



Comprendre les personnes âgées difficiles

Certains, en vieillissant, se comportent soudain comme des « Tatie Danielle » et épuisent leur entourage. Pourquoi ?

PASCALLE SENK

PSYCHOGERIATRIE Sur les forums Internet, les témoignages abondent. Ceux des proches, bien sûr. Ainsi cette femme qui depuis deux ans subit l'agressivité de sa mère, 83 ans : « Elle a voulu quitter la maison de retraite, où elle était bien, pour s'installer dans un appartement proche de chez moi, confie-t-elle. Mais elle devient, au fil du temps, très méchante à mon égard, racontant à tous les amis communs que je ne suis pas aussi gentille qu'ils le croient, que je l'ai forcée à partir pour pouvoir la surveiller. Je n'en peux plus. » Même découragement chez des accompagnants, comme cette responsable de famille d'accueil qui « souffre » d'une de ces pensionnaires : « Je fins par en avoir assez, d'une manie de 79 ans qui critiquait tout ce que je fais, veut sans cesse avoir de l'argent liquide alors qu'elle n'en dépense plus... Et réagit comme une grosse de 5 ans ! » Plaintes incessantes, crises d'autoritarisme, méfiance et agressivité...

Toutes sortes de comportements pénibles qui ont amené une terminologie spécifique. C'est le syndrome de « Tatie Danielle » (mis en scène par le réalisateur Étienne Chatiliez dans son film éponyme), un mal qui frappe les « personnes âgées difficiles ».

Un colloque vient de leur être consacré. Organisé par le Dr Jean-Claude Monfort, psychogériatre au CH Sainte-Anne et auteur de *La Psychogériatrie* (« Que sais-je ? », Éditions PUF), précise que cette modalité de vieillissement reste heureusement le fait d'une minorité. « Mais cette minorité de personnes âgées hors normes nécessite cependant de s'y intéresser, affirme-t-il, car une seule d'entre elles peut épuiser toute une famille, toute une équipe et parfois même plusieurs, jusque et y compris l'équipe de direction d'un établissement ou d'un Ehpad ! »

Le « syndrome de glissement »

Bien sûr, parmi ceux-ci, il y a ceux qui ont toujours été épuisants, par leur caractère intraitable, leur « style pas facile » depuis l'enfance, comme le définit le gériatre. Mais c'est surtout l'évolution de quelqu'un qui était plutôt convivial jusque-là et manifeste soudain un trouble du comportement inexplicable qui intéresse les professionnels.

En trouver les causes relève, selon le Dr Jean-Claude Monfort, d'une véritable investigation. « Lorsque aucune pathologie

physique (surdosage médicamenteux, abcès dentaire, infection urinaire...) n'a été décelée, nous devons rechercher dans des « petits riens » survenus dans l'environnement de la personne, décrit le psychogériatre. Un voisin qui a déménagé et ne rend plus visite, une parole blessante d'un commerçant qui a suscité beaucoup de contrariété... Chez quelqu'un qui contenait au-dessous d'un certain seuil de dépression ou d'agressivité cruelle, ce « presque rien » peut déclencher une « névrose de révélation tardive ».

« Lorsque aucune pathologie physique n'a été décelée, nous devons rechercher dans des « petits riens » survenus dans l'environnement de la personne »

DR JEAN-CLAUDE MONFORT

Et puis, il y a ceux qui, sans raison apparente, « décrochent » complètement et ne veulent plus ni manger, ni parler, ni marcher. Ce « syndrome de glissement » engendre une situation particulièrement difficile à vivre pour les proches, qui se sentent impuissants, et pour les soignants qui, confrontés au refus de soin, alternent entre « en faire trop » et « pas assez ».

Pour le Dr Joël Laporte, gériatro-psychiatre à la clinique de Régennes, dans l'Yonne, où il accueille pendant quelques semaines des personnes qui « glissent » - 1 sur 85 - il faut trouver du sens à ce renouveau soudain. D'abord, le burn-out : « Le travail de vieilles demande beaucoup d'énergie, explique le Dr Laporte. Il oblige sans cesse à des réajustements psychiques difficiles. À force de cumulation de stress dus à des changements de statuts et aux pertes, avec des moyens s'atténuant, certains s'épuisent et abandonnent les forces de vie. »

La encore, un micro-événement peut tout déclencher. Ainsi cette femme de 85 ans qui conduisait encore. Un jour, elle grille un stop devant des gendarmes, et ceux-ci lui retient ses clés de voiture. Dans les heures qui suivent, la vieille dame vit un « effondrement somato-psychique majeur brutal », selon le gériatro-psychiatre. « Nous les avons écoutés, elle et sa famille, et avons essayé de mettre en lien cet événement avec des choses vécues de son passé, raconte le Dr Joël Laporte. Jusqu'à découvrir que la maman polonaise de cette femme avait été mise en prison pour avoir volé du pain. Le grand stress éprouvé à la vue des gendarmes était en fait la réactualisation d'une situation de rupture et d'abandon vécue dans l'enfance. »

Parler, faire le lien entre le passé et le présent, trouver des gestes maternels sans carence ni excès... Toutes ces actions thérapeutiques font parfois un « miracle », assurent les gériatro-psychiatres. Alors le goût de vivre repart, et la personne âgée « pas facile » retrouve de la douceur. ■

« Il n'y a pas une fatalité psychique du vieillissement »

ANNE HUSSER, psychologue clinicienne et psychothérapeute du couple et de la famille, a notamment écrit dans l'ouvrage collectif *Vieillir en couple et en famille* (Éditions Éros).

LE FIGARO. - L'avancée en âge génère-t-elle forcément des dégradations psychiques ?
 ANNE HUSSER. - Non, il n'y a pas d'équivalent psychologique au processus physiologique de dégradation, d'affaiblissement, etc, que l'on peut observer et mesurer au niveau biologique. Pour les psychanalystes comme moi, il n'y a pas une fatalité psychique du vieillissement. Avec les années, le moi change, bien sûr, mais, jusqu'au bout de la vie, ce lui-ci reste le jeu de forces contradictoires et c'est pour cela que nous faisons le pari de son enrichissement toujours possible. Bien sûr, de nombreux ingrédients entrent alors en jeu : l'histoire de la personne, son environnement, les liens qu'elle a construits... Tout cela va venir buter contre la réalité de la mort qui s'approche, mais chaque être humain peut décider jusqu'au bout d'investir ou non la vie.

Qu'est-ce qui peut rendre cela difficile ?
 En avançant en âge, on est de plus en plus confronté à des processus internes et externes de pertes. Celles-ci commencent avec la retraite, qui sonne le glas pour la personne lorsqu'elle est vécue comme une mort sociale ; il y a aussi tous les deuils somatiques : on perd son énergie musculaire, sa mémoire, on se ride... Les amis, les proches viennent à disparaître. Cette surabondance de pertes est une situation très particulière. Or il faut savoir que psychiquement toute perte va solliciter le moi sur le plan du désinvestissement : il faut se détacher de tout ce qu'on a connu, aimé... Ce processus demande beaucoup de temps et d'énergie. D'ailleurs, la vieillesse, du point de vue psychique, pourrait bien être caractérisée par l'impossibilité de conduire à bien l'élaboration du désinvestissement de ces pertes, trop nombreuses. Et le plus difficile reste encore à venir : il faut consentir à la perte de soi-même.

Est-ce plus facile lorsqu'on vieillit en couple ?

Pas forcément. Le travail de relativisation de tous ses attachements, qui se tricote à l'intérieur de soi, reste le même. La difficulté étant que, quand des deuils sont jetés sur notre route, cela réveille notre besoin fondamental d'attachement, cette pulsion primaire qui vient compenser notre sensation de perte. Nous cherchons un objet comblant, nous nous « agrippons » littéralement, mais rien ne sera jamais assez comblant. Dans le couple, par exemple, l'autre est lui-même confronté à ses deuils, ses limites. Nous ne pouvons lui demander d'être adulte pour deux. Certains vivent cela comme une grande frustration. Mais en général, être à deux permet, sans tomber dans l'image d'Épinal, de s'encourager et de s'entraider dans ces processus si complexes.

Comment vivre au mieux ce travail psychique ?

En acceptant peu à peu de se détacher de l'idée que quelqu'un ou quelque chose pourra nous combler totalement : c'est le principe de réalité. Notre conjoint vieillit lui aussi, nos enfants ont leur propre vie et ne peuvent répon-

dre à toutes nos demandes, les soignants se fatiguent... C'est un travail de détachement progressif qui nous est demandé, tout en continuant à investir l'extérieur, mais d'une manière plus généreuse : en pratiquant le carpe diem, par exemple. En nous réjouissant d'un coup de fil inattendu, du succès de nos petits-enfants aux examens ; et en s'attachant à des valeurs qui nous survivront. ■

PROPOS RECUEILLIS PAR P. S.

Anne Husser : « Chaque être humain peut décider jusqu'au bout d'investir ou non la vie. »



Les retours de guerre sont parfois aussi durs que les combats

CES DOUZE dernières années, 70 000 militaires français sont partis en mission en Afghanistan. Des centaines d'entre eux sont rentrés avec la « maladie du souvenir », un concept poétique parfois utilisé pour désigner le syndrome de stress post-traumatique. Épouse d'un de ces

soldats, Nina Chappelle (son vrai nom est tenu secret) raconte ce processus de destruction à petit feu. Officier, son mari a effectué trois missions de plusieurs mois dans la vallée de la Kapissa. « À son retour, quelque chose a changé, écrit-elle. Il a le regard vide, le teint gris et sa chemise flotte sur ses épaules. » Absorbé dans ses pensées, il ne parle plus, se met à boire et jette des regards noirs sur son ancienne vie. Sa femme et ses enfants ne lui sont d'aucun réconfort. Écorché vif, il se montre tantôt agressif, tantôt affolé et fragile comme un enfant. L'homme que Nina Chappelle a épousé il y a dix ans est devenu un étranger. Un matin, l'épouse reçoit un appel du voisin. Craignant d'être attaqué

par des insurgés, le soldat a mis le feu au garage. Il est hospitalisé. Dès lors, les séjours en psychiatrie vont se succéder. La deuxième partie de l'ouvrage, rédigée par des experts, donne au témoignage sa dimension universelle. En France, 400 blessés sont suivis pour troubles psychiatriques par le service de santé des armées. Le Pr Patrick Clervoy, psychiatre, spécialiste de ce trouble autrefois appelé névrose de guerre, décrit son origine : « Si, au combat, l'événement est extrêmement brutal et imprévisible, comme un attentat, une attaque suicide ou l'explosion d'un engin artisanal improvisé, et que les capacités de réaction du psychisme sont débordées, dépassées, il se produit une blessure

qualifiée de traumatique. » Les symptômes apparaissent trois à six mois après le retour en France. La nuit, le soldat se met à revivre de manière quasi cinématographique, avec une intensité émotionnelle intacte, la scène qui l'a traumatisé. Il se réveille en sueur, effrayé. Et le cauchemar se répète plusieurs fois par semaine, parfois plus. Le jour, il est la proie de ruminations obsédantes. La même scène s'impose encore sous forme de « flash back ». « Dans ces moments cliniques de répétition du traumatisme, relate le Pr Clervoy, le sujet est en état de vigilance extrême, qui occasionne des réactions de sursaut au moindre stimulus. » Il vit en état d'alerte permanent. Nina Chappelle raconte certains de ces

moments douloureux, où son mari semble avoir basculé : « Son comportement devient de plus en plus étrange. Maintenant, lorsqu'il entre dans une pièce, il s'arrête brutalement, prêt à bondir, comme s'il avait été au combat, une jambe plié en avant. » Des psychothérapies et une prise en charge médicamenteuse peuvent soulager cette blessure psychique. L'accompagnement des familles est primordial, car elles sont trop souvent isolées et démunies pour surmonter ce qui s'apparente à une déflagration.

« L'Enfer du retour. Témoignages et vérités sur le syndrome post-guerre », Éditions Jean-Claude Gawsewitch, 238 pages.

le plaisir des livres

PAR DELPHINE CHAYET

