ambulatoire avec les aînés de leurs secteurs respectifs. Cette reconnaissance s'est avérée essentielle pour ces trois centres qui, non seulement sont en mesure d'assurer un travail de proximité et de terrain auprès des personnes âgées, mais développent aussi des initiatives visant à soutenir l'émergence de cette culture et de cette pratique dans d'autres SSM.

Dans les autres centres, la question de la santé mentale des « personnes âgées » fait l'objet de prises de conscience et de questionnements qui ne sont plus figés, comme il y a eu

encore, par des constats déterministes : « *Nous ne refusons pas les personnes âgées, mais nous n'avons que très peu de demandes* », « *Nous avons déjà des listes d'attentes avec les enfants et les adultes ...* », « *Nous n'avons pas la formation particulière qui permettrait d'entreprendre ce travail ...* », etc. Ces constats ne court-circuitent plus la réflexion : désormais, nombreux sont les SSM à s'apercevoir que les personnes âgées ne sont en fait que des adultes parmi d'autres adultes, des adultes plus âgés, certes, mais des sujets adultes à part entière, questionnés pas des problématiques tout compte fait assez ordinaires ou habituelles dans le champ de la santé mentale,

comme le sens de la vie (et donc aussi de la fin de vie), la solitude ou l'isolement, le désir de s'appartenir et de rester acteur de sa vie, les moments dépressifs, la vie, la mort, l'amour...

Voir les personnes âgées d'abord comme des adultes ordinaires, avant de les stigmatiser dans leur âge et dans leur grand âge, voilà sans doute ce qui est en frémissement dans la prise de conscience collective : La trilogie « enfants-adultes-personnes âgées » laissait sous-entendre que ces dernières n'étaient plus vraiment des adultes à part entière. Ils sont de plus en plus nombreux, les adultes âgés d'aujourd'hui, à souhaiter que soit prise en compte leur santé mentale, et pas uniquement leur capital de santé physique ou leurs loisirs.

Cette prise de conscience dans les services laisse augurer des modifications concrètes dans le dispositif de prises en charge : plusieurs centres



Sylvie Gérard

Man Congeorges

entement un cycle de formation dans l'accompagnement des problématiques liées au vieillissement. L'intérêt particulier, porté par certains professionnels dans les équipes, motive les changements et l'ouverture vers les personnes âgées. Dans le réseau, les services d'aide ambulatoire (entre autres les services d'aides familiales et leurs responsables de secteurs, les médecins généralistes, ...) ou résidentielle (maison de repos, médecins coordinateurs...) prennent aussi conscience des potentialités des services de santé mentale : l'offre et la demande commencent à s'articuler et l'expertise des missions spécifiques en ce domaine est souvent sollicitée.

Du côté des centres, il reste du chemin à parcourir pour que les personnes âgées aient réellement accès aux soins de santé mentale ambulatoires, et bien des aprioris à traverser. L'un d'entre eux consiste à croire qu'un travail psychothérapeutique réel est impossible à un âge avancé : « *Les carottes sont cuites à cet âge là !* » ai-je entendu dire plus d'une fois. Tout cela participe d'une méconnaissance de la vie psychique des personnes âgées et de leurs aspirations profondes, y compris et peut-être même surtout en fin de vie. Qu'il suffise ici de rappeler le travail intensif à l'œuvre dans les pulsions de vie et les pulsions de mort dans le grand âge, le désir puissant de réassumer sa vie, de lui donner sens en la revisitant dans ce qu'elle a eu d'essentiel, la définition de nouvelles entités nosologiques comme le syndrome de glissement, etc.

L'évolution se fait aussi naturellement : beaucoup de personnes qui consultaient les SSM il y a dix ou quinze ans sont aujourd'hui des adultes âgés, voire très âgés, et l'on peut de moins en moins affirmer qu'ils n'ont pas la culture de la consultation psychologique. Il est intéressant de constater, à cet égard, la symétrie que l'on peut observer avec les équipes mises en place depuis longtemps dans les SSM, et donc elles aussi vieillissantes... Les intervenants psycho-sociaux, dont un grand nombre appartient à la génération du baby-boom, sont de plus en plus concernés, dans leur trajectoire personnelle, par les thématiques liées au

vieillesse. On peut sans doute penser que l'intérêt qu'ils commencent à porter à ces questions dans leur travail n'est pas tout à fait étranger à leur devenir personnel...

Cependant, si dans les SSM la prise en compte des problématiques liées aux « seniors » et au « 3^{ème} âge » semble progresser, celle du grand âge et du très grand âge reste cependant encore largement ignorée : en dehors de la question du deuil (notamment la perte d'un parent âgé), les problématiques de fin de vie, et à fortiori l'approche de la mort restent encore peu abordées par les services de santé mentale.

Pourtant, les missions des plates-formes de soins palliatifs ont été redéfinies récemment : elles doivent « *assurer l'accueil et proposer un accompagnement de courte durée (3 séances maximum) pour les patients et leurs familles, en réorientant ensuite le bénéficiaire de ce suivi auprès d'un acteur de première ligne, dont notamment les services de santé mentale agréés par la Région wallonne* »¹. Plus généralement, penser et élaborer la fin de vie, dans une dynamique plus générale que strictement palliative, est un travail majeur du grand âge. Les grands vieillards, que l'on voit pourtant comme désœuvrés et passifs, sont en réalité très activement occupés par l'élaboration de cette question, même si cette activité intense se développe tout en intériorité, donc peu perceptible à qui n'y prête pas attention. Selon les trajectoires de vie personnelles, les ressources psychiques disponibles, les personnalités individuelles, ce travail essentiel est plus ou moins complexe, source de paix intérieure ou d'angoisses massives.

Contrairement à une idée reçue, les personnes âgées sont très demandeuses d'être accompagnées dans l'élaboration de ces questions, pour peu bien entendu que l'offre de soins soit amé-



nagée et adaptée à leurs conditions de vie. Mais c'est là toute la question de l'articulation de l'offre et de la demande, et des nécessaires adaptations des outils d'accompagnement des sujets âgés et très âgés. Je citerai, parmi d'autres, les déplacements sur les lieux de vie (domicile et/ou maisons de repos), le cadrage du travail psychothérapeutique à domicile (donc sur des territoires d'intimité), l'accompagnement et le soutien psychologique des aidants proches, la concertation avec les intervenants du domicile et du résidentiel.

Les perspectives sont là, prêtes à être développées pour peu qu'on s'y aèle, et si, dans les équipes, se manifestent des volontés individuelles d'aller vers le sujet âgé.

Dans cette idée, je souhaiterais, dans un avenir plus ou moins proche, avec l'appui de l'IWSM, pouvoir redonner forme au groupe de réflexions « Personnes âgées et santé mentale ». Il pourrait notamment, parmi d'autres objectifs, servir d'interface entre des équipes qui démarrent un projet avec les personnes âgées et celles qui ont déjà acquis une expertise à ce sujet... C'est en perspective. ●

¹ A lire aussi, son article : *Désirs de vieux, vieux désirs ?* Publié dans Confluences n°8 Vieillir aujourd'hui, décembre 2004, consultable en ligne sur www.iwsm.be.

² Voir réf. biblio. 1.

³ Les trois missions spécifiques P.A. sont : « A.N.A. », à Namur ; « Samravi » à Louvain-la-Neuve et la mission spécifique du Centre de guidance de Malmédy.

⁴ Missions décrétales des Plates-formes de soins palliatifs, 2008.



Démences et suicide

Comment comprendre ? Comment agir ?

La maladie d'Alzheimer hante les esprits. Dans les représentations et croyances populaires, elle constitue le « fourre-tout » des maux et dégradations dus au vieillissement. Les faits divers dramatiques relatés par les médias nourrissent les peurs et craintes traditionnelles et incitent des suspicions jusqu'à l'autodiagnostic d'une maladie démentielle. Et même si l'évolution de la maladie d'Alzheimer, semble mieux connue de la majorité des personnes concernées, l'idée de devenir un fardeau pour les autres et de perdre son autonomie pourrait pousser un nombre insoupçonné de personnes au suicide¹. Apporter des informations précises et claires pour combattre les méconnaissances et trouver de l'aide, favoriser l'écoute et la rencontre pour briser le tabou et la solitude, tels sont les objectifs de la Ligue Alzheimer ASBL.

Sabine HENRY²

Présidente de la Ligue Alzheimer ASBL

Un contexte

Quand se rajoute au vieillissement normal une maladie démentielle, la valeur de la personne semble amoindrie et la perspective de poursuivre sa vie paraît, pour certains, insupportable, insensée, inutile.

La démence de type Alzheimer (DTA) a de multiples visages. En fonction du contexte social, du milieu de vie, de la constitution physique, de l'avancement dans la maladie, des liens interpersonnels (relations et communications) et des moyens disponibles, elle prendra une coloration différente et chaque fois personnelle.

Trois Personnes au moins sont impliquées dans ce cheminement forcé de pertes et de deuils que d'aucuns appellent la mort sociale : le Patient, les Proches et les Professionnels de soins.

L'annonce du diagnostic probable (60 % des médecins s'abstiennent de le faire)³, les incertitudes quant à l'avenir et les troubles cognitifs au stade débutant représentent une période « propice » aux tentatives de suicide des personnes atteintes de démence⁴.

La personne sera profondément fragilisée par un

manque de confiance en la solidarité familiale, sociétale ; par un déficit de réponse précise, de signe concret d'aide ; par la peur de la dépendance et la crainte de devenir un poids pour les autres. Plus tard, la perspective d'un hébergement en institution, et donc la séparation entre la personne atteinte de démence et l'aidant principal, peut aussi amener ce dernier à mettre fin à leurs deux vies⁵. La loi *droits du patient* offre la possibilité de veiller au respect de son autonomie et de son autodétermination. Il est aussi possible de nommer une personne de confiance qui représente le patient mais ces démarches sont peu connues et rarement utilisées.

Une histoire toujours personnelle

Lors de rencontres dans les Alzheimer Cafés et les Cercles de Soins⁶ ou dans le cadre d'appels téléphoniques anonymes, ce désarroi trouve à se dire :

« Maman n'est plus ma maman. Celle qui m'a élevé, dorloté, est devenue une étrangère. Est-ce que ça va durer longtemps ? Ce n'est plus une vie ! ».

« J'avais tout apprêté, le tuyau de gaz débouchait à l'intérieur de la voiture où nous étions assis tous les deux quand mon fils a téléphoné. C'était comme

un signe d'arrêter tout ».

« Papa est trop vieux pour passer les examens, à 92 ans. On va le laisser mourir tranquillement ».

Le vécu des familles et/ou des aidants naturels est intimement lié à celui de la personne dont ils prennent soins, qu'ils accompagnent. Les deux semblent inséparables. Ils forment ensemble un système qui, pour l'observateur extérieur ou l'intervenant direct, fonctionne d'après des règles plus ou moins inconnues voire étranges, utilisant des langages codés, des rituels inattendus, éloignés des valeurs de ce que la société met en avant.

La bonne mort en famille

Monsieur R. arrive à la fin de la période diagnostique et de la mise au point du traitement de la maladie d'Alzheimer dans un service spécialisé. La stabilisation de son état, de sa mémoire, de ses comportements et de son alimentation, fait naître chez ses proches l'espoir d'un retour à domicile. La question est discutée au sein de l'équipe où les avis sont partagés. Certains y voient un gain de qualité de vie possible pour le patient, d'autres présupposent un trop gros effort à fournir par la famille. In fine, et sans concertation avec les personnes concernées, l'avis du médecin-chef prévaut, et on indique à la famille l'hébergement en maison de repos et de soins spécialisée comme étant la meilleure solution. Conscient des listes d'attente, on propose la prolongation du séjour hospitalier pour permettre le repérage de cet autre lieu de vie. La famille se plie et se met à la recherche d'une institution correspondant au style de vie de Monsieur R., ancien fermier, coureur cycliste et grand fumeur. Elle découvre « l'univers des mourants », des vieux intolérants, des coûts d'hébergement inaccessibles pour ces indépendants, bref, un monde à part et pas le leur.

Devant cette expérience malheureuse, l'ensemble de la famille se mobilise, la concertation va bon train et aboutit, après évaluation des aides extérieures possibles, à un retour à domicile contre indication médicale, culpabilisant, angoissant certes, mais tellement plus probant dans la vision du monde partagée par Monsieur R. et les siens. Les bonnes volontés sont alors mises à rude épreuve ; un plan de garde doit être établi. Madame prend un congé sans solde. Ne conduisant pas la voiture elle-même, les fils doivent assurer les déplacements pour les visites, les courses et les sorties. La petite fille, adolescente, prend sa part de garde et propose des tours à vélo. Le beau-frère et voisin se charge de l'animation de deux après-midi par semaine. La situation se maintient mais tout le monde s'épuise. L'appel à l'aide se fait sentir ; la bouche-a-oreille fonctionne et la famille apprend la possibilité d'un accueil de jour non officiel dans une MRS « pas trop chère et à côté d'une ferme » dans la même commune. Dorénavant, Monsieur R. passera ses journées ouvrables à se rendre utile à l'extérieur. Fatigué, il dort ses nuits sans trop déranger son épouse. Tout le monde respire, reprend son rythme, le pari semble gagné. Quelques mois après, Monsieur R. prend froid en travaillant ; des complications pulmonaires apparaissent. Il meurt entouré des siens, certes affectés par sa disparition subite, mais aussi convaincus d'avoir bien fait, tout simplement.

Le deuil blanc

Les aidants familiaux vivent souvent la maladie démentielle d'un proche comme une condamnation à la souffrance sans aucune chance d'y échapper ni de choix sur son déroulement. Commence le deuil blanc où il faut apprendre à perdre la personne telle qu'elle était et l'accepter telle qu'elle devient. L'isolement social, les sentiments d'impuissance, de culpabilité et la difficulté de demander de l'aide amènent certains à la surcharge (fardeau objectif et subjectif), à l'abandon de leurs besoins propres et à l'idée extrême d'y mettre fin par suicide.

Lorsque je rencontre un aidant, je lui demande souvent : « Comment allez-vous aujourd'hui ? » Si la personne me répond : « Il/elle est agité(e) », je lui demande : « Mais vous, comment allez-vous ? » Il arrive que les proches ne sachent plus répondre en leur nom. C'est un signe potentiel d'épuisement, de dépression. Tout le monde peut être attentif à ce signe, que l'on soit ou non professionnel. Une aide extérieure s'avère alors utile pour ces personnes pour trouver des points d'appuis nécessaires.

L'apparition d'une maladie chronique permet et oblige même le regard extérieur. Elle force un positionnement moral, éthique et concret de celui ou celle qui porte ce regard. Le jugement empêche la relation égalitaire là où l'acceptation, la tolérance, faciliteront un partenariat équitable, complémentaire, au bénéfice des deux.

Demander de l'aide

L'échange d'expériences et le partage de sentiments entre aidants, proches, dans les Cercles de soins et Alzheimer Cafés, semblent atténuer cette souffrance. Le n° d'appel gratuit dans les 3 langues nationales⁷ permet l'écoute anonyme immédiate en moment de crise. La confidentialité des groupes de parole facilite le récit des moments difficiles dépassés.

Les intervenants professionnels à domicile ou en institution, en contact avec la personne atteinte de démence, portent aussi leur lot de travail, d'émotions et de questionnement sur les raisons de vivre et/ou de mourir.

Être avec une personne atteinte de démence, c'est vivre, partager avec elle l'instant présent, c'est oser parler de tout, de la vie et de la mort. C'est oser écouter ce que la personne atteinte de démence dit par rapport à la mort, au désir de mourir. C'est oser creuser, approfondir ce désir avec elle pour entendre ses attentes, sentir ses émotions et souffrances au risque de se sentir peut-être démuné, impuissant mais aussi en phase avec elle. ●

Pour assurer une réelle qualité de vie aux personnes atteintes de démence (AD) :

- ▶ Soutenir les personnes AD par un accompagnement adapté
- ▶ Favoriser une bonne qualité de vie à la personne et à ses proches
- ▶ Promouvoir une attitude respectueuse de la personne atteinte de démence
- ▶ Former les professionnels de la santé
- ▶ Développer des services adaptés aux personnes AD.

Ligue Alzheimer ASBL

✉ Montagne Sainte-Walburge 4b

4000 LIÈGE

☎ 04/229.58.10

ou n° d'appel national gratuit 0800 15 225

🌐 www.alzheimer.be & www.lademence.be

Blog Vidéo : www.alzheimercafe.be

¹ Paquel J.-B., *Les diagnostics de démence à l'origine de nombreux suicides chez les personnes âgées*, 2 mai 2008, www.bulletins-electroniques.com/actualites/54446.htm.

² L'auteur est aussi Présidente de la Ligue Nationale Alzheimer Liga ASBL/vzw/VoG (LINAL) et Vice-présidente d'Alzheimer Europe.

³ Vassilas C.A., Donalson J., *Telling the truth: what do general practitioners say the patients with dementia of terminal cancer?* Dans : *the British Journal of General Practice*, 1998 March, 48 (428).

⁴ Voir note de bas de page n°3.

⁵ Dans les cas connus, encore une majorité d'auteurs masculins.

⁶ Dans le premier cas, il s'agit d'offrir un cadre convivial où les personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer et leurs proches peuvent partager ensemble un moment fait d'échanges de paroles, d'expériences, de solidarité, ... Le second offre aux proches un ensemble de séances d'informations qui permettent de mieux cerner la maladie, ses caractéristiques, son évolution possible et d'en discuter au départ de l'expérience de chacun.

⁷ Depuis 2003, la Ligue Nationale Alzheimer Liga met à disposition des personnes concernées par la Maladie d'Alzheimer (patients, proches, professionnels, ...) un numéro d'appel gratuit, le 0800/15 225 (à partir d'un poste fixe), accessible tous les jours ouvrables de 8h à 18h. En dehors de ces heures, le service Télé-Accueil prend le relais et propose une écoute empathique et anonyme au numéro gratuit 107.



Ensemble c'est tout !

Autour de la personne âgée et a fortiori en fin de vie, les illusions tombent, se découvrent, se disent. Les soignants sont confrontés à une réalité humaine à laquelle ils n'échapperont pas et quand bien même c'est une réalité lointaine pour eux, ils la voient se développer sous leurs yeux et sous leurs mains... A la longue, ils sont en quête du sens de leur travail et des questions plus ou moins conscientes qui les habitent.

Propos¹ recueillis et mis en forme par **Sylvie GERARD**, IWSM

Dans La Dernière leçon², Noëlle Châtelet raconte la relation singulière, intime, qui se tisse entre elle et sa mère lorsque celle-ci lui annonce qu'il est temps, pour elle, de partir. Pourquoi maintenant, prématurément ? Pourquoi ce choix ? Est-il possible, pour sa fille, de sortir de l'effroi dans lequel cette nouvelle la propulse ? Comment se résigner à perdre un être cher ? Sans le savoir, la leçon venait de commencer.

« Voilà, nous y étions à la frontière, visible de toi seule, où tes pas devaient s'arrêter, où tu poserais ton bagage de vie, une vie pleine, riche, dont tu te sentais comblée, reconnaissante ». « Comment ne pas entendre que, pour aller au bout de ton geste, il te fallait rassembler tant d'énergie que, si celle-ci s'épuisait, si tu parvenais trop tard à la frontière, tu n'aurais plus la force, ni physique ni psychique, de l'accomplir ? ».

La narratrice raconte ce chemin initiatique qu'elle va mener, d'abord contre son gré avant d'en accepter les tours et les détours et de l'accompagner.

« Les jours passaient et j'apprenais. J'apprenais combien la mort est vivante ».

« J'ai pensé : Le rire ressemble aux larmes comme deux gouttes d'eau -sans les gouttes d'eau- quand on rit ensemble de quelque chose qui devrait faire pleurer ».

La bonne mort ?

Il nous faut abandonner l'idée de « la bonne mort » explique Philippe Dejardin, coordinateur-infirmier de l'Unité de soins palliatifs à la Clinique St-Pierre

à Ottignies³. *La remplacer par celle du « bon sens » (ce sens bon pour l'autre). Nous mettre à disposition de celui qui a besoin de trouver, ou du moins de chercher, le sens que l'approche de la mort parviendra, peut-être, à donner à toute sa vie. [...] Ce « bon sens » me guiderait dans mon rôle de soignant, comme une invitation incessante : à ne jamais être déçu ; à toujours être en phase d'adaptation par rapport à celui que je soigne ; à le situer comme sujet de son aventure, apte à déterminer ses objectifs personnels et la dignité qu'il désire s'octroyer ; et à être sans cesse à son écoute, et donc moi-même altérable.*

Les équipes de soins palliatifs mobilisent un travail d'écoute et de présence qui autorise le jeu complexe du désir dans le temps de l'ultime. Le manque, la non toute-puissance, la non réponse trouvent une place si on les reconnaît possibles, si elles sont portées collectivement. *A l'inverse, un individu en perte de transmission et d'initiation doit s'inventer, bricoler son identité, sa vie, sa mort. Il est condamné à réussir jusqu'à « la fatigue d'être soi » pour reprendre l'expression d'Alain Erhenberg⁴.*

Cette usure est aussi réelle pour le soignant. *Les raisons de craquer sont nombreuses, presque aussi nombreuses que les individus, témoigne Claire Kebers⁵, puis, pour une grande part, elles tiennent à la dynamique qui les habite. Sans parler d'un milieu où le rendement est indispensable ; où la fatigue est usante, où la routine, la répétition des situations humaines emportent bien loin les enthousiasmes du début ! [...]*

La souffrance des soignants survient, pas seulement

comme la conséquence psychologique du stress ou comme l'aboutissement de difficultés institutionnelles, sociales, familiales mais comme un signe : le rappel des limites que connaît toute activité humaine, la souffrance d'un monde qui se voudrait sans souffrance ; une souffrance sans partage puisque la vieillesse et la mort nul n'en veut...

Le sens de la souffrance

Il ne peut être question de critiquer cette souffrance ou de l'ignorer, mais bien de la prendre en compte, d'en saisir le sens, de travailler à la partager, à la rendre supportable et sociale, tout en sachant qu'il arrive qu'elle perdure et nous submerge.

La formation joue un rôle important. Outre l'assise qu'elle apporte, elle doit aussi permettre un discernement et faire apparaître que la relation que le soignant a avec l'autre passe par la relation qu'il a avec soi-même.

Viellir et mourir demeurent un destin humain. C'est de cette certitude que naît le désir de « prendre soin », non pas comme une solution à un problème, mais à la manière d'un passeur qui préserve l'identité et la dignité de celui qui passe, le vieillard, le mourant, tout en préservant, par le fait même, sa propre identité et dignité de soignant.

Après de la personne âgée et en fin de vie, prendre soin c'est acquiescer à l'impossible de se croire encore intouchable et immortel. Paradoxalement, cette prise de conscience nous rend plus forts, plus humains, plus vrais avec nous-mêmes et avec les autres. ●

¹ Cet article s'inspire largement d'extraits recueillis dans la littérature.

² Voir réf. biblio.11.

³ Ph. Dejardin, La « bonne mort » ? Point de vue d'un infirmier, Revue Ethica Clinica : Soins palliatifs et éthique : comment garder la fête froide ? N° 16, p 29-30, décembre 1999.

⁴ Extrait de l'intervention de Anne-Marie Dozoul : La désymbolisation du lien social, Actes du Congrès national d'accompagnement et de soins palliatifs organisé par la Sîap, à Nantes, en juin 2008 : www.slap.org/site_slap_2008/#pageHead.

⁵ C. Kebers, *Après des personnes âgées, pourquoi les soignants craquent-ils ?* Article en ligne sur le site du Cefem : www.cefem.be.

Les deuils comme déterminants du suicide et l'accompagnement du deuil après suicide

Les deuils des personnes âgées sont souvent banalisés. Mourir à 80 ans, c'est « normal » et donc perdre son époux à cet âge aussi. Normal, cela veut-il dire facile ? Notre réflexion¹ se base sur les échanges que nous avons eus avec quelques personnes âgées que nous avons accompagnées sur ce chemin qui les mettait en difficulté.

Cécile SERON, Psychologue et psychothérapeute à Spa
Florence RINGLET, Psychologue et psychothérapeute à Namur

Maria, 82 ans, me disait : *Parfois mon cœur a peur et manque de s'arrêter, ça m'angoisse tout ce que j'entends ... , Alzheimer, thrombose, cancer, ... Je suis veuve, j'ai aussi perdu tous mes frères et sœurs et aussi tellement d'amis. Mon docteur m'encourage à venir vous voir... Pourquoi veut-on me « guérir » de mes deuils ? Pourquoi me lever tous les jours ?*

Est ce donc anormal de ressentir toutes ces séparations, d'en être pleine tellement il y en a ? Ils sont morts et elle vit ... et c'est juste de les pleurer ! Reste-t-elle pour ça ? Quel est le sens ? Mais faut-il que tout cela ait un sens pour continuer ? Serait-elle comme un lien entre ciel et terre, entre nous les vivants, et les siens, tous morts ?...

Au fil de nos entretiens, Maria m'a raconté, au travers de différentes périodes de sa vie, ses intérêts, des expériences parfois étonnantes ; mais il semble bien qu'elle n'ait personne à qui transmettre toute cette bibliothèque de vie qu'elle porte en elle ...

Elle consacre les derniers jours qui lui restent à s'emplier des souvenirs de son enfance, à se détacher de la vie et elle exprime un désir de prendre le moins de place possible pour ne pas déranger. Serait-ce exact de penser que vieillir est un processus de détachement, de retour à soi et de transmission ? Si le processus de deuil consiste à remplacer une

absence extérieure par une présence intérieure, Maria pourrait nous répondre : « Ca me paraît trop, je suis trop petite pour tout intérioriser ... Comment pourrais-je, à moi seule, contenir tous ces héritages ; et pourquoi devrais-je le faire ? ».

Certains, bien-pensants, se disent que Maria ne peut vivre sans être assistée de leurs bonnes intentions ... et elle veut bien leur rendre service et leur permettre de croire qu'ils lui sont indispensables et tellement gentils. Mais il lui revient l'idée que la liberté des uns commence là où s'arrête celle des autres.

Et aujourd'hui, une question se pose : Pourrions-nous harmoniser nos libertés individuelles et nos désirs personnels ?

Et si tout le paradoxe résidait dans le fait que le désir est justement ce qui fait que l'on n'est pas mort ; et que l'existence du désir, des désirs, est ce qui nous rend vivant. Sans compter que c'est encore une chance quand le désir n'est pas remplacé par l'angoisse.

Dans la relation d'aide en général, nous cherchons ce que l'autre veut, ce qu'il est ... et nous devrions aussi pouvoir l'entendre quand il veut exprimer son désir de mort.

Prenons l'exemple de Mr D., 70 ans, pensionné, veuf deux fois. La première fois, il a 40 ans, il est à la tête d'une entreprise et ses quatre enfants sont aux études. Ils vivent toujours à la maison

lorsque sa femme décède. C'est alors qu'il « prend sur lui », tous ont besoin de lui, il doit tout gérer, continuer à avancer, tenir bon, être efficace. La seconde fois, il a 69 ans, ses enfants ont tous pris leur envol depuis bien longtemps et réussissent leur vie familiale et professionnelle. Il pense qu'ils n'ont plus besoin de lui ! : « *Je peux décider de passer la journée au lit, personne ne le saura et ça n'aura aucune conséquence. Je ne dois pas me lever. Alors pourquoi me lever ? Je suis seul dans cette grande maison vide. Si je ne mange pas ce midi, ni ce soir, personne ne le saura. Je vois cette fenêtre et me demande ce qui me retient de sauter. ... Et puis non, ça pourrait faire de la peine à mes enfants. C'est terrible de me dire que je vis pour eux, pour ne pas leur faire de mal. Est-ce que ma vie se résume à ça aujourd'hui ? A ne pas leur faire de mal en mourant ? Et me reste cette question du pourquoi, pourquoi je me sens seul, abandonné. Ma femme a lâché la vie, moi, les enfants ... moi, n'en ai-je pas le droit ?* ».

Dans l'accompagnement d'une personne en telle crise identitaire et existentielle, la question du sens de la vie et du suicide prend de la place.

La répétition des deuils parle de la mort aux vieillards, de l'indépassable solitude. Face à cette présence quotidienne de la mort, ils sont parfois amenés à faire un « bilan de vie », qui peut constituer un véritable travail psychique. C'est ici que nous pouvons être présent, être là pour « accompagner ».

Le vieillissement est un processus de vie et un processus qui prend fin avec la mort. Cette fin peut être vue comme étant la limite, le « jamais plus », le « pas plus loin » ; ou comme le point ultime, l'aboutissement voire l'accomplissement ... Ces deux visions sont toujours en balance. Lorsque la seconde a suffisamment de poids, la personne accepte plus facilement le processus de vieillissement.



Michel Hanus² nous dit que la vieillesse est une épreuve de vérité sur son identité, sa capacité à bien vivre, à trouver des valeurs à l'intérieur de soi. Vieillir, c'est vivre. L'adage nous dit d'ailleurs que l'on vieillit comme on a vécu. En tant que thérapeutes ou soignants, nous pouvons peut-être considérer ce temps de la vie au même titre que d'autres : le vieillissement peut ou non constituer une crise, faite dès lors de souffrances tenaces, de remises en question difficiles et nécessitant une ou plusieurs réadaptation(s). Les limites physiques et mentales rendent parfois



Sylvie Gériard

difficile cette adaptation, cet aménagement nécessaire pour intégrer le vieillissement.

Le travail d'accompagnement thérapeutique ou autre peut viser à chercher avec la personne certaines formes de sublimation de ces désirs... Lire, écrire, peindre, transmettre, laisser une trace de soi et de son existence, permet d'entrer dans un processus de créativité qui « nourrit » là où la maladie et le handicap limitent.

Comme nous le dit le Professeur Mormont, de l'Université de Liège, l'objectif d'une thérapie n'est-il pas, quel que soit le contexte, de permettre à la personne de « faire avec ce qui est là, quelle que soit sa vie » ? Comment aujourd'hui peut-on vivre notre réalité telle qu'elle est ? N'en est-il pas de même pour le processus de deuil, de vieillissement que pour l'adaptation à tous les processus et difficultés de la vie ?

Un amalgame entre les personnes âgées et les personnes séniles est trop fréquent et erroné. Il porte préjudice aux vieux « éveillés ». Le corps vieillit sans devenir pour autant handicapé ; l'esprit vieillit sans pour autant perdre ses facultés de réflexion.

Comment faire des catégories avec les vieux alors, qu'au même titre que les jeunes, ils sont tous uniques et différents, faits de ressources et de limitations.

La qualité de vie est très subjective. Dernièrement, je demandais à un grand-père comment il supportait toutes les limitations et contraintes auxquelles il avait à faire face. Il a semblé surpris : il les accepte ! Les changements physiques, me disait-il, se font en parallèle aux changements intellectuels, de mémoire, ... C'est progressif et cohérent. Contrairement à il y a 10 ans, passer une journée sans activité particulière ne l'ennuie pas, tout ralentit et se calme. Il se dit satisfait de cette évolution qui ne le fait pas souffrir. C'est un témoignage plus léger qui reflète un certain bien-être.

Nous voyons à travers ces différentes situations à quel point les capacités d'acceptation des changements et d'évolution des différents processus de la vie sont propres à chacun... Dépendent-elles vraiment de l'âge ? Combien de personnes se disent satisfaites de leur vie à 40 ans ?

En tant que psychologue, soignant, accompa-

gnant, face au désespoir de la personne âgée, face à sa détresse parfois, comment tolérer de ressentir mon impuissance face à la sienne, il n'y a pas de solution... Pour elle, pourquoi continuer la vie ? Pour moi, pourquoi continuer cet accompagnement... ? Pourquoi continuer le chemin, qu'il soit existentiel ou thérapeutique ?

Michel Hanus nous parle de la difficulté de travailler le désir de mort avec les personnes âgées endeuillées... Il nous rappelle qu'en chacun de nous existent des tendances, plus ou moins enfouies, au désir de passivité, qui, à l'extrême, peut nous mener au sentiment de vouloir disparaître... Lorsque la pulsion de mort ne s'oriente plus vers l'agressivité mais vers ce point zéro, la passivité parfaite, le repos absolu. Cette part de nous peut être une des raisons de la peur du suicide. Nous craignons déjà tellement d'aborder la question du suicide en général. Il est encore plus difficile de le faire avec les personnes âgées, car beaucoup d'entre nous peuvent avoir peur de leur donner de « mauvaises idées » en en parlant ouvertement, même si, nous travaillons quotidiennement avec ces questions.

Lors d'espaces de parole adressés au personnel en maison de repos, revenait fréquemment chez les infirmières une lassitude parfois difficile à dépasser... Par exemple, cette dame qui parle sans cesse de son mari décédé... qui répète toujours les mêmes souvenirs depuis 8 ans qu'elle est résidente là-bas!

Cela peut paraître vital pour cette dame, cela lui permet de pallier au vide du réel, de combler le manque, de rendre son mari encore un peu présent... vivant... de ne pas l'oublier.

La patience dont vous pouvez faire preuve, soignants qui vivez auprès d'eux, en les écoutant encore et toujours, est donc très riche, bien loin de l'absurde, même si les ritournelles se ressemblent !

Le processus de deuil, que nous essayons de soutenir quand la personne peut le traverser, consistera alors à désinvestir le défunt, mouve-

ment « inverse » du précédent. Ces deux mouvements sont bien sûrs liés.

Pour cette dame comme pour d'autres, chaque personne qui décède la prive d'une possibilité d'échange et entrave sa capacité de communication, car les plus jeunes ont une expérience différente, ne connaissent pas les mêmes choses, n'ont pas les mêmes références ni les mêmes mots. Face à ce manque d'interlocuteurs, comment peut-elle être satisfaite de son environnement, elle qui ne voit plus que des gens payés pour s'occuper d'elle, si merveilleux soient-ils, dans l'accomplissement de cette tâche ? Reste la famille, espérée, attendue, aimante, généreuse, mais qui ne comblera jamais l'absence du passé enfoui dans la mémoire.

La nature a bien fait les choses, la seule mémoire qu'il leur reste parfois est celle de leur enfance, de ces 1001 souvenirs qui font, qui ont fait leur vie. Le passé et les morts... Quelle place pour le présent ? Quel avenir pour eux, la mort ? Devant eux, la mort. A un niveau thérapeutique, nous savons que le travail de deuil amène la personne



à intérioriser son défunt, ce qu'il a été pour elle, pour que ce lien continue à être nourricier et pour pallier au manque... Remplacer une absence extérieure par une présence intérieure. Bien souvent, ce n'est qu'une fois que ce niveau de

processus se réalise que la peur de l'oubli s'apaise voire disparaît, et que la personne peut intégrer son proche décédé dans ce qui est désormais le temps passé.

En général, la « fin » du processus de deuil correspond à la reconstruction de la vie de la personne, avec la possibilité de réorienter son énergie vers de nouvelles préoccupations, de nouveaux centres d'intérêts ou avec l'investissement dans de nouvelles relations, etc. Dans l'accompagnement des personnes âgées en particulier, cette question est souvent compliquée... Notre travail peut alors s'orienter un peu différemment : Par exemple, il est important de bien prendre conscience de ce qui appartient au réel, au symbolique et à l'imaginaire dans le fonctionnement de la personne. Les pertes qui s'ancrent au niveau du réel parlent de ce qui n'est pas symbolisé, pas pensé, ou pas mis en mots...

Comment passer du réel au symbolique ?

Mme L. a fait un travail intéressant en quelques mois : Cette dame s'est occupée de son mari malade pendant presque trois ans, jusqu'à ce qu'il meure. Ainsi, au décès de son mari et après cette période épuisante, Mme L. a été confrontée au vide de façon très intense, et il était terrible pour elle de se demander « *Qu'est ce que je vais faire de ma vie, maintenant, sans lui ?!* ».

Etonnement, elle a commencé à développer exactement les mêmes symptômes que ceux de son mari quelques mois plus tôt. En travaillant lors de nos entretiens sur le sens que cela pouvait avoir, elle constatait qu'elle devait à nouveau s'occuper de sa maladie, en répétant les mêmes gestes et soins qu'à l'époque...

Nous avons cherché ensemble à ce qu'elle puisse sortir de la somatisation, et que l'héritage symbolique de son mari puisse devenir un choix pensé, conscient... Poursuivant cet objectif, une voie de cheminement a tourné autour de ces trois questionnements successifs :

« *Comment était votre mari, qui était-il ?* » : Prendre ce temps de mettre des mots, de le décrire, de se souvenir...

« *Est-ce qu'il y a certains traits de son caractère, de sa personnalité, que vous aimez particulièrement et que vous voudriez cultiver à l'intérieur de vous, parce que cela vous a déjà beaucoup apporté ?* »
« *Comment pourrions-nous faire pour que vous en héritiez symboliquement ?* ».

Un exemple très simple et concret : Son mari, entre autres, gérait tout l'aspect administratif et organisationnel dans la maison. Elle n'avait confiance qu'en lui... Nous en arrivions donc à cette question : « *Aujourd'hui, comment lui permettre de se sentir capable de se gérer à ce niveau ?* ». Nous avons exploré dans quelle mesure elle pouvait encore « entendre » quels conseils il lui aurait donné s'il était là... L'amener à faire comme lui en quelques sortes. Pour que petit à petit elle apprenne à se réapproprier, à l'intérieur d'elle, ces « compétences » et garde ainsi pour toujours les apports de son mari.

Bien au-delà de cet exemple « matériel », cette piste de travail thérapeutique peut permettre aux personnes de se reconnecter, ou même de se connecter pour la première fois, à certaines de leurs ressources, à certaines émotions et à certaines forces.

Notre réflexion, en tant que thérapeute « de bureau », comporte un biais qu'il n'est pas pensable d'évaluer puisque les vieux qui sont en processus suicidaire ne consultent pas. Le suicide est ressenti comme LA solution qui s'impose de plus en plus à eux. Or, pour demander de l'aide, il faut encore une ouverture...

Rappelons-nous qu'un vieillard n'est pas un mourant, mais plutôt un vivant qui sait beaucoup, qui a bien souvent appris de toutes ses pertes. Ce n'est pas vieillir et mourir qu'il faut associer, mais vivre et mourir ! ●

¹ Extraits de l'intervention faite au colloque : *De l'isolement au suicide : alternative de la personne âgée*, le 16 juin 2006 à Bertrix.

² Psychiatre, psychologue et psychanalyste français, fondateur de la Fédération européenne : *Vivre son deuil*, auteur de nombreux ouvrages sur la mort et le deuil.



Repères et références bibliographiques

1. L'Accueil de la personne âgée en service de santé mentale : premières réflexions et pistes de travail. Namur, Institut Wallon pour la Santé Mentale, 2003.
2. « Affiner notre regard sur la personne âgée », « L'idée de la mort au cours du vieillissement », « Liberté, dépendances et vieillissement », ... Articles en ligne sur le site du Centre de Formation à l'Écoute du Malade (CEFEM) : <http://www.cefem.be/lectures/seniors>.
3. Amalberti F., Belmin J., *Les Soins aux personnes âgées*. Paris, Masson, 1997.
4. Aubry R., Maurel O., *Fin de vie, désir de mort et euthanasie : la société à l'épreuve*, 2004. Article en ligne sur le site de la Société Française d'Accompagnement et de Soins Palliatifs (SFAP) : <http://www.sfap.org/pdf/F2-pdf.pdf>.
5. Bardot E., Séminaires HTSMA (Hypnose, Thérapie Stratégique et Mouvements Alternatifs) organisés en 2008 par l'ASBL Espace du possible.
6. Bianchi H., *Le Moi et le temps : psychanalyse du temps et du vieillissement*. Paris, Dunod, 1987.
7. *Bien vieillir, bien vivre en Wallonie*. Brochure éditée par le Ministère des Affaires sociales et de la Santé de la Région wallonne (2ème éd.).
8. Cadart B., *En fin de vie*, Paris, Centurion, 1991.
9. Cadec B., *Syndrome de glissement et hospitalisme*. Dans : *Revue du généraliste et de gérontologie*, n° 52, février 1999.
10. Charazac P., *Introduction aux soins géro-psycho-atriques*. Paris, Dunod, 2001.
11. Châtelet N., *La Dernière leçon*. Paris, Éditions du Seuil, 2004 (coll. Points).
12. Croix L., *L'Inévitable douleur du sujet*. Dans : *Cahiers de Psychologie Clinique*, n° 23, 2004/2.
13. *De l'isolement au suicide : alternative de la personne âgée*. Colloque organisé par la Plate-forme de Concertation en Santé Mentale de la province du Luxembourg, le 16 juin 2006 à Bertrix.
14. Duret L., *Les Conduites suicidaires de la personne âgée*. En ligne : <http://membres.lycos.fr/lduret/partie2.htm>.
15. Elsen M., *Rapport introductif sur la prévention du suicide en Communauté française de Belgique*. Parlement de la Communauté française, session 2007-2008, 22 juillet 2008, rapport 580, n° 1. En ligne : <http://archive.pcf.be/1000000100a0d6?action=browse>.
16. Ennuyer B., *Les Malentendus de la dépendance : de l'incapacité au lien social*. Paris, Dunod, 2002.
17. Febo F., *Douleur physique et souffrance psychique : quel rapport ?* Dans : *Cahiers de Psychologie Clinique*, n° 23, 2004/2. En ligne : www.cairn.info.
18. Ferrey G., Le Gouès G., *Psychopathologie du sujet âgé*. Paris, Masson, 2000.
19. Frings M., Latteur V., *Les Alimentations artificielles en fin de vie*. Bruxelles, Éditions Racine, 2005 (coll. Les Racines de la science).
20. Goldbeter E., *Temps familial et temps des générations*. Dans : *Cahiers critiques de thérapie familiale et de pratiques de réseaux*, n° 31, 2003/2.
21. Guillet P., *Le Dialogue des âges : histoires de bien-vieillir*. Paris, Gallimard, 2007.
22. Henrard J.-C., *Les Défis du vieillissement : la vieillesse n'est plus une maladie !* Paris, La Découverte et Syros, 2002 (coll. « Société et santé »).
23. *Jusqu'au bout, accompagner la vie à domicile ou en maison de repos : est-ce possible aujourd'hui ?* Symposium organisé par l'Aide Coordinée en Hesbaye, le samedi 9 février 2002.
24. Kaes R., *Crise, rupture et dépassement*. Paris, Dunod, 1979.
25. Kebers C., *Soins curatifs, soins palliatifs : leurs différences, leur complémentarité*. Bruxelles, Éditions Racine, 2005 (coll. Les Racines de la science).
26. Kelen J., *L'Esprit de solitude*. Paris, Albin Michel, 2001.
27. Le Gouès G., *L'Age et le principe de plaisir*. Paris, Dunod, 2000.
28. Léger J.-M., Clément J.-P., Wertheimer J., *Psychiatrie du Sujet âgé*. Paris, Flammarion, 1999.
29. Likaj V., *Le Syndrome de glissement*. Actes de la conférence « La Tentation d'en finir des personnes âgées » (voir référence n° 45).
30. Longneaux J.-M., *L'Autonomie selon Bergson*. Commission éthique interuniversitaire de la chaire de médecine générale de l'UCL, Namur, novembre 2006.
31. Meire Ph., *Le Paradoxe de la vieillesse : l'autonomie dans la dépendance*. Bruxelles, De Boeck Université, 1997.
32. Messy J., *La Personne âgée n'existe pas*. Paris, Rivages, 1992.
33. *Personnes âgées et santé mentale*. Dans : *Trans-faire*, n° 11, septembre 1999.
34. Pillot J., *L'Écoute dans l'accompagnement de la souffrance*. Dans : *Jalmalv*, n° 37, 1994. <http://doccm.icl-lille.fr/Reference.htm?numrec=191920735910250>.
35. Ploton L., *La Personne âgée, son accompagnement médical et psychologique et la question de la démence*. Lyon, Chronique sociale, 2001 (5ème éd.).
36. *Santé mentale – santé sociale : une clinique du lien social ?* Dans : *Trans-faire*, n° 21, janvier-février 2002.
37. *Seniors admis, seniors amis : 20 projets pour lutter contre l'isolement des plus âgés*. Bruxelles, Fondation Roi Baudouin, 2007.
38. *Soigner le grand-âge ?*, Dans : *Ethica Clinica*, n° 28, décembre 2002.
39. *Les Soins aux patients déments*. Dans : *Ethica Clinica*, n° 43, septembre 2006.
40. « Les Soins palliatifs au XXI^{ème} siècle, face aux situations difficiles : comment évoluer ou réinventer ? » (2003) ; « L'Euthanasie et la mort désirée : questions pour les soins palliatifs » (2004) ; « Accompagnement, soins palliatifs, exigences collectives : quelle place pour la personne ? » (2006), ... Actes de la Société Française d'Accompagnement et de Soins Palliatifs (SFAP). En ligne : <http://www.sfap.org/content/category/4/16/44/>.
41. *Soins palliatifs et éthique : comment garder la tête froide ?* Dans : *Ethica Clinica*, n° 16, décembre 1999.
42. *Soins palliatifs et gériatrie : il est urgent d'agir*. Dans : *La Lettre de la SFAP (Société Française d'Accompagnement et de Soins Palliatifs)*, n° 17, automne 2003-hiver 2004. En ligne : <http://www.sfap.org/pdf/VI-E4-pdf.pdf>.
43. *Suicide et euthanasie*. Sixième Journée de la Prévention du Suicide en Communauté française organisées à Bruxelles le 5 février 2009 par le Centre de Prévention du Suicide. Actes consultables en ligne : www.preventionsuicide.be.
44. *Le Suicide : un enjeu éthique ?* Dans : *Ethica Clinica*, n° 45, mars 2007.
45. *La Tentation d'en finir des personnes âgées*. Actes de la conférence organisée le 10 septembre 2008 par le Centre de Prévention du Suicide en collaboration avec Infor-Homes Bruxelles. En ligne : <http://www.preventionsuicide.be/ressource/static/files/Conference10-09.pdf>.
46. Vercauteren R., Predazzi M., Loriaux M., *Pour une identité de la personne âgée en établissement : le projet de vie*. Ramonville-Saint-Agne, Erès, 2001 (coll. « Pratiques gérontologiques »).
47. Verdon B., *Souffrance névrotique chez le sujet vieillissant*. Dans : *Cahiers de Psychologie Clinique*, n° 23, 2004/2. En ligne : <http://www.cairn.info/revue-cahiers-de-psychologie-clinique-2004-2-page-35.htm>.
48. *Vieillesse et dépendance : lieux de vie*. Dans : *L'Observatoire*, n° 44, 2004-2005.
49. *Vieillir...* Dans : *Ethica Clinica*, n° 3, septembre 1996.
50. *Vieillir aujourd'hui*. Dans : *Confluences*, n°8, décembre 2004.



Institut Wallon pour la Santé Mentale

L'ÉQUIPE

Direction Christiane Bontemps **Coordination des projets** Jean-Yves Donnay, Christine Gosselin, Marie Lambert, Pascal Minotte, Marie Viaene **Documentation** Delphine Doucet **Communication** Sylvie Gérard **Accueil, secrétariat, logistique** Françoise André, Séverine Dupont, Muriel Genette.

LES ADMINISTRATEURS

- Fabienne Collard – Similes
- Jean-Pierre Evlard – LWSM (Ligue Wallonne pour la Santé Mentale)
- Micky Fierens – LUSS (Ligue des Usagers des Services de Santé)
- Luc Fouarge – L.N.H. (Ligue Nationale pour personnes Handicapées et services spécialisés)
- Liliane Leroy – FCPF-FPS (Fédération des Centres de Planning Familial des F.P.S.)
- Thierry Lottin – Cobéprivé (Confédération belge des établissements privés de soins de santé)
- Stéfan Luisetto – Fédito Wallonne (Fédération des intervenants en toxicomanie en Région wallonne)
- Robert Sterck – PFC du Centre et Charleroi
- Michel Thiteux – FSPST (Fédération des Structures Psycho-Socio-Thérapeutiques)
- Francis Turine – PFC Namur
- Maryse Valfer – APOSSM (Association des Pouvoirs Organisateur de SSM en Wallonie)
- Maurice Vandervelden – FIH (Fédération des Institutions Hospitalières)

CONFLUENCES

«Confluences» est la revue de l'Institut Wallon pour la Santé Mentale. Elle s'adresse à tous ceux qui y interagissent et, au-delà, à tous ceux qui s'intéressent aux questions de santé mentale.

Trois fois par an «Confluences» propose un dossier thématique et donne un écho de l'actualité dans le secteur, en Wallonie ou ailleurs.

Les colonnes de «Confluences» vous sont ouvertes pour partager votre expérience, témoigner de votre pratique, donner une information, soulever une question,... Et susciter le débat.

Vos propositions à confluences@iwsmb.be.

- ▶ Les articles publiés dans «Confluences» n'engagent que la responsabilité de leurs auteurs.
- ▶ Les textes non signés sont rédigés par les membres de l'équipe de l'Institut Wallon pour la Santé Mentale.
- ▶ Les textes parus dans «Confluences» peuvent être reproduits avec l'accord préalable de l'IWSM moyennant mention de la source.

CONDITIONS D'ABONNEMENT

- ▶ 25 € pour l'abonnement "standard" (3 n°s par an).
- ▶ 40 € pour l'abonnement "plus" qui vous donne, en outre, accès aux informations qui circulent au sein de l'association.
- ▶ 75€ pour l'abonnement "de soutien", si vous êtes prêts, en plus, à encourager le projet associatif.
- ▶ Conditions spéciales pour les affiliés des membres de l'Institut.

L'abonnement prend cours dès réception du paiement au compte n° 068-2330070-60 de l'IWSM.

Merci d'indiquer sur votre bulletin de versement votre nom, vos coordonnées et la mention «Confluences».

Renseignements :

IWSM ☎ 081/ 23 50 15 📧 iwsmb@iwsmb.be

A découvrir aussi, nos articles en ligne sur : www.iwsmb.be

LES RENDEZ-VOUS DE CONFLUENCES

Envie d'en savoir plus ? D'approfondir la réflexion d'un dossier ? D'interpeller un auteur ?

«**Les rendez-vous de Confluences**» vous invitent, dans la foulée de la publication, à rencontrer les auteurs du dossier et à échanger, de vive voix, vos approches, vos points de vue, vos expériences...

Une rencontre conviviale pour mieux se connaître et poursuivre, ensemble, une réflexion en santé mentale.

Renseignements ☎ 081/ 23 50 15 📧 iwsmb@iwsmb.be



INSTITUT WALLON POUR LA SANTÉ MENTALE

L'Institut Wallon pour la Santé Mentale, asbl

est un organisme d'information, de recherche et de réflexion en santé mentale. Il bénéficie du soutien du Ministre de la Santé, de l'Action sociale et de l'Égalité des Chances et du Ministre de l'Emploi et de la Formation de la Région wallonne.



Avec le soutien du Cabinet du Ministre de la Santé,
de l'Action sociale et de l'Égalité des Chances

Institut Wallon pour la Santé Mentale, asbl
Rue Henri Lemaître, 78 B - 5000 Namur - Belgique
(+32(0)81 23 50 15 ☎ +32(0)81 23 50 16
confluences@iwsm.be - iwsm@iwsm.be
www.iwsm.be