Université Lumière - Lyon 2
Ecole doctorale : Education, Cognition, Langages, Interactions, Psychologie
Institut de Psychologie
Centre de Recherche en Psychologie et Psychopathologie Clinique (CRPPC)

Le refus alimentaire chez la personne âgée et son placement en institution

Par Claudie GRIVEL épouse DUCOTTET

Thèse de psychologie
Mention Psychologie et Psychopathologie clinique
dirigée par Jacques GAUCHER
soutenue le 9 décembre 2003

Devant un jury composé de : Louise LEMYRE, Professeur à l'Université d'Ottawa. Daniel ALAPHILIPPE, Professeur à l'Université de Tours. Jacques GAUCHER, Professeur à l'Université Lumière Lyon 2. Alain FRANCO, Professeur à l'Université de Grenoble. Louis PLOTON, Professeur à l'Université Lumière Lyon 2.

Table des matières

Remerciements : . . 1

La vieille femme grincheuse . 3

Résumé . 5

Abstract . . 7

Introduction . . 9

Ont-elles la possibilité de choisir une nourriture plus à leur convenance ? Est-ce que ce n'est pas une des explications de ces longs mâchonnements et de la difficulté à avaler ? . . 12

A quel moment, telle personne est ou non en restriction alimentaire ou en refus alimentaire ? . 13

Après la perte de sa «place» dans la société, quelle place lui laisse t-on dans ce milieu institutionnel ? Peut-il retrouver une «place» qui lui permette de s'adapter et de rééquilibrer son monde interne ? . 17

Première partie. Quelques préalables sur l'état de la question et la démarche méthodologique . 21

I.1. L'ÉTAT DE LA QUESTION ENTRE ANOREXIE ET REFUS ALIMENTAIRE. . 21

I.1.1.Quelques définitions de termes employés à propos de la nutrition. . 22

I.1.2. Evaluation médicale de l'état nutritionnel de l'âgé. . . 23

I.1.3. Le refus alimentaire est-il à dissocier des autres pathologies ? . . 26

I.2.La démarche méthodologique. . . 27

I.2.1.Le cadre institutionnel. . . 31

I.3. Synthèse de la première partie. . 32

Deuxième partie. La question du vieillissement . 35

II.1.Les caractéristiques du vieillissement . . 35

II.1.1.Le refus alimentaire dans le contexte du vieillissement physiologique. . 35

II.1.2- Le vieillissement psychologique : une situation d'inter-crise. . 48

II.2.Le travail du vieillir. . 70

II.2.1. Le travail du vieillir et la question de la temporalité. . 70

II.2.2. Le travail du vieillir et la question du deuil . . 72

II.2.3. Le travail du vieillir et la question spécifique de la mort. . 74

II.3 Synthèse de la deuxième partie. . . 75

Troisième partie. Le sens du refus alimentaire . . 77

III.1. Le refus alimentaire, un mode de réponse au placement institutionnel. . . 77

III.1.1.Le refus alimentaire, une opposition au processus de décision au placement institutionnel. . 78

III.1.2. Le refus d'être dépossédé de son identité. . . 83

III.1.3. Le refus une conséquence de la dépossession du «terme». . 96

III.2. Le refus alimentaire compris sur un registre défensif. . 98

III.2.1. Les enjeux défensifs. . 98

III.2.2- La défense maniaque. . 104

III.3. Le refus alimentaire comme symptôme d'un dysfonctionnement du travail du vieillir. . . 108

III.3.1. Narcissisme et turbulences dans le travail du vieillir. . 108

III.3.2. Le refus alimentaire en réaction à la dépossession de sa mort. . . 110

III.4. Synthèse de la troisième partie. . 111

Quatrième partie. La clinique du refus alimentaire. . 113

IV.1. Les entretiens. . 113

IV.1.1. Présentation des entretiens. . . 114

IV.1.2. Le déroulement des entretiens. . 116

IV.1.3. Les objectifs des entretiens. . . 117

IV.2.Observation des patients. . 118

IV.2.1. Identification de la population des patients. . 118

IV.2.2. Population en troubles du comportement alimentaire et en refus alimentaire. . 120

IV.2.3. Présentation de chaque patient interrogé. . 120

IV.2.4. Premier critère : l'âge des personnes interrogées . 123

IV.2.5. Deuxième critère : Le changement de lieu. . 151

IV.2.6. Troisième critère : Le temps d'hospitalisation. . 173

IV.2.7. Analyse des données de notre population. . 181

IV.3. Conclusion de la clinique du refus alimentaire. . 191

Cinquième partie. Perspectives d'interventions à visée thérapeutiques . 193

V.1. Un travail sur la question du placement. . 193

V.2. Un travail sur les possibles dégagements sous-jacents. . . 196

Conclusion . 199

Bibliographie . . 205

Annexes. Observations cliniques . . 215

Observation 1 : Alexandrine. 80 ans. . 215

Analyse inférentielle de l'entretien . . 216

Observation 2 : Mathilde. 99 ans. . 216

Analyse inférentielle de l'entretien . . 217

Observation 3 : Catherine. 89 ans. . 218

Analyse inférentielle de l'entretien . . 219

Observation 4: Huguette. 72 ans. . 220

Analyse inférentielle de l'entretien . . 221

Observation 5: Yvonne. 76 ans. . 222

Analyse inférentielle de l'entretien . . 223

Observation 6 : Estelle. 79 ans. . 224

Analyse inférentielle de l'entretien . . 225

Observation 7: Bernadette. 80 ans. . 226

Analyse inférentielle de l'entretien . . 227

Observation: 8. Carmen. 80 ans. . 228

Analyse inférentielle de l'entretien . . 229

Observation 9 : André. 85 ans. . 229

Analyse inférentielle de l'entretien . . 230

Observation 10 : François. 90 ans. . . 231

Analyse inférentielle de l'entretien . . 232

Observation 11 : Gisèle. 90 ans. . . 232

Analyse inférentielle de l'entretien . . 233

Observation 12 : Jean. 92 ans. . . 234

Analyse inférentielle de l'entretien . . 234

Observation 13 : Denise. 88 ans. . 235

Analyse inférentielle de l'entretien . . 235

Observation 14 : Eugénie.73 ans. . . 236

Analyse inférentielle de l'entretien. . 237

Observation 15 : Delphine.78ans. . . 237

Analyse inférentielle de l'entretien . . 238

Observation 16 : Amélie, 76 ans. . 239

Analyse inférentielle de l'entretien . . 240

Observation 17 : Emile. 88 ans. . 240

Analyse inférentielle de l'entretien . . 242

Observation 18: Germaine. 79 ans. . 242

Analyse inférentielle de l'entretien . . 243

Observation 19 : Georges 94 ans. . 243

Analyse inférentielle de l'entretien . . 244

Observation 20 : Martine.84 ans. . 245

Analyse inférentielle de l'entretien . . 246

Observation 21: Joséphine 91 ans. . . 246

Analyse inférentielle de l'entretien. . 248

Observation 22: Angèle. 72 ans. . . 249

Analyse inférentielle de l'entretien. . 250

Observation 23: Marie. 80 ans. . . 251

Analyse inférentielle de l'entretien. . 251

Observation 24: Marcelle.81 ans. . 252

Analyse inférentielle de l'entretien. . 253

Observation 25: Marguerite. 79ans. . 254

Analyse inférentielle de l'entretien. . 255

Observation 26: Marthe. 92 ans. . . 256

Analyse inférentielle de l'entretien. . 258
Observation 27: Odette.98 ans. . 258
Analyse inférentielle de l'entretien. . 259
Observation 28: Pauline.88 ans. . . 259
Analyse inférentielle de l'entretien . . 259
Observation 29: Renée. 91 ans. . 260
Analyse inférentielle de l'entretien. . 261
Observation 30: Aimée, 76ans. fille de Renée. . . 261
Analyse inférentielle de l'entretien. . 262
Observation 31: Hélène.95 ans. . 263
Analyse inférentielle de l'entretien. . 264
Observation 32: Solange 82 ans . . 264
Analyse inférentielle de l'entretien. . 269
Observation 33. Sophie. 94 ans. . . 270
Analyse inférentielle de l'entretien. . 270
Observation 34: Camille 91 ans . . 271
Analyse inférentielle de l'entretien. . 271
Observation 35: Thérèse. 96ans. . 272
Analyse inférentielle de l'entretien. . 272
Observation 36: Ernestine. 72 ans. . . 273
Analyse inférentielle de l'entretien. . 273
Observation 37: Régine. 87 ans. . . 273
Analyse inférentielle de l'entretien. . 274
Observation 38: Christian. 80 ans. . 274
Analyse inférentielle de l'entretien. . 275
Observation 39. Dominique, 99 ans . 275
Analyse inférentielle de l'entretien. . 276
Observation 40. Alexandra. 83 ans . . . 276
Analyse inférentielle de l'entretien. . 278

Observation 41. Gabrielle. 100ans. . . 279

Analyse inférentielle de l'entretien. . 279

Observation 42. Lucille. 85 ans. . 280

Analyse inférentielle de l'entretien. . 281

Observation 43. Monique. 97 ans. . 281

Analyse inférentielle de l'entretien. . 282

Observation 44. Pierrette. 92 ans. . 282

Analyse inférentielle de l'entretien. . 283

Observation 45. Paulette. 87 ans. . . 283

Analyse inférentielle de l'entretien. . 284

Observation 46. Domitille 90 ans. . . 284

Analyse inférentielle de l'entretien. . 285

Observation 47. Raymonde, 90ans. . 285

Analyse inférentielle de l'entretien. . 286

Observation 48. Honorine. 89 ans . . 286

Analyse inférentielle de l'entretien. . 287

Observation 49, Pierre, 82 ans. . 288

Analyse inférentielle de l'entretien. . 288

Remerciements :

A l'issu de ce travail de recherche, je tiens à remercier en priorité le Professeur Jacques GAUCHER, qui m'a donné la possibilité d'effectuer cette thèse et fait l'honneur d'accepter d'être mon directeur de recherche. Je le remercie du travail que nous avons accompli, de son soutien, de sa disponibilité et de ses critiques toujours productives qui ont permis de finaliser ce travail.

Mes remerciements s'adressent au Professeur Louis PLOTON, qui par ses écrits, par ses cours, ses prises de position, m'a beaucoup aidée à oser penser différemment la démence.

Je remercie les Professeurs Louise LEMYRE, Daniel ALAPHILIPPE, le Professeur Alain FRANCO, qui m'ont fait l'honneur d'accepter de lire et d'argumenter cette thèse.

Les autres membres du laboratoire de psychogérontologie clinique de l'université Lumière Lyon 2 ont tous, à des degrés divers et en fonction de leurs choix théoriques, largement contribué à ce travail. Leur ouverture d'esprit, leur capacité de discussion ont été pour moi des atouts précieux. Je remercie donc Jean-Marc TALPIN, Christiane JOUBERT, Gérard RIBES, mais aussi Janine, Claire et Nicolas, ainsi que Martine BONIN, élément indispensable dans l'organisation de l'équipe.

Je tiens à remercier Denise SIRAUD, documentaliste à la bibliothèque du VINATIER, pour son aide précieuse et efficace.

Les équipes des hôpitaux gériatriques de CUIRE et de LYON SUD m'ont aidée dans le recueil de mon matériel de recherche. Je remercie les Docteurs Elizabeth. ANDRE-FOUET et Marc. BONNEFOY de m'avoir accueillie dans leur service. Je remercie également les psychologues de chaque service.

Je pense à toutes ses personnes âgées avec lesquelles nous avons partagé un moment de nos vies. Je les remercie pour cette richesse inestimable.

Je remercie mes parents pour leur soutien discret tout au long de cette recherche.

Je dédie cette thèse à mes trois filles, Elodie, Cécile et Emilie, qui m'ont toujours soutenue et encouragée dans ce long travail de thèse, tout particulièrement lorsque la motivation faiblissait.

Au terme de ce long travail, j'ai une pensée toute particulière pour Xavier, mon mari, qui m'a toujours encouragée dans l'entreprise de ce travail. Je le remercie pour nos débats qui ont fait émerger des opinions parfois divergentes mais toujours fructueuses.

Copyright GRIVEL Claudie et Université Lumière - Lyon 2 - 2003.Ce document est protégé

Copyright GRIVEL Claudie et Université Lumière - Lyon 2 - 2003.Ce document est protégé

La vieille femme grincheuse

QUE VOIS-TU, TOI QUI ME SOIGNES ? QUE VOIS-TU, QUAND TU ME REGARDES ? QUE PENSES-TU ? Une vieille femme grincheuse, un peu folle Le regard perdu, qui n'y est plus tout à fait, Qui bave quand elle mange et ne répond jamais, Qui, quand tu dis d'une voix forte «essayez» Semble ne prêter aucune attention à ce que tu fais Et ne cesse de perdre ses chaussures et ses bas, Qui docile ou non, te laisse faire à ta guise, Le bain et les repas pour occuper la longue journée grise. C'est ça que tu penses, c'est ça que tu vois? Alors ouvre les yeux, ce n'est pas moi ! Je vais te dire qui je suis, assise là si tranquille, me déplaçant à ton ordre, mangeant quand tu veux: Je suis la dernière de dix, avec un père et une mère, Des frères et des sœurs qui s'aiment entre eux. Une jeune fille de 16 ans, des ailes aux pieds, Rêvant que bientôt, elle rencontrera un fiancé. Mariée déjà à 20 ans. Mon cœur bondit de joie Au souvenir des vœux que j'ai fait ce jour-là. J'ai 25 ans maintenant et un enfant à moi, Qui a besoin de moi pour lui construire une maison. Une femme de trente ans, mon enfant grandit vite, Nous sommes liés l'un à l'autre par des liens qui dureront. Quarante ans, bientôt il ne sera plus là. Mais mon homme est à mes côtés qui veille sur moi. Cinquante ans, à nouveau jouent autour de moi des bébés; Me revoilà avec des enfants, moi et mon bien-aimé. Voici les jours noirs, mon mari meurt. Je regarde vers le futur en frémissant de peur. Car mes enfants sont tous occupés à élever les leurs, Et je pense aux années et à l'amour que j'ai connus. Je suis vieille maintenant, et la nature est cruelle, Qui s'amuse à faire passer la vieillesse pour folle, Mon corps s'en va, la grâce et la force m'abandonnent, Et il a maintenant une pierre là où jadis j'eus un cœur. Mais dans cette vieille carcasse, la jeune fille demeure Dont le vieux cœur se gonfle sans relâche. Je me souviens des joies, je me souviens des peines, Et à nouveau je sens ma vie et j'aime. Je repense aux années trop courtes et trop vite passées, Et accepte cette réalité implacable que rien ne peut durer. Alors ouvre les yeux, toi qui me soignes et regarde Non la vieille femme grincheuse. Regarde mieux, tu me verras ! Poème retrouvé dans les affaires d'une vieille dame irlandaise, après son décès...

Production Yves Gineste et Rosette Marescotti,

CEC.87220 Eyjeaux- France, http://www.cecformation.net

en vertu de la loi du droit d'auteur.

en vertu de la loi du droit d'auteur.

Résumé

L'étude des troubles spécifiques du comportement alimentaire chez le sujet âgé nous a conforté que cet état était loin d'être rare et assez spécifique du grand âge.

Le refus alimentaire chez le sujet âgé est souvent analysé comme l'expression et/ou les conséquences d'une maladie somatique ou psychiatrique. Or son observation, en dehors de tout contexte médical, nous a amené à essayer de comprendre l'émergence et la signification de ce comportement qui s'aggrave après son placement. Les interrogations suscitées par nos observations cliniques nous ont amené à énoncer la problématique du placement de la personne âgée en institution. Dans la recherche de causalité, le placement en institution qui intervient bien souvent en situation d'urgence et parfois en dehors de l'approbation de la personne concernée, semblerait jouer un rôle prépondérant dans ce passage du désordre au refus. Cette corrélation entre comportement et institutionnalisation soulève plusieurs questions :Pourquoi cet événement du placement eninstitution entraîne chez certains sujets âgés une incapacité à affronter cette nouvelle épreuve, comme si toutes les ressources internes nécessaires pour permettre un travail d'élaboration, étaient anéanties, empêchant tout remaniement psychique et le conduisant vers la mort ?

Le corps de l'âgé ne devient-il pas l'élément indispensable, le médiateur, dans cet acte violent qu'est le refus alimentaire, pour la compréhension de sa souffrance, de son désir de non-vivre ?

L'absence de paroles, la violence du refus alimentaire, interpellent l'environnement du sujet. Comment se situe l'équipe soignante, la famille, dans cette relation angoissante ?

DISCIPLINE: Psychologie et psychopathologie clinique.

MOTS CLES : Psychologie, Vieillissement, Troubles du comportement alimentaire, Refus alimentaire, Placement.

INTITULE ET ADRESSE DU LABORATOIRE :

Laboratoire de Psychologie de la Santé et du Développement, (EA)

Institut de Psychologie, Université LUMIERE-LYON2, 5 Bd Mendès-France, 69676 BRON, FRANCE.

tél/fax: +33 (0) 4 78 77 44 58

Copyright GRIVEL Claudie et Université Lumière - Lyon 2 - 2003.Ce document est protégé

Copyright GRIVEL Claudie et Université Lumière - Lyon 2 - 2003.Ce document est protégé

Abstract

Refusal of food in the elderly and their placement in institutions

The study in the elderly of their specific troubles in feeding behaviour has reinforced the idea that such a state is far from unusual and is rather specific to people of an advanced age.

The refusal of food in elders is often analysed as the expression and/or the consequence of somatic or psychiatric disease. However, its observation outside of any medical context, has led us to try to understand the emergence and the meaning of this behaviour, which worsens after institutionalisation. Interrogations raised by our clinical observations have brought us to enunciate the problem of the institutionalisation of elderly people. In researching causality, we have found that placement in an institution, which often occurs in an emergency situation and sometimes without the approval of the concerned person, seems to play a major role in the transition from disorder to denial. This correlation between behaviour and institutionalisation raises several questions. Why does this event of institutionalisation bring, in some elders, an inability to face this new challenge, as if all internal resources necessary for reconstruction were annihilated, preventing any psychic adaptation and leading to death? Is it not because the body of elderly persons becomes the necessary element, the mediator, in the violent act of refusal of food, for understanding their pain, their wish for “non-life”?

The lack of words, the violence of the refusal of food, challenge the subject’s entourage. How do the health care team and the family situate themselves in this anguished relationship?

en vertu de la loi du droit d'auteur.

en vertu de la loi du droit d'auteur.

Introduction

Les troubles de l'alimentation sont des problèmes fréquents, constatés et traités par le corps médical chez un grand nombre d'adolescents et d'adultes. Ces comportements pathologiques continuent à susciter un intérêt important dans la compréhension de ce comportement dans le champ médical :

- L'anorexie chez la jeune fille soulève encore beaucoup d'interrogations aussi bien sur le plan somatique que psychologique. Elle s'intrique parfois à des comportements complexes associant des périodes de boulimies compulsives suivies de vomissements provoqués alternant avec des périodes de restrictions alimentaires. (B.Brusset, 1977, J. et E. Kestemberg, 1992…)
- Depuis l'accès à une alimentation surabondante, dans les pays industrialisés, la compulsion alimentaire avec obésité est en augmentation croissante ces dernières années. Elle rend compte d'un aspect nouveau des troubles alimentaires, tous âges confondus, ainsi que les répercussions sur la santé des individus.
- L'accroissement de la longévité et l'observation de patients âgés carencés sur le plan nutritionnel, sans cause pathologique réelle ont permis de mesurer à quel point l'alimentation est un acte essentiel chez nos aînés. M.Ferry soutient qu'il est erroné de penser que l'âgé aurait tendance à moins manger en vieillissant. (M.Ferry, 1990)

D'autres investigateurs pensent que le refus de manger ou l'anorexie constatée chez des personnes âgées aux fonctions cognitives intactes, peuvent être liées à différents facteurs : l'environnement, la maladie, la relation entre soignants et l'individu.

Copyright GRIVEL Claudie et Université Lumière - Lyon 2 - 2003.Ce document est protégé

(EJ.Amella et RA.Dimaria, 1997)

Comme nous venons de l'exprimer, les comportements alimentaires pathologiques sont appréhendés par la médecine tout particulièrement chez l'adolescent et l'adulte. Cependant, du fait de l'accroissement de la population des plus âgés, des études plus récentes apparaissent sur l'alimentation de nos aînés.

On relève, cependant, peu d'études sur les troubles du comportement alimentaire et leurs répercussions psycho-dynamiques, chez l'âgé.

Dans notre société, la vieillesse est souvent associée à une représentation négative de l'existence. Par contre, l'alimentation semble au contraire se rapprocher de la notion de plaisir, bien que sa fonction première soit celle de nourrir l'organisme, indispensable pour sa survie. Le comportement alimentaire ne se réduit pas essentiellement, à l'ingestion de nourriture pour assouvir un besoin, mais il est le résultat d'une triple interrelation : hédonique, énergétique et social.

Il est important de garder en mémoire ces trois facteurs lorsque l'on aborde l'alimentation chez la personne âgée. En effet, lorsque l'isolement personnel (perte du conjoint, éloignement des enfants) et social (décès des amis, perte du travail) s'est accentué au fil des années, que les besoins énergétiques semblent moins prépondérants que pendant la jeunesse et l'âge adulte, le plaisir trouvé dans le choix des aliments, leurs saveurs, les odeurs des plats réalisés, leur présentation, sont des facteurs déterminants dans le plaisir de se mettre à table et de le partager avec les autres.

Il suffit alors d'un incident comme une chute, la perte du conjoint, une maladie, pour que l'équilibre parfois précaire du sujet âgé s'effondre. Les étayages internes et environnementaux n'offrent plus, alors les appuis nécessaires pour des investissements nouveaux. Le refus alimentaire devient alors le mode d'expression d'une souffrance psychique. On observe que certains sujets développent alors des troubles du comportement alimentaire, voire de refus alimentaire.

Lors de la première phase de notre recherche, (C. Ducottet, 1998) nous avions déjà été interpellés par le sens du refus et le lien avec cet acte essentiel de la vie : l'alimentation.

Lorsque l'on aborde le sens même de l'expression, le refus alimentaire, nous nous trouvons devant l'association de deux notions opposées dans leur représentation :

- Le refus est la marque d'une opposition : «ne pas laisser entrer»«ne pas accepter une chose offerte»
- L'alimentation est l'acte de se nourrir et fait lien avec la vie, c'est faire vivre en donnant des aliments.

Le refus alimentaire prend alors le sens de ne pas laisser entrer ce qui fait vivre.

Que se passe t- il dans le psychisme de la personne pour mettre sa vie en jeu? Peut-on le comparer à une forme de suicide ?

Dans chaque étape de l'existence, (le bébé, l'enfant, l'adolescent, l'adulte, l'âgé) le refus alimentaire est le signe d'un mal-être psychologique, social et/ou somatique. Il peut

Copyright GRIVEL Claudie et Université Lumière - Lyon 2 - 2003.Ce document est protégé

être la marque d'un trouble réactionnel.

R.A Spitz (1976) a montré, par ses travaux, que les carences affectives, les troubles du langage étaient liés au séjour des enfants en bas âge dans des institutions hospitalières. Il désigna par hospitalisme, cet état d'altération profonde aussi bien physique que psychique qui s'installe progressivement chez l'enfant hospitalisé. Les signes de l'hospitalisme se manifesteraient par un retard de développement corporel, une incapacité à pouvoir s'adapter à son environnement et parfois à un refus de parole. La carence affective liée à l'absence de la mère pourrait amener l'enfant jusqu'à la mort.

A la lecture de ces observations, on serait enclin à faire le lien entre l'hospitalisme chez le jeune enfant et le placement chez la personne âgé.

Pour L.Kreisler, (L.Kreisler et coll. 1999) le nourrisson peut refuser de se nourrir lors du sevrage, de l'introduction d'une alimentation diversifiée. Le refus est alors un mode de réponse d'opposition à la mère qui garde son attitude de contrainte.

Pour A.Freud, (A.Freud, 1965) la perte d'appétit chez l'enfant peut exprimer des formations réactionnelles contre les représentants pulsionnels inscrits au niveau anal. Le dégoût alimentaire deviendrait un désir de manipuler les aliments comme des matières fécales.

Pour S.Lebovici, (S.Lebovici, 1986) les perturbations alimentaires ont chez le nourrisson des significations diverses.

L'allaitement suppose un investissement des énergies psychiques sur le plan libidinal. Manger signifie alors prendre à l'intérieur de soi dans le sens de conquérir.

Les croyances religieuses, (le carême pour les catholiques, le ramadan pour les musulmans etc..) les convictions culturelles (différences alimentaires d'un pays à l'autre) peuvent induire des comportements de refus devant tels ou tels mets car ils sont interdits ou bannis selon leurs propres critères alimentaires. D'autres les refuseront parce qu'ils sont inconnus et donc suspects.

Il existe donc plusieurs formes de refus. Des refus liés à l'âge, à la culture, à l'image que chacun véhicule en soi depuis son enfance (habitudes, rites…)

Pourtant, le sens de ces refus n'est pas identique à notre objet de recherche. Ils peuvent être annonciateurs de cette forme plus sévère qu'est le refus alimentaire chez l'âgé, mais ils ne mettent pas la vie du sujet en danger car ils restent ponctuels et sont souvent remplacés par d'autres aliments conformes.

Cependant, une question se pose pour les personnes institutionnalisées, qui sont donc tributaires des menus établis :

Ont-elles la possibilité de choisir une nourriture plus à leur convenance ? Est-ce que ce n'est pas une des explications de ces longs mâchonnements et de la

en vertu de la loi du droit d'auteur.

difficulté à avaler ?

En psychopathologie, selon l'approche médicale, le terme de restriction alimentaire et d'anorexie sont employés, mais n'impliquent pas toujours la perte de l'appétit, sans pour autant affirmer qu'il s'agit d'un refus alimentaire délibéré. Il s'agit souvent d'une réduction de la prise de nourriture, pour des causes somatiques ou psychologiques ou les deux à la fois.

Le comportement alimentaire cherche à expliquer les influences intervenant dans le processus alimentaire comme une interaction entre la personne nourrie et le soignant, leur comportement et l'environnement.

Le problème alimentaire se trouve souvent banalisé ou plus exactement relégué au second rang de ce comportement comme n'étant pas la priorité immédiate des soins de la personne.

Cette perte d'appétit ne devient que la conséquence des autres symptômes dépistés. Le bilan de l'état général de la personne est réalisé. Les soins, une médicalisation appropriée et le calcul des besoins nutritionnels, pour favoriser une reprise de poids et de son état de santé, sont administrés. Pour chaque symptôme, une réponse thérapeutique tente d'être apportée par l'ensemble de l'équipe soignante : «il est déshydraté, on pose une perfusion ; il ne respire pas bien, on le met sous oxygène»

On traite le ou les symptômes, signes d'une pathologie somatique sous-jacente comme les maladies de l'appareil digestif, du cancer, etc…

Nous aborderons ultérieurement l'état de la question entre anorexie et refus alimentaire. En effet, le terme d'anorexie est souvent employé en médecine dans le sens de perte ou de diminution de l'appétit, voire de refus de la nourriture.

Nous nous écarterons volontairement du terme d'anorexie, que nous considérons comme une pathologie médicale et psychiatrique spécifique, pour aborder le refus alimentaire et ses répercussions psychologiques chez le sujet âgé comme une question particulière et différente.

Le refus alimentaire ou du moins les troubles du comportement alimentaire peuvent être aussi en lien avec un syndrome dépressif, un état anxieux sous-jacent, que l'on préfère ignorer, car il est parfois plus aisé de médicaliser la personne que de comprendre cet état dépressif. Il est vrai aussi, que les modifications de l'appétit font partie intégrante de la sémiologie de la dépression et que celle-ci peut aussi masquer un refus alimentaire, aggravé par une surmédicalisation. Celle-ci peut provoquer une perte d'appétit que l'âgé exprime relativement aisément : «Tous ces médicaments me coupent l'appétit»

J. Pellerin écrit à ce propos :

«La discussion n'est d'ailleurs pas close lorsqu'il s'agit de savoir si les comportements d'arrêt alimentaire complet doivent être appréhendés comme des équivalents dépressifs ou comme une entité syndromique particulière qui

en vertu de la loi du droit d'auteur.

pourrait comporter un syndrome dépressif.» (J. Pellerin, 1999)

Ainsi, le refus alimentaire, dans la plupart des cas, se retrouve projeté sur la scène corporelle, où se joue une pièce dans laquelle le patient est à la fois l'acteur et le metteur en scène de son devenir.

Le trouble alimentaire, devenu symptôme, se manifeste à bas bruit, relégué au second rôle, masqué par d'autres signes somatiques comme le mal de tête, des désordres digestifs ou des signes cardio-vasculaires.

De ce constat, une nouvelle interrogation émerge :

A quel moment, telle personne est ou non en restriction alimentaire ou en refus alimentaire ?

Sur ce point, la critériologie médicale est très précise : perte de poids, quantité ingérées de protéines, lipides, glucides. (M.Ferry, 1990) Cependant, elle ne rend pas toujours compte des éprouvés réciproques dans la relation avec le patient. Nous verrons que les modifications physiologiques et psychologiques liées au vieillissement, les pertes, les crises plus ou moins bien résolues provoquent des dysfonctionnements du Moi de la personne. Le refus alimentaire serait lié à cette désorganisation psychique révélant une souffrance psychique dans un contexte de placement.

Il est évident que les signes qui touchent aux conduites alimentaires sont en grande partie subjectifs. Il existe une ambiguïté au sein même d'une famille, du personnel soignant, de l'équipe médicale voire du psychologue, devant la réalité de l'alimentation du même patient.

Ainsi, il se verra désigné, soit comme ayant des problèmes alimentaires, avec une consommation inadéquate mais suffisante, soit comme ayant un comportement nutritionnel insatisfaisant. L'âgé exercera une forme de chantage en se plaignant de la nourriture, en la refusant pour s'approprier l'affection ou au contraire pour manifester son agressivité, son opposition, son désaccord avec des décisions prises sans son consentement.

Ce comportement peut être mal estimé par l'environnement du sujet âgé. Son entourage, plus spécifiquement sa famille, ne comprend pas cette attitude du parent envers eux et qu'il estime comme non mérité.

Un sentiment de culpabilité envahit la famille face à l'impossibilité d'agir sur la décision de l'âgé et de n'avoir peut-être pas su entendre le message du parent au moment voulu.

Se manifeste alors une inquiétude institutionnelle, familiale provoquée par le refus alimentaire, réactivant en chacun de nous, l'angoisse du manque, de l'abandon, de la séparation, de la mort.

La personne âgée, peut aussi par le refus alimentaire, mettre en sens une souffrance

Copyright GRIVEL Claudie et Université Lumière - Lyon 2 - 2003.Ce document est protégé

psychique qui restait tapie dans l'ombre et qui émerge plus ou moins violemment à la suite d'un facteur déclenchant comme la perte du conjoint, la maladie, le changement de domicile… Le refus de communication, de soins, d'alimentation et enfin de vivre, peut être la manifestation de cette souffrance.

L'âgé commence à perdre du poids, il se replie peu à peu sur son monde interne. C'est, malheureusement, à ce stade tardif que la prise en compte du problème est médicalement et psychologiquement réalisée.

Le refus alimentaire serait donc à considérer comme un symptôme essentiel alors qu'il a été mis entre parenthèse, noyé dans des manifestations poly-pathologiques plus exubérantes. Par le déclin physique, les deuils, les séparations, l'âgé est sous le signe de la perte. Chaque individu, face à un événement plus ou moins traumatique ou à un déficit, réagira selon son propre fonctionnement psychique et l'importance de l'emprise que peut avoir son environnement sur lui-même. La clinique nous amène donc à prendre en considération ce symptôme en tant qu'il est contemporain d'une émergence de souffrance.

La coïncidence dans l'apparition et dans le développement du refus alimentaire se retrouve dans la genèse de l'âgé. Les troubles du comportement alimentaire naissent à bas bruit. Pour certains, ils restent à l'état de troubles, avec des épisodes plus ou moins aigus, alors que pour d'autres, ils deviennent désordre, puis refus. Différents facteurs psychologiques, sociaux, médicaux se retrouvent sur la scène de l'individu comme les conditions de vie, les pertes, les maladies et ils amorcent irrémédiablement ce comportement.

Un premier travail (C.Ducottet, 1998) qui portait sur l'observation de seize personnes : huit vivaient à leur domicile et huit étaient institutionnalisées a permis de faire apparaître l'incidence de l'environnement sur la prise alimentaire, le lien entre le refus alimentaire et le placement institutionnel.

Cette étude a montré qu'une famille très présente dans l'environnement de l'âgé, a un rôle prépondérant dans l'équilibre alimentaire du sujet. et permet une meilleure adaptation, lors de l'institutionnalisation.

Nous verrons ultérieurement que d'autres facteurs sont à considérer pour une meilleure adaptation au monde institutionnelle.. Certains sujets nous ont cependant, interpellé par leur refus décidé et volontaire sur le plan alimentaire mais aussi des soins et de la parole.

Notre positionnement de psychologue chercheur en psychologie clinique nous a amenée à explorer le refus alimentaire chez la personne âgée dans un premier temps en institution et à son domicile, puis exclusivement en milieu institutionnel. Il nous a paru intéressant d'essayer de répondre aux nombreuses interrogations que soulève cette problématique alimentaire dans le champ de la psychologie clinique, aussi bien dans ce comportement de refus que de désordre alimentaire.

Dans la recherche de causalité, le placement en institution qui intervient bien souvent en situation d'urgence et parfois en dehors de l'approbation de la personne concernée, semblerait jouer un rôle prépondérant dans ce passage du désordre au refus. Cette

Copyright GRIVEL Claudie et Université Lumière - Lyon 2 - 2003.Ce document est protégé

corrélation entre comportement et institutionnalisation soulève plusieurs questions que la clinique nous renvoie et qui nous semblent pouvoir rendre compte de notre champ problématique.

- Pourquoi le refus alimentaire apparaît-il chez certaines personnes âgées et non chez d'autres, placées dans les mêmes conditions ?
- Quels sont les facteurs qui font passer du désordre au refus alimentaire?
- Peut-on penser que cet épisode de refus alimentaire a déjà été éprouvé dans l'existence de la personne ?
- Qu'en est-il du fonctionnement psychique de ces personnes ?
- Peut-on penser que ces personnes ont certains traits de personnalité particuliers ?
- Est-ce que le repli observé lors du refus alimentaire, est l'expression d'une situation exprimée par le sujet entre une revendication affective et un sentiment d'être sous l'emprise de son entourage ?
- Pourquoi cet événement de la mise en institution entraîne chez certains sujets âgés une incapacité à affronter cette nouvelle épreuve, comme si toutes lesressources internes nécessaires pour permettre un travail d'élaboration, étaient anéanties, empêchant tout remaniement psychique et le conduisant vers la mort ?
- Le refus alimentaire ne serait-il pas l'expression d'un repli narcissique nécessaire à son équilibre vital ?
- Le corps de l'âgé ne devient-il pas l'élément indispensable, le médiateur, dans cet acte violent qu'est le refus alimentaire, pour la compréhension de sa souffrance, de son «désir de non- vivre.» ?
- Quelle est la signification du «désir de non-vivre?»
- L'absence de paroles, la violence du refus alimentaire, interrogent l'environnement du sujet. Comment se situe l'équipe soignante, la famille, dans cette relation angoissante ?

Ces interrogations suscitées par nos observations cliniques nous amènent à énoncer **la problématique** du placement de la personne âgée en institution :

Dans la recherche de causalité, le placement en institution qui intervient bien souvent en situation d'urgence et parfois en dehors de l'approbation de la personne concernée, semblerait jouer un rôle prépondérant dans ce passage du désordre au refus. Cette corrélation entre comportement et institutionnalisation soulève plusieurs questions :

- Pourquoi cet événement du placement en institution entraîne chez certains sujets âgés une incapacité à affronter cette nouvelle épreuve, comme si toutes les ressources internes nécessaires pour permettre un travail d'élaboration, étaient anéanties, empêchant tout remaniement psychique et le conduisant vers la mort.
- Le corps de l'âgé ne devient-il pas l'élément indispensable, le médiateur, dans cet acte violent qu'est le refus alimentaire, pour la compréhension de sa souffrance, de

en vertu de la loi du droit d'auteur.

son désir de non-vivre ?

- L'absence de paroles, la violence du refus alimentaire, interpellent l'environnement du sujet. Comment se situe l'équipe soignante, la famille, dans cette relation angoissante ?

Pour tenter de répondre à ces questions nous nous appuierons sur notre pré-enquête, puis sur nos observations en milieu hospitalier :

- Le refus alimentaire survient souvent dans un contexte de placement vécu comme traumatique, provoquant une déstabilisation supplémentaire sur un monde interne déjà fragilisé.
- Le refus alimentaire est en lien avec le refus «de tout».
- L'environnement affectif et social a une place importante dans le travail d'élaboration de la personne.

L'hypothèse que nous avons élaborée à la lumière de nos différentes observations est la suivante :

Dans un contexte de dépendance de la personne âgée, la démarche de décision de son placement en institution, assumée essentiellement par d'autres qu'elle, fait rupture dans la destinée (dont elle s'était constituée une représentation en lien avec le travail de l'identification, de la projection et l'ensemble de ses défenses contre l'idée de mourir) qu'elle avait engagée pour elle. Le refus alimentaire serait le mode d'expression adressé à l'autre du refus de se voir brutalement déplacé de sa destinée et dépossédée de sa mort. Par autoprotection contre cet événement vécu comme traumatisant survenant sur un monde interne déjà fragilisé par les crises successives, la personne âgée convoque la défense maniaque pour sauvegarder un espace psychique qui a pour fonction d'élaborer les questions de sa destinée, de sa fin de vie, pour pouvoir resignifier son désir de non-vivre.

De cette hypothèse se dégagent plusieurs propositions que nous allons mettre à l'épreuve de la théorie psychanalytique et de nos observations cliniques. Notre travail de recherche se situe dans le contexte de placement de la personne âgée en institution hospitalière. Dans la majorité des cas observés, la famille, l'environnement ou une autre institution, sont responsables de ce placement. Les facteurs déterminants sont souvent la maladie, une chute, un état dépressif. L'âgé ne trouve plus sa place au sein de ce nouvel environnement où il est pris en charge, dégagé de toute responsabilité dans les actes quotidiens.

Après la perte de sa «place» dans la société, quelle place lui laisse t-on dans ce milieu institutionnel ? Peut-il retrouver une «place» qui lui permette de

en vertu de la loi du droit d'auteur.

s'adapter et de rééquilibrer son monde interne ?

Nous verrons que ce placement en institution hospitalière est vécu comme un événement traumatique, qui ébranle un équilibre précaire dû aux perturbations psychologiques et physiques de la sénescence. Il réactive la crainte d'un effondrement, de se sentir une nouvelle fois diminuée, les appréhensions à se confronter aux autres.

De notre hypothèse, nous explorerons chaque élément qui la compose et qui préfigure la distribution des étapes de notre travail de recherche.

Afin de bien discerner l'anorexie du refus alimentaire, dans une première partie, nous les définirons et ferons un état de la question entre anorexie et refus alimentaire.

Nous aborderons la démarche méthodologique qui a été la nôtre dans cette recherche.

Dans la deuxième partie, nous étudierons la question du vieillissement physiologique et psychologique, ses répercussions sur la personne et sa relation avec le refus alimentaire. Nous verrons que les modifications liées au vieillissement provoquent des perturbations alimentaires et que les insuffisances d'apport alimentaire le rendent encore plus fragile et vulnérable. Le corps devient alors le lieu des dysfonctionnements, des plaintes qui permettent à l'âgé d'exprimer sa souffrance psychique à travers sa souffrance corporelle.

Sur le plan psychologique, le sénescent doit faire face à une crise qui met en péril les étayages acquis jusqu'à ce jour et qui s'étaient révélés efficaces.

Cette crise va pour certain être les prémices d'un désordre alimentaire qui se changera en refus sous l'effet d'un traumatisme comme le placement.

Le sujet se trouve dépendant de son environnement, dans le choix de sa destinée, de son terme.

Au cours du vieillissement, le narcissisme défaille. La personne âgée perd confiance en elle, elle se réassure auprès de son environnement lorsqu'elle le peut. Par les plaintes, le corps devient le médiateur de ce besoin de réassurance sur l'image qu'elle donne aux autres.

A cette question du vieillissement est liée le travail du vieillir qui peut offrir à l'âgé une possibilité de remettre en ordre les moments laissés dans l'ombre dans son vécu.

Nous aborderons la question du vieillir et la temporalité, celui en lien avec le travail du deuil et celui spécifique de la mort.

Dans la troisième partie, nous traiterons plus spécifiquement du sens du refus alimentaire.

Nous verrons dans un premier point, que le refus alimentaire peut être un mode de réponse au placement institutionnel, un refus d'être dépossédée de son identité, un refus comme conséquence de la dépossession de sa mort.

Copyright GRIVEL Claudie et Université Lumière - Lyon 2 - 2003.Ce document est protégé

Dans un deuxième point, nous aborderons le refus alimentaire comme étant l'expression d'une réaction défensive pour se protéger d'une menace extérieure qui met en danger son espace psychique, l'élaboration du travail du vieillir, une dépossession de sa mort.

Dans un dernier point, nous lierons refus alimentaire et dysfonctionnement du travail du vieillir, un désinvestissement narcissique.

De notre premier travail, (C.Ducottet, 1998) nous avions centré notre recherche sur des personnes ayant des troubles du comportement alimentaire en milieu institutionnel ou à leur domicile. Un questionnaire qui ciblait l'alimentation, était proposé aux personnes âgées, à leur famille et aux soignants référents de la personne. Cette méthode pouvait difficilement s'appliquer car nous étions en présence d'une population en état de faiblesse psychique et physique trop important.

Ces questionnaires ont permis de cerner plus précisément les liens entre refus alimentaire, le placement et l'environnement de la personne âgée. Pour plusieurs raisons nous avons renoncé à cette méthode pour ce travail de recherche :

- Difficulté de bâtir un questionnaire performant, ne laissant aucune ambiguïté sur les questions posées.
- Comme nous l'avons déjà mentionné, l'état somatique et psychique des personnes interrogées, étaient souvent dégradées. Elles étaient dans l'incapacité de se concentrer sur l'ensemble des questions ou refusaient de répondre à des questions qui pouvaient être ressenties comme intrusives.
- La difficulté de récupérer les questionnaires des familles, des soignants. Les raisons évoquées étant le manque de temps, l'oubli, certaines difficultés à donner des réponses.

A partir de notre première démarche méthodologique qui a été celle du questionnaire à l'adresse de la personne âgée et de son entourage, la poursuite de la conduite méthodologique, s'est constituée par des entretiens de durée irrégulière selon l'état de santé de la personne. Les seules interventions que nous nous autorisions, étaient des relances sous formes de questions ou des reformulations.

Nous avons renoncé à toute autre méthode car explorer le refus alimentaire quelles que soient les pathologies associées, c'est accepté de se voir refuser l'entretien.

Cet empêchement se manifeste par différents comportements : une opposition verbale parfois agressive, mutisme, une incapacité physique et psychique de la personne de soutenir celui-ci.

Nous avons fait le choix d'avoir une méthodologie souple, qui s'adaptait aux conditions du service (difficulté de trouver sa «place» en tant que chercheur psychologue) à la personne âgée et ses refus.

Après un premier entretien proposé à des personnes ayant des troubles du comportement alimentaire, décelé par les soignants ou les familles, nous établissons des rendez-vous régulier, avec la personne âgée à raison d'une fois par semaine.

Copyright GRIVEL Claudie et Université Lumière - Lyon 2 - 2003.Ce document est protégé

Le décès ou leur état de santé trop critique de certains patients ont limité la durée des entretiens. Cette difficulté éprouvée lors des entretiens nous a permis de constater que le refus alimentaire était aussi associé au refus de paroles, de soins : au refus dans sa globalité.

Des entretiens ont été proposés aux familles et aux soignants référents. Malgré certaines difficultés, les entrevues possibles ont permis de cerner le rôle prépondérant de l'environnement de la personne âgée et son impact sur le développement du refus alimentaire.

Certains médecins dans leurs préoccupations professionnelles de recherche se sont ouverts à une articulation psychique tels que J.Morley, E.Amella et d'autres chercheurs Nord Américains qui ont travaillé sur la dépression du sujet âgé et sur les incidences sur la nutrition. M.Ferry et ses recherches sur les comportements alimentaires liés à la vieillesse, les facteurs liés aux pathologies qui pourraient avoir des répercussions sur la prise alimentaire.

Les principaux auteurs auxquels nous ferons référence sont les fondateurs de la métapsychologie psychanalytique : S. Freud, A. Freud, RA.Spitz, M. Klein D.W.Winnicott.

Nous ferons référence aux travaux de S.Freud sur les angoisses, le narcissisme, la notion du principe de plaisir.

Nous reprendrons les recherches sur les mécanismes de défenses développés par A.Freud et M.Klein.

De D.W.Winnicott nous reprendrons ses travaux sur la transitionnalité, les comportements de la mère et du nourrisson dès les premiers instants.

D'autres auteurs ont travaillé plus spécifiquement sur la question du vieillissement, de l'importance de la famille, de l'entourage institutionnel :

- Les travaux de C.Balier sur le narcissisme du vieillissement ont permis de faire avancer notre réflexion sur la relation entre le narcissisme, le refus alimentaire et la mort.
- Les travaux de J.Gaucher sur la vieillesse et la notion de stade, la crise de la sénescence, les conduites alimentaires chez les âgés ont permis d'appréhender la vieillesse comme un stade dans l'histoire de l'individu et de faire le lien avec les comportements sociaux, psychologiques.
- Par ses travaux, H. Bianchi a renforcé notre réflexion sur le travail du vieillir, le travail du trépas, la psychanalyse du temps et du vieillissement.
- L.Ploton, par ses nombreux travaux sur la démence, a permis d'entrevoir cette pathologie comme ayant du sens pour la personne âgée qui s'y réfugie.
- P.Charazac a par ses travaux sur les psychothérapies des sujets âgés et de leur famille, conforté notre hypothèse sur le rôle prépondérant de la famille pour l'âgé.
- D.Quinodoz a travaillé le concept du travail du vieillir, et s'est interrogé sur le sens de celui-ci pour l'âgée : un appauvrissement ou un enrichissement ?
- Nous ne pouvons clore l'apport de ces auteurs sans mentionner R.Kaës et ses

en vertu de la loi du droit d'auteur.

travaux sur la crise et sur l'institution.

Enfin, nous ferons référence aux travaux de J.Bowlby, K.Lorenz, et B.Cyrulnik pour leurs travaux sur l'étude comportementale.

De ce travail se dégage une partie théorique dans laquelle nous argumenterons sur la question du vieillissement et ses modifications physiologiques et psychologiques qui sont bien souvent les causes de l'émergence d'un déséquilibre psychologique chez l'âgé.

Ainsi, lorsque l'on étudie le processus du vieillissement, il est important de garder en mémoire les pertes, les remaniements, les crises, les deuils, que la personne âgée a traversé au cours de son histoire et qu'elle a plus ou moins bien résolues et qui peuvent permettre une meilleure compréhension dans l'émergence des comportements jugés inadaptés.

La personne âgée affaiblie ne pourra qu'accepter le placement proposé ou imposé. Nous verrons quel est le sens du placement et son retentissement sur le monde interne de la personne âgée.

Nous essayerons de comprendre le sens du refus alimentaire chez la personne âgée institutionnalisée, «qui n'a plus sa place.»

La deuxième partie centrée sur la clinique ouvrira sur un autre débat d'hypothèse à partir de l'étude d'un matériel traité essentiellement d'entretiens cliniques. Nous aborderons les difficultés rencontrées pour le recueil du matériel de recherche.

L'analyse des données se fera sur une répartition en trois groupes :

- Le premier groupe sera constitué de personnes âgées ayant un comportement alimentaire perturbé sans parler de refus alimentaire.
- Le deuxième groupe comprendra des personnes âgées ayant une conduite de refus alimentaire transitionnel, c'est-à-dire qui peuvent passer des troubles au refus alimentaire ou des refus aux troubles alimentaires.
- Un troisième groupe formé de personnes âgées en refus alimentaire

De ces observations nous essayerons de donner des perspectives à visée thérapeutiques sur la question du placement et ses conséquences sur la personne âgée. Elles permettront d'aborder le refus alimentaire dans sa signification psycho-dynamique et non plus seulement somatique. Nous essayerons de proposer des applications pratiques qui peuvent aider à une meilleure adaptation au placement, de soumettre d'autres alternatives que le placement.

Avant d'aborder le cheminement de cette recherche, il nous a paru important de témoigner de notre position dans le choix de cet objet d'étude. Sans s'appesantir sur des expériences d'un environnement personnel, nous avons toujours été frappé par l'absence de toute considération du refus alimentaire chez la personne âgée, ainsi que par la similitude des conséquences d'autodestruction violente avec l'anorexie de la jeune fille ou de l'adulte jeune.

en vertu de la loi du droit d'auteur.

Première partie. Quelques préalables sur l'état de la question et la démarche méthodologique

I.1. L'ÉTAT DE LA QUESTION ENTRE ANOREXIE ET REFUS ALIMENTAIRE.

Les concepts de malnutrition, d'anorexie, de refus alimentaire sont des concepts en lien avec les troubles nutritionnels que l'on peut observer chez la personne âgée. Il nous a semblé important de les définir afin d'ôter toute ambiguïté quant à leur sens. En effet, nous avons constaté, lors des recueils de données que le sens de ces concepts n'était pas toujours compris de la même façon s'ils étaient employés par les soignants, les familles, le corps médical et le sujet âgé. Ne perdons pas de vue que notre lieu de recherche se situe dans un hôpital gériatrique, lieu de diagnostics, de soins, de traitements. Il est donc important de définir les concepts nutritionnels qui sont employés par l'équipe médicale les traitements qui ont été donnés, à titre indicatif.

La malnutrition et l'anorexie sont des concepts médicaux qui permettent de nommer des symptômes précis et de faire un diagnostic de maladie. A ce propos, nous

Copyright GRIVEL Claudie et Université Lumière - Lyon 2 - 2003.Ce document est protégé

n'aborderons pas l'anorexie mentale qui est une pathologie bien spécifique de la jeune fille (beaucoup plus rare chez le garçon) même si nous retrouvons des comportements similaires dans le refus alimentaire chez la personne âgée. (E et J.Kestemberg et coll, 1992)

Ainsi, le diagnostic de malnutrition, d'anorexie peut par leurs symptômes permettrent de déceler une pathologie grave comme un cancer… Elles signalent l'aggravation d'une pathologie qui peut mettre en danger la vie de l'âgé. Pourtant, dans la plupart des cas, les signes de malnutrition ne sont pas apparents et restent difficiles à percevoir. Une évaluation de l'appétit apporte quelques éléments sur la façon dont se nourrit le patient mais elle reste peu fiable.

Mais peut-on évaluer l'appétit ?

L'appétit est l'ensemble des qualités sensorielles, visuelles, gustatives, olfactives et tactiles des substances alimentaires. Elles déterminent l'envie et le plaisir de manger. Il reste une notion subjective et différente d'une personne à une autre. Avoir de l'appétit ne signifie pas non plus bien manger. En effet, non seulement l'appétit diminue sensiblement avec l'âge, mais se modifie.

Ainsi, bien souvent le goût du sucré prend le pas sur le salé et il n'est pas rare de voir des retraités se rassasier avec des friandises, des biscuits, remplaçant la prise de légumes, de viandes nécessaires à l'équilibre nutritionnel.

Physiologiquement, les besoins nutritifs changent, se modifient lentement avec le temps, tout comme les fonctions d'ingestion et d'excrétion. Par suite de la diminution des activités physiques, le corps requiert moins de nourriture pour se maintenir à un poids normal.

Il est donc nécessaire de prendre en considération certains signaux d'alarme, comme la perte de poids significative, une altération du goût, une sensation constante de la faim, qui peuvent permettre de déceler une pathologie, mais aussi une anorexie grave, une malnutrition ou des troubles alimentaires.

Ainsi, pour M. Ferry, la perte de poids est un facteur de mauvais pronostic :

«Au-delà de soixante-dix ans, la diminution de poids est un facteur de morbidité, bien plus grave qu'une légère prise de poids. L'insuffisance pondérale est associée à des déficits en vitamines et minéraux ainsi qu'à des dysfonctions et à des maladies. » (M. Ferry, 1990)

Avant d'aborder l'évaluation médicale de l'état nutritionnel de l'âgé, nous citerons quelques définitions des termes médicaux usuels, employés à propos de la nutrition.

I.1.1.Quelques définitions de termes employés à propos de la nutrition.

- La malnutrition est «un défaut d'adaptation de l'alimentation aux conditions de vie d'un individu, d'une population; un déséquilibre alimentaire.» (Larousse) Comme le mot l'indique, malnutrition, la personne ne s'alimente pas correctement, pour

Copyright GRIVEL Claudie et Université Lumière - Lyon 2 - 2003.Ce document est protégé

différentes raisons, sociales, physiologiques, psychologiques, ce qui provoque un déséquilibre et met sa vie en danger.

- La dénutrition est un trouble de la nutrition qui est caractérisée par «l'excès de la désassimilation sur l'assimilation». C'est un processus physiologique par lequel des substances préalablement assimilées, sont éliminées par l'organisme.
- L'anorexie, est la diminution ou l'abolition de l'alimentation par perte de l'appétit ou refus de nourriture. Elle est surtout fréquente chez l'adolescente et provoque un amaigrissement important.

Pour M.Ferry, chez l'adulte et l'âgé, l'anorexie est :

«Un symptôme phare de la malnutrition protéino-énergétique qui s'exprime par une perte du besoin et du plaisir de manger et qui constitue un véritable défi thérapeutique tant en milieu ambulatoire qu'institutionnel.» (M. Ferry, 1990)

L'amaigrissement très important peut aboutir à la cachexie et à la mort.

- La cachexie est un état d'affaiblissement, d'amaigrissement extrême du corps constituant la phase terminale de certaines maladies ou infections chroniques, conséquence d'une anorexie sévère quelle qu'en soit la cause. Cet état peut s'observer dans l'anorexie mentale de l'adolescente. On peut dire que la cachexie est une conséquence de l'anorexie.
- Le refus alimentaire est plus un acte de refus de se nourrir qu'un symptôme, dans le sens où le symptôme est un phénomène particulier, un indice qui révèle un trouble fonctionnel dans l'organisme. C'est plutôt un «non» exprimé par la personne afin d'exprimer un appel à l'aide, une opposition à une décision prise. Le refus est un comportement utilisé pour révéler un mal-être et qui a une incidence sur le somatique lorsque ce refus n'est pas compris. Il peut entraîner une perte de poids importante et une malnutrition, voire à une cachexie. Notre recherche se place dans la compréhension de cet acte qu'est le refus alimentaire comme signe, langage non verbal utilisé par l'individu pour donner sens à un mal être, à une crise non résolue et un travail du vieillir qui n'a pu arriver à son terme.

Dans le cadre de notre recherche, nous n'utiliserons que le concept de refus alimentaire et de troubles alimentaires d'un point de vue psycho-dynamique.

L'anorexie, la cachexie, la dénutrition, resteront un langage médical et seront employés à propos de travaux, de diagnostics médicaux.

Même si notre champ est essentiellement psycho-dynamique, il est important d'établir une évaluation de l'état nutritionnel de l'âgé afin de répertorier les causes somatiques liées à cet état.

I.1.2. Evaluation médicale de l'état nutritionnel de l'âgé.

Du fait de l'augmentation de la durée de vie, les recherches en gériatrie et en gérontologie sont relativement récentes. Or la nutrition et les habitudes alimentaires sont maintenant

en vertu de la loi du droit d'auteur.

reconnues comme un facteur de prévention des handicaps et de certaines pathologies chroniques que l'on pensait liées à l'âge.

Le premier signal d'alarme qui reste le plus significatif et le plus observable pour le corps médical est la perte de poids.

Des études sur la nutrition du sujet âgé ont montré qu'avec le vieillissement, il y avait une diminution de la masse musculaire (les muscles squelettiques perdent la moitié de leur poids entre 20 et 80 ans)

Le vieillissement, la diminution de l'activité physique, et les maladies sont responsables de ce que le corps médical appelle la «sarcopénie» qui est diagnostiquée par une amyotrophie généralisée c'est-à-dire que les organes et les tissus, par un défaut de nutrition, sont caractérisés par une diminution de leur volume et de leur poids. (Collectif, 1999)

Les conséquences de cette «sarcopénie» sont une diminution des réserves en acides aminés, une motricité difficile responsable des chutes, une thermorégulation déficiente et donc une autonomie et une qualité de vie qui régressent.

Une évaluation de l'état nutritionnel de l'âgé est alors effectuée et comporte un questionnaire posé à la personne à évaluer ainsi qu'à son entourage pour compléter s'il y a lieu ou permettre de faire un croisement des réponses.

Ce questionnaire permet de faire apparaître que:

- L'âgé, perd bien souvent la notion d'une alimentation équilibrée.
- La famille a bien souvent, une mauvaise évaluation de l'alimentation du parent du fait de l'éloignement, à son angoisse que génère les problèmes alimentaires, ajoutés aux problèmes liés au vieillissement du parent.

Le diagnostic de malnutrition est fait par une mesure de l'état nutritionnel de la personne.

Plusieurs paramètres sont alors utilisés (M.Ferry, 1990) :

- Un relevé de chaque met consommé pendant trois jours est noté.
- Une mesure du poids régulière est pratiquée. Ainsi, une perte de 2 kg en un mois ou de 4 kg en six mois doit alerter.
- L'anthropométrie qui permet de connaître la masse musculaire en mesurant la circonférence du bras et du mollet et la masse grasse en mesurant l'épaisseur des plis cutanés. Cet examen permet d'approcher la composition corporelle.
- L'albuminémie qui permet de montrer une carence d'apport en protéines.

Ces quatre paramètres, que nous avons cités brièvement, permettent de donner une bonne évaluation du pronostic de malnutrition. Cependant, l'évaluation ne donne pas la cause de cette alimentation déséquilibrée.

D'autres études sont effectuées pour essayer de donner une bonne estimation de l'alimentation de l'âgé et des facteurs qui lui sont liés, qu'ils soient d'ordre somatique et/ou environnemental.

en vertu de la loi du droit d'auteur.

Ces études ont leur importance sur le plan somatique car elles permettent de dépister des comportements alimentaires mal adaptés, d'en déterminer la ou les causes physiologiques mais aussi psychologiques et sociologiques.

A partir de ces évaluations, des études ont été menées pour comprendre ces comportements alimentaires afin de pouvoir les traiter. Elles ont permis de mettre en évidence que chez la personne âgée, les troubles alimentaires ne sont pas obligatoirement le signe d'une pathologie sous-jacente mais aussi d'un problème environnemental, d'un mal-être lié à des facteurs psychologiques et sociologiques.

Il est donc intéressant de mentionner ces travaux qui sont une source de renseignements sur la personne âgée et son environnement (médical, familial, social) comme on peut le constater dans l'étude suivante qui, sous forme de questionnaire, permet d'avoir une bonne approche du comportement alimentaire. (M.Ferry, 1990)

Il explore les domaines suivants :

- Est-ce que les revenus de la personne sont suffisants et permettent l'achat d'aliments variés ?
- Peut-elle faire ses courses ?
- Est-ce que les protéines, le calcium et les vitamines font partie de son menu?
- Y a t- il une bonne conservation des aliments ?
- Qui prépare les repas et combien y en a t- ils par jour ?
- Prend-elle ses repas, seule ou en compagnie ?
- Y a t- il plaisir à la prise des repas ?
- Quelle est la quantité de liquides bus quotidiennement ?
- Garde t- elle une activité physique, élément essentiel dans le maintien de l'autonomie ?
- Y a t- il une bonne hygiène corporelle et dentaire ?

La lecture de ces paramètres permet au médecin d'apprécier le risque de malnutrition et la prévention nécessaire à appliquer.

Il faut savoir que le malade âgé a besoin d'un support nutritionnel spécifique, indispensable en fonction de la sévérité de la maladie et de l'anorexie.

Les besoins énergétiques doivent atteindre 35 à 45 kcal/kg/jour en 3 à 5 jours, soit 2100 à 2700 kcal/j pour 60 kg. Après la phase aiguë, les apports sont encore de 35 kcal/kg/j jusqu'à la récupération du poids normal. (M. Ferry, 1990)

Pour traiter cette perte de poids, le médecin a plusieurs moyens à sa disposition selon l'origine de cette chute pondérale. Comme nous le mentionnions auparavant, ces moyens utilisés sont des traitements employés par l'équipe médicale du service et qui font partie de l'environnement de l'âgé.

- Les suppléments oraux qui sont des aliments enrichis en protides, avec des collations qui sont prises à 10 heures, au goûter ou avant le coucher. Cette méthode est très

Copyright GRIVEL Claudie et Université Lumière - Lyon 2 - 2003.Ce document est protégé

employée en milieu hospitalier car elle est bien acceptée par la plupart des patients qui apprécient surtout au goûter ces yaourts aromatisés. Leur défaut est leur coût élevé. Cependant, il arrive que l'anorexie ne puisse être enrayée par ces suppléments enrichis.

- Une alimentation mixée surtout utilisée lors de problèmes dentaires, de mastication, de «fausses routes», d'impossibilité d'avaler.
- L'hypodermoclyse, c'est-à-dire la perfusion sous-cutanée de liquide est employée pour réhydrater la personne.
- Les patients ayant eu un accident vasculaire cérébral doivent avoir une position correcte pendant les repas : dos droit, pied au sol. L'alimentation doit être avec des liquides épaissis ou bien la consistance de la nourriture doit être changée pour une meilleure assimilation. (EJ. Amella, 1997)
- La nutrition entérale peut être une technique pour nourrir l'anorexie. Elle consiste en la pose d'un tuyau dans l'estomac. Il a pour but d'amener une nourriture semi-liquide dans l'estomac et de nourrir et de permettre à la patiente de reprendre du poids et de reprendre une alimentation normale.
- La nutrition parentérale est une alimentation par perfusion par voie veineuse et qui est employée pour des personnes incapables d'avaler sans suffoquer ou aspirer.

Ces deux dernières méthodes d'alimentation artificielle, la nutrition entérale et parentérale sont des techniques qui ne peuvent être prescrites sans être accompagnées d'une réflexion éthique prenant en compte le pronostic et la qualité de vie de la personne âgée. Sujet que nous laisserons en suspens malgré les nombreuses interrogations qu'il soulève et qui reste en lien avec notre objet de recherche.

L'efficacité de la ré-alimentation et de la réhydratation est évaluée sur un appétit régulièrement surveillé sur la reprise de la force musculaire qui intervient dès la première semaine de ré- nutrition, sur la guérison des infections et la cicatrisation des escarres.

La stratégie nutritionnelle peut se résumer en trois étapes

- Améliorer le pronostic. Si c'est impossible
- Eviter les complications. Si c'est impossible
- Assurer le confort

Nous venons d'exposer sur l'évaluation et la prise en charge médicales à propos de l'anorexie. Mais où se situe le refus alimentaire ?

Peut-on traiter le refus alimentaire comme l'anorexie ?

I.1.3. Le refus alimentaire est-il à dissocier des autres pathologies ?

Sur le plan essentiellement médical, il est certain que le praticien voit en consultation des personnes âgées qui souffrent de troubles alimentaires ayant pour causes des pathologies qui provoquent une baisse de l'appétit, voire un refus de s'alimenter.

Copyright GRIVEL Claudie et Université Lumière - Lyon 2 - 2003.Ce document est protégé

Ces causes sont souvent intriquées à des motifs socio-économiques, comme la diminution des ressources, l'isolement, des difficultés à s'approvisionner, à cuisiner, etc…, à des causes psychologiques comme la perte du conjoint, l'éloignement des enfants….

Il arrive aussi que le médecin soit appelé au chevet du sujet lorsque celui-ci refuse de se nourrir depuis plusieurs jours, l'entourage se trouvant démuni face à ce refus de s'alimenter et ne comprenant pas cet acte.

Pour M.Ferry, l'anorexie est le symptôme développé par l'âgé pour signifier d'autres pathologies de type somatique et/ou psychiques.

«Si l'anorexie apparaît pour certains auteurs comme un processus normal lié à l'âge, il paraît plus vraisemblable que cette anorexie soit secondaire à la polypathologie fréquemment rencontrée chez les sujets âgés... En pratique, devant tout sujet anorexique âgé, il faut savoir éliminer une pathologie sous-jacente, évaluer l'état psychique et surtout réapprendre au patient le plaisir et le bienfait d'une cuisine hédonique.» (M.Ferry, 1996)

En conclusion, on peut dire qu'insuffisamment nourrie, une personne âgée présente un équilibre précaire du fait de ses diminutions de ses réserves énergétiques. Mais que la survenue d'un événement peut entraîner alors des troubles alimentaires qui accroît dangereusement la morbidité et la mortalité.

L'approche de l'anorexie, bien qu'elle soit liée à certaines pathologies, laisse apparaître son lien avec le champ social.

Cependant, l'anorexie reste pour nous liée au champ médical et nous emploierons que le terme de refus alimentaire en lien avec l'individu au «stade de la vieillesse» (J. Gaucher, 1993) et le placement en institution, ce qui nous permettra d'évoluer dans le champ psycho-dynamique, en mettant le champ médical au second plan.

Nous aborderons donc, dans cette recherche, le refus alimentaire en tant que comportement ayant du sens pour la personne et non pas comme étant une pathologie. Cependant, nous ne dissocions pas, le refus alimentaire des autres pathologies mais nous l'observons sous son aspect psycho-dynamique.

En effet, selon notre hypothèse de travail, la démarche de placement en institution, assumée bien souvent par d'autres membres de l'entourage du sujet âgé, fait rupture dans sa destinée. Le refus alimentaire serait alors son mode d'expression, pour signifier son désaccord, son refus d'être déplacé de la voie choisie, d'être interrompu dans son travail du vieillir qui essaye de rééquilibrer son monde interne fragilisé par la crise de sénescence, des pertes et des deuils partiellement ou non résolus.

Pour comprendre ce comportement de refus alimentaire, nous avons déterminé une démarche méthodologique qui a permis à l'âgé d'exprimer sa difficulté de se nourrir, mais surtout de mettre en mots, lorsqu'il le peut, sa souffrance face à une fin de vie, qu'il n'a pas choisi.

I.2.La démarche méthodologique.

en vertu de la loi du droit d'auteur.

Une des principales difficultés dans cette recherche est inhérente à notre objet de recherche :

Des personnes âgées hospitalisées, ayant des troubles du comportement alimentaire qui peuvent les conduire au refus alimentaire.

A ces sujets qui sont au terme de leur vie, s'associent l'hospitalisation et le refus de se nourrir. L'un est porteur d'angoisse et l'autre de mort. Nous nous sommes donc retrouvée confronter à la rapide dégradation des patients et à leur décès.

Un autre problème est apparu auquel nous n'avions pas pensé :

La façon d'appréhender le refus de nourriture différait selon la place de l'observateur dans l'environnement de la personne âgée : membre de l'équipe, membre de la famille, le sujet âgé lui-même.

Pour certains, l'alimentation était jugée comme insuffisante pour les autres, elle devenait inexistante.

Si bien qu'un patient appréhendé comme étant en refus alimentaire ne l'était pas forcément :

- Soit parce qu'il se nourrissait entre les repas de sucreries.
- Soit parce qu'il se contentait de sélectionner les mets qui lui plaisaient.
- Soit parce qu'il n'avait pas réellement changé les quantités ingérées, étant habitué à se nourrir ainsi, sauf lorsque la nourriture était jugée trop mauvaise. Il concédait alors qu'il avait peu mangé.

Il fallait donc inclure dans nos données les habitudes alimentaires.

Chacun aborde le problème alimentaire en fonction des traces laissées dans son enfance, de ses expériences vécues, de sa culture, de son environnement. (M. Ferry, 1996)

Plusieurs questions se posent alors :

- Quand est-ce qu'un sujet âgé est en refus alimentaire ?
- Y a t- il des critères spécifiques qui permettent d'appréhender le refus alimentaire ?

Nous avons évoqué, sur le plan médical, la perte de poids importante comme étant un des facteurs qui peut suggérer le refus alimentaire. Sur le plan psychique, l'état dépressif, le repli sur soi peut aussi être source de mauvaise nutrition.

Nous avons abordé, la construction de la méthodologie des entretiens différemment après la passation de questionnaires auprès d'une population de personnes âgées institutionnalisées, à leur domicile, auprès des soignants et d'un membre de la famille considéré comme référent du sujet interrogé. (C.Ducottet, 1998)

Lors de la première phase de notre recherche, il nous avait semblé important d'essayer d'évaluer ce comportement à l'aide d'un questionnaire, qui nous semblait une technique souple compte tenu d'une population âgée, fragilisée par les poly-pathologies et les handicaps sensoriels et cognitifs.

en vertu de la loi du droit d'auteur.

Il a été présenté aux personnes âgées identifiées comme ayant des troubles du comportement alimentaire, à un membre de la famille et aux soignants s'occupant de la personne interrogée. Ce support permettait de relancer les personnes anxieuses, un peu confuses.

Pour les accompagnants, il leur permettait de répondre sans notre présence.

Les observations portaient sur seize personnes réparties de la façon suivante :

- Sept témoins :
  - Quatre vivaient à leur domicile
  - Trois étaient en institution.
- Neuf sujets en refus alimentaire :
  - Quatre vivaient à leur domicile
  - Cinq étaient en institution.

Population observée dans la précédente recherche

Refus alimentaire	4	5
Sans trouble alimentaire	4	3

A chacun, un questionnaire personnel leur a été proposé. Nous leur lisions les questions aussi souvent que le besoin s'en faisait ressentir. Ce dispositif a permis des entretiens semi-directifs laissant libre cours à leurs souvenirs tels que le lieu de leur enfance, leur travail, leur vie actuelle, leur famille.

La possibilité de s'exprimer leur était donnée même si ce fut difficile à cause des problèmes sensoriels, du manque d'habitude de parler, de la fatigue…

Des questionnaires qui concernaient essentiellement la prise alimentaire de leur parent ont été remis à «l'enfant référent» des personnes interrogées, avec leur accord demandé au préalable.

Un questionnaire a aussi été confié aux soignants référents de la personne âgée.

Peu de questionnaires sont revenus de la part des familles, surtout dont les parents étaient institutionnalisés. Ceux distribués aux soignants ont été remplis non pas individuellement mais par plusieurs, dans l'anonymat, ce qui noyait les informations dans des généralités et qui évitait toute discussion à propos des réponses données.

Ce dispositif nous a montré ses limites pour les personnes institutionnalisées. En effet, celles-ci étaient :

- Soit dans l'impossibilité de répondre aux questions car leur santé ne leur permettait pas un tel effort, même si la plupart des questions ne demandaient qu'une réponse par oui ou par non.

Copyright GRIVEL Claudie et Université Lumière - Lyon 2 - 2003.Ce document est protégé

- Soit, elles refusaient catégoriquement l'entretien. C'était le cas, la plupart du temps des personnes en refus alimentaire.
- Soit, elles commençaient le questionnaire et s'arrêtaient assez vite, lassées d'un tel effort.

Cependant, ce dispositif a permis de faire le lien entre

- Le refus de se nourrir et le refus de paroles.
- Le refus alimentaire et souvent l'absence de l'environnement familial.
- Le refus alimentaire et l'hospitalisation vécus comme traumatiques.

De ce premier travail, il est apparu qu'il nous fallait restreindre notre objet de recherche.

- D'observer une population hospitalisée en moyen et court séjour en milieu de gériatrie médicale.
- D'appréhender le refus alimentaire en lien avec notre hypothèse de recherche, c'est-à-dire dans le champ psycho-dynamique du vieillissement humain, avec des répercussions sur le monde interne de la personne âgée, sur son environnement
- De mettre au second plan les problèmes alimentaires essentiellement d'origine somatique, même si pour certains, la pathologie peut en être le point de départ, le somatique étant largement pris en compte dans un service de gériatrie médicale.

Il est important de garder en mémoire que certains actes médicaux, telle qu'une opération chirurgicale, des chimiothérapies, certaines pathologies, ont une incidence directe sur la prise alimentaire.

Mais, l'observation montre aussi que pour une même pathologie, les personnes n'auront pas le même comportement alimentaire : les unes reprendront peu à peu une alimentation suffisante alors que d'autres glisseront progressivement dans le refus alimentaire. Ce qui laisse penser que celui-ci est observé comme le symptôme d'une souffrance qui a une signification psychique propre à l'individu qui le développe.

Notre objet de recherche se situe donc, dans la compréhension de ce symptôme : les troubles alimentaires et sa composante, le refus alimentaire, pour une personne âgée hospitalisée.

La compréhension des attitudes de l'âgé vis-à-vis de l'alimentation est une tâche difficile car l'approche des comportements alimentaires, est liée non seulement à la connaissance sur la nutrition en rapport avec l'âge, mais aussi sur les remaniements liés au vieillissement.

Comme l'écrit J. Pellerin, les troubles du comportement alimentaire sont à prendre en tant qu'émergence sur le champ corporel et qui a un sens pour le sujet.

«Il s'agit d'inciter à mieux comprendre que ces troubles (alimentaires) ont une valeur de symptômes et qu'ils sont à ce titre porteurs de sens pour le sujet. » (J. Pellerin, 1999)

Nous aborderons plus en détail, dans la partie clinique notre outil utilisé qui est l'entretien

Copyright GRIVEL Claudie et Université Lumière - Lyon 2 - 2003.Ce document est protégé

avec le sujet âgé.

Avant de traiter la question du vieillissement, il est important de fixer le cadre dans lequel se situe nos observations : le cadre institutionnel.

I.2.1.Le cadre institutionnel.

Comme nous venons de l'exposer, notre recherche se situe en milieu hospitalier, cadre institutionnel spécifique.

Les observations des cas cliniques présentés, sont des patients admis dans deux services hospitaliers de gériatrie médicale. Ces personnes sont donc hospitalisées pour des soins spécifiques, des pathologies somatiques dont elles sont atteintes.

L'institution est composée d'une équipe soignante (aides-soignantes, infirmières), d'un médecin, chef de service, de médecins responsables d'un secteur, de psychologues, de kinésithérapeutes, d'ergothérapeutes, de psychomotriciens, d'assistantes sociales, d'animateurs. Un psychiatre, attaché à l'hôpital, peut se déplacer au lit du malade, à la demande de l'équipe et peut superviser les réunions de synthèse de l'équipe.

Ces réunions réunissent l'ensemble de l'équipe. Elles ont lieu une fois par semaine, d'une durée d'une heure maximum.

Ce temps de paroles permet de réfléchir, à partir d'un cas clinique, sur les difficultés rencontrées, sur les solutions et les aménagements possibles pour le bien-être du malade, pour évacuer l'agressivité, l'angoisse de l'équipe face à une personne difficile.

Ces réunions de synthèse sont propres à l'un des deux services de gériatrie. Dans le second, les réunions de synthèses se font par secteur. Le médecin du secteur, infirmière, aide soignante, l'ergothérapeute, les kinésithérapeutes, le psychologue, sont présents, parfois l'assistante sociale. Un nombre de dossiers déterminés à l'avance est présenté, la semaine suivante, ce sera le tour des dossiers des autres patients, et ainsi de suite.

Ces services de gériatrie sont composés :

- D'un service de court séjour dans lequel les personnes séjournent un minimum de temps, c'est-à-dire moins d'un mois. Lorsque les soins demandent un temps plus long, les malades sont transférés en moyen séjour.
- D'un moyen séjour pour des hospitalisations de un à trois mois
- D'un long séjour. Les personnes admises en long séjour ont bien souvent des revenus modestes et leur pathologie exige des soins lourds qui ne peuvent être procurés qu'en milieu hospitalier.

Sauf pour des cas assez rares, peu de personnes admises en long séjour, quittent celui-ci. (observation 26) Cette décision est prise par un ou plusieurs membres de la famille, «implorée»par le sujet âgé lui-même, qui ne supporte plus l'hôpital. La famille l'accueille bien souvent malgré les difficultés que cela peut entraîner.

La plupart des patients hospitalisés seront orientés vers des maisons de retraite, des maisons médicalisées. Pour une minorité, un retour à domicile est envisagé avec

en vertu de la loi du droit d'auteur.

l'assurance qu'elles bénéficieront d'aides leur permettant de garder une certaine autonomie.

Il est à noter que les personnes qui regagnent leur domicile ont un environnement familial souvent très présent.

Comme nous l'avons mentionné plus haut, les patients vus dans le cas de cette recherche ont été hospitalisés pour un problème somatique : malaises d'origine diverses, chutes, fracture du col du fémur.

Ils ont bien souvent séjourné aux urgences, puis en court séjour pour être admis en moyen séjour le temps que leur problème somatique soit résolu. Ils sont admis bien souvent pour une pathologie bien précise mais celle-ci peut masquer une poly-pathologie que l'hospitalisation permet de déceler.

Si bien qu'il n'est pas rare de voir une personne restée à l'hôpital pour d'autres problèmes que celui pour lequel elle était arrivée.

Le peu de mobilité, la dépression, le manque d'appétit, la solitude de certains, l'image de mort véhiculée par l'hôpital, entraînent la personne âgée vers un état de faiblesse ou de dépression souvent important.

Nous reprendrons dans nos observations cliniques, cette composition des services en nous attachant à la durée d'hospitalisation qui les définit.

I.3. Synthèse de la première partie.

La compréhension des attitudes de l'âgé vis-à-vis de l'alimentation est une tâche difficile car l'approche des comportements alimentaire est liée non seulement à la connaissance sur la nutrition mais aussi sur les remaniements liés au vieillissement.

Les troubles alimentaires dérangent l'environnement de l'âgé. Chacun réagit selon son statut de médecin ou de soignants, de sa personnalité, de son histoire en lien avec la nourriture, de sa culture.

Pour la personne âgée placée en institution, le comportement alimentaire a un sens.

Notre travail de recherche essaye de comprendre le sens de ce comportement à cet instant de vie sans oublier que les comportements nutritionnels intègrent des conduites que nous avons tous en mémoire : hédonique (le plaisir de la table) énergétique (manger pour vivre) et social (tradition, convivialité)

Au cours de ce travail, nous allons structurer nos éléments de recherche autour de l'importance du processus de vieillissement physiologique, psychologique et social chez la personne âgée. Nous étudierons le lien entre le sens de ce refus alimentaire, son histoire de vie et ses conduites face à un traumatisme qu'est la mise en institution.

Avant d'explorer le sens de ce refus alimentaire chez l'âgé, attardons-nous sur la question du vieillissement qui peut être un élément important dans la compréhension d'un point de vue psycho-dynamique de ce comportement.

en vertu de la loi du droit d'auteur.

En effet les modifications physiologiques rendent le sujet âgé fragile et vulnérable dans sa mobilité, les tâches de la vie quotidienne et perturbent son hygiène de vie et alimentaire.

Copyright GRIVEL Claudie et Université Lumière - Lyon 2 - 2003.Ce document est protégé

Copyright GRIVEL Claudie et Université Lumière - Lyon 2 - 2003.Ce document est protégé

Deuxième partie. La question du vieillissement

II.1.Les caractéristiques du vieillissement

Comprendre le vieillissement et la vieillesse, c'est prendre en compte l'individu et son histoire de vie. Vieillir, c'est accepter les modifications corporelles variables d'un individu à un autre, apportées par le temps.

Nous n'évoquerons dans ce chapitre que les modifications physiologiques en lien avec le refus alimentaire.

II.1.1.Le refus alimentaire dans le contexte du vieillissement physiologique.

II.1.1.1. Fragilité et vulnérabilité de la personne âgée.

Vieillir c'est accepté que son corps change et qu'il devienne moins mobile, plus douloureux, plus fragile. C'est accepté l'image que l'autre nous renvoie, qui ne correspond

en vertu de la loi du droit d'auteur.

pas toujours à l'image que nous avons de nous-même, notre Moi interne.

II.1.1.1.1.LES MODIFICATIONS QUI PROVOQUENT DES PERTURBATIONS ALIMENTAIRES.

La vieillesse, «*dernier stade de la vie*», (J.Gaucher, 1993) est soumise à des modifications physiologiques qui affectent les organes, les tissus avec des répercussions fonctionnelles variables d'un individu à un autre. Ces changements apparaissent comme les signes précurseurs de la vieillesse.

Les cheveux blancs, les premières rides, le champ visuel qui se rétrécit, la perception auditive moins bonne, les troubles de la locomotion sont les signes les plus visibles du passage du temps sur l'individu.

D'autres modifications corporelles, liées à l'âge apparaissent. Lorsque l'on évoque le vieillissement des organes sensoriels, on pense surtout à la vision et à l'ouïe.

Nous mentionnerons le goût et l'odorat qui sont en relation étroite avec la nourriture. (M.Ferry, 1990) ainsi que la vision qui permet une meilleure appréhension des plats dans leur présentation par exemple. Nous citerons aussi les problèmes bucco dentaires qui sont fréquents chez l'âgé.

Le goût

est un facteur essentiel qui module l'appétit. Il permet de discerner les quatre saveurs fondamentales : le sucré, le salé, l'acide et l'amer. Le sucré est inné chez l'homme, ce qui permet au nouveau-né de se nourrir dès sa naissance. Les autres s'acquièrent par l'expérience et l'éducation. Les personnes âgées aiment à dire que le bon goût des mets est le facteur le plus important dans leurs choix alimentaires et ceci bien avant les qualités diététiques, mais pour cela, il faut pouvoir apprécier les aliments préparés et nous verrons que le manque de goût est une des raisons invoquées pour leur manque d'appétit, par les âgées placés en milieu institutionnel.

L'odorat

est en lien direct avec le goût et la mise en appétit. L'odeur d'un bon plat «met l'eau à la bouche» comme l'exprime le dicton populaire, car elle s'adresse à l'imaginaire et permet à l'individu de se préparer au repas et au plaisir de le goûter. Si bien que lorsqu'un aliment nous est inconnu, nous mettons tout notre sens olfactif en éveil pour se familiariser avec celui-ci puis nous le «goûtons». Il restera alors à jamais inscrit dans notre mémoire. (J.Gaucher, 1989.) Nous verrons l'importance du rôle du milieu culturel, éducatif dans le choix ou le rejet de certains aliments.

Pour J. Puisais :

«Toutes nos expériences gastronomiques, les bonnes comme les moins bonnes, les petits plats de Mère-Grand sont inscrits à jamais dans nos mémoires. La mémoire du goût est fidèle!» (J. Puisais, in M. Ferry, Nutrisenior, site internet, 2000)

A la lueur de ces propos, on comprend mieux le manque d'intérêt pour préparer le repas, pour se mettre à table, lorsque cette sensation agréable que vous offre les sens de

en vertu de la loi du droit d'auteur.

l'odorat et du gustatif, sont altérés.

Plusieurs causes sont responsables des perturbations du goût. Nous ne ferons que les citer :

- La prise de médicaments peut diminuer le goût, car il diminue la sécrétion salivaire, ce qui rend la mastication et la déglutition difficile.
- L'alcoolisme, qui coupe l'appétit et altère le goût.
- Les facteurs liés à une mauvaise hygiène de bouche ou un appareil dentaire mal adapté.

Pour M. Ferry, les modifications du goût restent les plus fréquentes. Elle pense que le goût diminue avec l'âge mais que de nombreux facteurs sont responsables de cette perturbation jusqu'à ôter l'envie de manger. Ces changements provoquent alors une insuffisance d'apport alimentaire qui sera le thème de notre paragraphe suivant. (M.Ferry, 1996)

La vision.

Un autre organe des sens, plus fréquemment altéré que le goût lors du vieillissement, est : la vision. Son altération déstabilise la personne car elle perd ses repères et la confiance en ses gestes. Peu à peu, elle n'arrive plus à se réapprovisionner et à préparer ses repas.

Une aide à domicile devient alors indispensable, malgré les réticences de l'âgé qui a souvent peur de la personne étrangère vécue comme intrusive et onéreuse. Il est important que la décision soit acceptée par la personne concernée, ce qui évitera certains conflits et le développement de troubles du comportement alimentaire, voire le refus de manger.

Par ces propos, on constate que l'organe de la vue associé à l'odorat est indispensable dans la reconnaissance des aliments et l'appréciation dans leur présentation culinaire.

En effet, l'esthétique, dans la présentation des mets favorise le plaisir de se mettre à table, de goûter aux bons plats, surtout lorsque ceux-ci sont préparés pour être partagés avec les enfants, les petits-enfants, les amis…Le repas garde alors une dimension conviviale. Ils renforcent en quelque sorte l'estime de soi surtout lorsque la cuisinière reçoit des compliments sur ses œuvres culinaires ! (M.Ferry, 1996)

A contrario, ne plus pouvoir préparer les repas signifie que cet espace convivial autour de la table se raréfie pour disparaître peu à peu.

Problèmes bucco-dentaires :

A ces facteurs liés aux organes sensoriels s'ajoutent souvent, des complications d'origine buccale, liés à certaines maladies qui se manifestent par un manque de salive, empêchant une bonne mastication; des problèmes de dentition plus ou moins importants selon les personnes.

Des douleurs dues aux appareillages mal adaptés, font souffrir la personne lors de la

Copyright GRIVEL Claudie et Université Lumière - Lyon 2 - 2003.Ce document est protégé

mastication et sont de réels handicaps dans la prise alimentaire.

Ils imposent une nourriture monotone, mal équilibrée, peu appétissante et parfois réduite à du semi-liquide ou du mixée pour éviter toute douleur provoquée lors de la mastication. Bien souvent, l'âgé préfère ne pas l'utiliser.

Il est souvent égaré lorsque la famille ou l'entourage institutionnel est trop pressant quant à son utilisation, pensant améliorer la mastication des aliments et donc la prise alimentaire. En effet, il est très fréquent que l'on signale la perte de l'appareil qui a simplement été jeté pour ne plus avoir à supporter la douleur physique mais aussi psychique qu'il occasionne. L'âgé n'accepte pas cette prothèse.

Quel est le sens donné à cet appareil ?

L'appareil dentaire supplée une partie manquante du corps, qui est à la fois externe et interne à l'organisme. Certains âgés n'acceptent pas la perte de cette partie intime et refusent le remplacement artificiel. Il n'est pas intégré dans leur image corporelle défaillante. La prothèse est alors rejetée parfois agressivement comme ne faisant pas partie d'eux.

D'autres raisons peuvent être évoquées comme, une manière de montrer à l'entourage son opposition à un placement arbitraire. L'âgé revendique des mauvais soins, une alimentation mal adaptée. Il se plaint de la douleur qu'il occasionne, et signifie qu'il désire que l'on s'occupe de lui. Ainsi, dans la sphère institutionnelle, la prothèse dentaire joue le rôle de cristallisateur des conflits sous-jacents entre personne âgée, la famille et les soignants.

D'autres organes

subissent des modifications qui perturbent la vie quotidienne de nos aînés. Ainsi, les difficultés dans le déplacement peuvent être sources de troubles alimentaires. L'âgé n'a plus les moyens de s'approvisionner soit parce qu'il ne peut plus se mouvoir et les raisons en sont diverses : rhumatismes, conséquences de pathologies antérieures, soit parce qu'il a peur de tomber et/ou d'affronter ce monde extérieur qui l'angoisse, car il sait qu'il n'a plus les mêmes possibilités physiologiques.

L'extérieur est parsemé d'embûches qu'il ne peut plus maîtriser : rues difficiles à traverser, trottoirs abîmés, …

En conclusion, les modifications physiologiques liées à l'âge peuvent donc expliquer les changements dans le comportement nutritionnel. Ces modifications se mettent en place progressivement sans que l'âgé ne s'en rende réellement compte et sans que l'on puisse affirmer qu'il y a un réel refus de s'alimenter.

L'âgé prend peu à peu l'habitude de réduire son alimentation pour remédier à ses difficultés d'ordre sensoriel, mais aussi corporel. Il limite peu à peu les événements qu'il juge désagréables car ils lui rappellent son impossibilité à y remédier.

D'autres facteurs d'ordre nutritionnel peuvent se greffer à ces changements physiologiques et aggraver les troubles alimentaires. Ce sont, selon le langage médical,

Copyright GRIVEL Claudie et Université Lumière - Lyon 2 - 2003.Ce document est protégé

un manque d'apport nutritionnel suffisant nécessaire à l'organisme. Nous ne nous attarderons pas dans ce champ médical, mais il nous a apparu important d'exposer dans sa globalité les causes des problèmes alimentaires chez l'âgé qui peuvent avoir des répercussions sur le psychisme, comme nous l'aborderons ultérieurement.

II.1.1.1.2. L'INSUFFISANCE D'APPORT ALIMENTAIRE QUI REND L'ÂGÉ FRAGILE ET VULNÉRABLE.

Nous venons d'exposer les modifications physiologiques, liées à l'âge, qui perturbent la prise alimentaire de l'âgé.

D'autres facteurs, spécifiques ou non de la vieillesse, apportant des difficultés supplémentaires, sont responsables d'une insuffisance d'apport nutritionnel et conduisent à des désordres alimentaires :

- Les poly-pathologies fréquentes au grand âge, les conséquences d'interventions chirurgicales, les chimiothérapies ou radiothérapies, entraînent bien souvent une baisse de la prise alimentaire.
- Une surconsommation médicamenteuse liée à ces pathologies conduit à une diminution des sécrétions salivaires et surtout une perte de l'appétit, agissant comme des coupe-faim et modifiant le goût des aliments (Collectif, Nutrition du Sujet Agé, 1999)

M.Ferry écrit à ce propos :

«Des précautions sont à prendre dans l'administration des médicaments. Généralement donnés avant les repas, ils vont jouer un rôle anorexigène»(M.Ferry, 1990.)

D'autres facteurs sont à prendre en compte car ils peuvent avoir une relation de cause à effet. Ainsi, il en va des problèmes psychiques comme la démence, la maladie d'Alzheimer, la dépression, qui peuvent conduire l'âgé au refus de nourriture.

La démence.

Il est assez fréquent de noter des perturbations alimentaires chez la personne atteinte de démence.

E.J. Amella (E.J.Amella, 1989) cite les travaux d'Athlin et ses collaborateurs qui ont observé des apraxies alimentaires (troubles affectant la réalisation des comportements moteurs appris.) sur des personnes au stade de démence avancée.

Cette équipe montre que des troubles neurologiques altèrent la réalisation de comportements moteurs appris comme la capacité à se nourrir seules; à prendre la nourriture dans l'assiette et l'amener à la bouche. (E.J.Amella, 1989)

Pour Volicer et ses collaborateurs, ces personnes n'ont plus la capacité de choisir car elles ont perdu les critères qui leur permettaient de les sélectionner. (in E.J.Amella, 1989)

« Elles sont dans l'incapacité d'exprimer leurs préférences alimentaires; de reconnaître la nourriture ou le liquide dans la bouche, elles oublient d'avaler,

en vertu de la loi du droit d'auteur.

elles perdent la sensation de soif ou de faim » (Volicer, Rheaume, Riley, Karner et Glennon, in E.J.Amella, 1989)

Dans le champ comportemental, il n'est pas rare, d'observer certains déments qui sont capables de montrer leur détermination par leur refus de se nourrir. Ils montrent par ce comportement, une opposition parfois agressive à l'égard de leur entourage. Ils se manifestent par des dents serrées et les aliments mis de force dans la bouche sont bien souvent recrachés.

La dépression.

Est souvent marquée par une diminution de l'apport alimentaire, voire d'arrêt nutritionnel.

J.E.Morley (1988) a centré sa recherche sur le lien entre les troubles nutritionnels et la dépression chez l'âgé.

Il a établi que l'âgé dépressif subissait une perte de poids importante. La dépression s'exprime par la baisse de l'estime de soi, la perte de l'intérêt pour soi et pour les autres. Le sujet perd peu à peu sa vitalité. (G.Le Gouès, 1989) Les troubles du comportement alimentaire apparaissent et se trouvent en lien avec une tristesse et une anxiété importantes. La personne se sent incapable, inutile. Elle se déprécie.

La dépression n'est pas notre propos, mais elle fait souvent corps avec les troubles du comportement alimentaire.

La personne âgée angoissée n'a plus faim, n'a plus le goût de préparer ses repas ou de se rendre à la salle à manger lorsqu'elle se trouve en institution. Elle la décrit souvent par «j'ai une boule dans la gorge qui m'empêche d'avaler»

Confrontés à ces fréquents troubles alimentaires chez l'âgé, des nutritionnistes américains, Philips et Van Ort, ont essayé de donner une bonne appréciation de l'alimentation de l'être vieillissant et des facteurs qui lui sont liés, qu'ils soient d'ordre somatique, environnemental et social. En 1993, ils ont utilisé la quantité de nourriture absorbée pour démontrer l'existence d'une relation entre le soignant et le patient.

Ils ont observé que les délicates attentions du soignant et lesencouragements verbaux avaient une influence significative sur la prise des repas sans aide et amélioraient la capacité nutritionnelle des patients déments. (Philips et Van Ort, in EJ.Amella, 1997)

Ne retrouve t-on pas là la notion de plaisir de manger et de la convivialité ?

M.A Fiatarone-Sihgh et ses collaborateurs ont recherché les effets des suppléments nutritionnels donnés à des personnes âgées institutionnalisées. Ils ont émis l'hypothèse que les sujets âgés résidents ont une prévalence élevée à la sous-nutrition; à la perte de poids et aux complications morbides liées à la malnutrition, avec un accroissement de la mortalité. Ils ont testé sur cinquante résidents, pendant dix semaines, l'ajout d'un supplément nutritif à l'alimentation, en espérant améliorer leur état nutritionnel et leurs compétences fonctionnelles.

A la fin de l'expérience, ils se sont aperçus que le supplément nutritif n'avait en rien amélioré le poids de ces personnes et que leurs activités physiques étaient restées

en vertu de la loi du droit d'auteur.

insignifiantes. (MA Fiatarone, MA Bernstein, ND Ryan, EF O'Neill, KM Clements, Wm J Evans, 2000)

Ces différentes études ont mis en relief que :

- La dépression est étroitement liée à la baisse alimentaire,
- Certaines démences, par l'atteinte neurologique, font perdre l'apprentissage de se nourrir.

Ces phénomènes sont connus et permettent de comprendre la dénutrition de l'âgé, dans le sens biologique du terme.

Cependant, les travaux qui paraissent novateurs, sont ceux qui montrent l'incidence de l'environnement social et affectif sur la prise alimentaire. Ainsi, un entourage attentif aura plus de résultats sur la prise des repas qu'un entourage distant, quels que soient les apports nutritionnels.

La solitude et l'isolement seront responsables de désordre alimentaire simplement par le désintérêt de préparer un repas dont on est le seul convive.

Ces recherches ont permis de mesurer l'importance de l'équilibre nutritionnel. Les habitudes alimentaires sont maintenant reconnues comme des facteurs déterminants dans la santé de l'âgé, non seulement comme étant indispensable à l'organisme mais comme étant aussi en interrelation entre le plaisir, les émotions, les motivations.

«Les comportements alimentaires correspondent, en effet, à un ensemble intégré de conduites pour lesquelles on reconnaît un triple besoin : hédonique, énergétique etsocial.»(J.Pellerin, C.Mure, 1999)

En résumé, on peut penser que ces différents facteurs que nous venons d'aborder dans le champ médical, associés à des remaniements physiques, cognitifs et sociaux peuvent être responsables d'un désordre nutritionnel. Il peut s'aggraver si des événements traumatisants dans l'histoire de vie de l'âgé n'ont pas été résolus et si d'autres plus récents viennent bouleverser un peu plus son existence. L'alimentation perd alors le sens du plaisir, d'un espace convivial, d'un moyen d'exprimer son appartenance à un groupe (famille, amis…) Il n'est plus l'acte essentiel de la vie.

JC. Sagne (1990) pose le problème de l'acte alimentaire; se nourrir, comme étant un acte essentiel qui se forme autour des expériences relationnelles de l'enfant à la mère au moment de la prise alimentaire et que celui-ci détermine la personnalité de l'individu.

«En terme psychologique, c'est poser le problème du statut de l'oralité, modalité élémentaire du désir de la vie…ce qui a été le fondement tout premier de la personnalité archaïque de l'enfant au premier mois de sa vie reste définitivement la base de la personnalité adulte en toutes ses composantes, sans exception aucune.» (JC. Sagne, 1990)

Si nous comprenons bien la pensée de JC.Sagne, le comportement alimentaire de chaque individu serait déterminé par les premières relations avec la mère.

Un enfant qui refuserait de se nourrir aurait alors un comportement alimentaire troublé, au cours de sa vie, lors de circonstances spécifiques.

Peut-on supposer alors que tous troubles du comportements alimentaires a son

Copyright GRIVEL Claudie et Université Lumière - Lyon 2 - 2003.Ce document est protégé

origine dans les premiers mois de sa vie ?

Peut-on penser que la personne âgée, qui présente des troubles alimentaires, après avoir subi des ruptures, des blessures, que chaque humain peut rencontrer sur son parcours, a dans les premiers mois de sa vie et à d'autres périodes connues, des épisodes similaires ?

Ces questions ne sont pas notre objet de recherche, mais elles sont intéressantes à soulever car elles confirment que le choix du refus alimentaire a bien un sens pour la personne qui le développe et que son origine peut débuter dans les premiers mois de la vie.

Ainsi, l'âgé se manifesterait par les pathologies qu'il déclencherait et tenterait par ce moyen de se faire entendre de cette société qui le marginalise.

L'anorexie, pathologie de l'alimentation, deviendrait un des moyens mis à la disposition de l'âgé pour compenser les problèmes affectifs de l'homme vieillissant avec son entourage et/ou avec lui-même. Le sens de ce comportement peut alors être considéré comme un appel à l'aide, une forme d'opposition ou un reproche silencieux. Par ce moyen, l'âgé peut inquiéter, culpabiliser son environnement.

En effet, l'entourage de l'âgé supporte difficilement ce comportement qui fait naître un sentiment de culpabilité.

La famille est déchirée entre l'image de la vieillesse du parent qu'il ne reconnaît plus dans sa façon d'agir, qui n'a même pas la reconnaissance de «tout ce qu'on fait pour lui»

et en même temps, elle sait qu'elle a provoqué ce comportement en le déracinant de son environnement.

Surgit alors, l'angoisse de la mort de son parent, dernière barrière fantasmatique avant sa propre mort. C'est d'ailleurs, bien souvent, à ce moment que l'enfant prend conscience de son propre vieillissement et du manque de protection magique contre la mort qu'assuraient les parents.

Par protection, la famille peut alors sous-évaluer les problèmes alimentaires jusqu'à les nier ou au contraire les somatiser, créant une angoisse supplémentaire pour l'âgé concerné. La culpabilité de l'entourage est atténuée lorsque le médecin prend en charge le parent souffrant, car il se sent soutenu et délivré de l'entière responsabilité de son parent.

Nous venons d'aborder la fragilité et la vulnérabilité de la personne âgée dans le contexte physiologiques étroitement lié au psychologique.

Nous avons exposé quelques travaux parmi d'autres qui sont faits actuellement dans cette spécialité récente qu'est la gérontologie et qui investiguent dans tous les domaines, aussi bien chez l'âgé que dans son environnement dans lequel il évolue.

Le vieillissement affecte l'organisme avec un retentissement fonctionnel variable d'un individu à un autre. Le corps devient le médiateur sur lequel se lit l'histoire de l'individu.

II. 1.1.2. Désatayage par le corps : douleurs, dysfonctionnement.

Copyright GRIVEL Claudie et Université Lumière - Lyon 2 - 2003.Ce document est protégé

Nous venons d'exposer les modifications physiologiques de l'âgé qui provoquent une fragilité et une vulnérabilité physique et psychique. Le corps est porteur des traces du vieillissement, qui sont plus ou moins bien acceptés par l'individu vieillissant. Il sait qu'il n'est plus objet de désir dans une société qui prône le culte de la jeunesse.

II.1.1.2.1.LES DYSFONCTIONNEMENTS.

Ainsi, aux pertes des rôles sociaux, à la perte des proches, se rajoutent la faillite de ce corps qui se modifie sous les assauts du temps : les gestes sont moins précis, plus lents plus fatigants, les cheveux blanchissent, la peau se ride, le corps se tasse, le souffle se fait plus court, le sommeil se transforme en de longues nuits d'insomnie et des siestes plus fréquentes. Comme nous l'avons vu, la vue et l'ouïe baissent.

Le port de lunettes pour la presbytie est peut-être un des premiers signes concrets que l'humain ne peut pas nier. Il est tôt ou tard obligé de l'accepter. Les problèmes auditifs semblent plus irréguliers d'une personne à une autre et plus tardifs. En ce domaine, la technique d'appareillage s'est grandement améliorée.

La personne âgée ne se reconnaît plus: «je ne suis plus comme avant» son identité est ébranlée. Nous verrons dans le paragraphe suivant que cette étape provoque une crise: la crise de sénescence.

Cette dévalorisation du corps souvent affaibli, malade entraîne un processus de dépendance. L'image du corps est dévalorisée car il subit des pertes physiologiques. La personne n'a plus la motivation pour utiliser à nouveau son corps dans un environnement de non-désir.

C'est aussi à cette période que les maladies dues à l'âge sont de plus en plus fréquentes, avec en lien une perte d'autonomie due à des handicaps qui entraînent la dépendance. La conséquence est souvent l'entrée en institution. (M.Personne, 1994)

De ces pathologies nous retiendrons les pathologies digestives en lien avec les troubles du comportement alimentaire.

Nous citerons les travaux de A.Lévy (A.Lévy, 1977) qui interroge ces pathologies digestives du côté du temps. Pour lui, l'axe digestif, «bouche- appareil digestif –anus», est un des étayages possibles plus ou moins investis par les personnes.

Pour lui, la partie haute de l'appareil digestif, qui touche à l'oralité, regarderait du côté de l'avenir, du futur. La partie intestinale serait du côté du passé et l'estomac représenterait le présent.

Ainsi, les angoisses liées au futur se traduiraient dans une symptomatologie de la partie haute de l'appareil digestif comme l'anorexie, la boulimie, les régurgitations, les fausses routes. Les troubles alimentaires seraient de la représentation des angoisses de l'individu liées à son avenir. Nous retrouverons ultérieurement l'angoisse de cet avenir lors du placement de la personne âgée.

Le transit intestinal aurait rapport au passé avec les pathologies comme les diarrhées, la constipation. Il traduirait le passé que l'on retient ou qui s'en va.

L'estomac qui a une fonction transformatrice, traduirait la capacité à digérer les

en vertu de la loi du droit d'auteur.

événements, à les assimiler ou non.

Les troubles du comportement et le refus alimentaire serait alors de l'angoisse, du refus de ce futur, du refus de cet avenir programmé pour elle et n'ayant plus les mots pour le dire, la personne âgée le signifie par son corps, objet d'investissement de sa psyché.

Par son corps, la personne âgée semble nous signifier la perte de son espace de décision, la perte du choix de son futur proche.

Pourquoi cela se joue t-il sur le mode alimentaire ?

L'environnement n'est pas étranger à ce choix. En effet, la famille, les soignants sont souvent sensibilisés par les problèmes alimentaires car ils leur renvoient une image de «mauvaise mère» qui ne sait pas subvenir aux besoins de son enfant. L'âgé, par ce comportement, fait naître en eux un sentiment de culpabilité, d'impuissance, d'incompréhension. On pense alors aux travaux de JC. Sagne sur les relations alimentaires entre la mère et l'enfant.

«L'analyse des comportements collectifs institutionnels révèle fréquemment un imaginaire de base centré sur une image maternelle archaïque omnipotente dans la protection comme dans la persécution.» (P.Charazac, 1998)

Par son corps et par les symptômes qu'il exprime, le sujet âgé donne à voir sa souffrance physique et psychique. La plainte renforce l'expression de cette souffrance. Elle a un statut psychique dans une enveloppe altérée, au transit désorganisé symbolique de l'angoisse de mort, d'une mort volée à la personne âgée.

II.1.1.2.2. LES PLAINTES CORPORELLES : UNE ENVELOPPE ALTÉRÉE.

Avec la vieillesse le corps se modifie, l'image du corps, représentation psychique, se transforme et donne à voir les effets du temps. Peu à peu, le corps devient source de plaintes somatiques : douleurs articulaires, difficulté à la marche, troubles digestifs, céphalées, vertiges, fatigues.

L'âgé exprime par les plaintes corporelles non seulement ses douleurs physiques mais aussi ses affects. Le corps devient le médiateur des souffrances psychiques, «un langage du corps» (I.Simeone, 1977) Elles recouvrent le plus souvent un appel à l'aide, une demande d'amour, renvoyant toujours le sujet à une angoisse de mort plus ou moins cachée.

Elles expriment une souffrance.

«Si elle désigne un organe, elle incrimine cet organe comme une partie corporelle douloureuse, mais aussi comme une partie tourmentée de soi-même. Les deux séries, somatiques et psychiques, sont généralement confondues dans la plainte. (G.Le Gouès, 1988)

Bien souvent, se rajoute un vécu dépressif, un sentiment d'infériorité. La personne âgée devient dépendante, exigeante, égocentrique. La somatisation, la transition par le corps, lui permet de faire reconnaître sa souffrance psychique, son angoisse, sa peur de mourir. En valorisant la maladie, l'âgé la transforme en un bien à lui, qui lui est propre. Il s'identifie à sa maladie.

La somatisation a une connotation affective importante. Les plaintes sont la projection

en vertu de la loi du droit d'auteur.

d'une angoisse insupportable. L'entourage réagit bien souvent, à ce comportement soit avec angoisse, soit avec agressivité voire hostilité.

«Le corps de la personne âgée est, semble t-il, investi comme un corps de dépressif : il est déprécié et souffrant, il symbolise le manque, la frustration et la blessure du narcissisme.» (J. Gaucher, 1982)

Pour M.Klein, les plaintes somatiques permettent à l'angoisse de mort de s'extérioriser. En transformant cette angoisse née de la pulsion de mort, en plaintes somatiques, l'individu «concrétise» en quelque sorte par le corps, ce qu'il n'arrive par à gérer dans sa psyché.

«Je soutiens que l'angoisse surgit, de l'action de la pulsion de mort à l'intérieur de l'organisme et qu'elle est ressentie comme une peur de l'anéantissement, en prenant la forme d'une peur de persécution. Cela explique pourquoi les angoisses hypochondriaques surgissent fréquemment pendant les phases de remaniements comme la puberté et la sénescence» (M.Klein, 1966)

Pour G. Le Gouès, la plainte somatique est nécessaire dans son expression car elle préserve le sujet, en lutte avec ses angoisses.

«Les hypochondriaques en lutte contre leur dépendance à l'égard de l'objet, peuvent se déprimer gravement, s'ils ne rencontrent pas la possibilité de relancer leur commerce d'objet.» (G.LeGouès, 1988)

Ainsi, la plainte somatique est destinée à soulager le sujet tout en étant entendu par l'entourage. Le corps devient l'objet de toutes les attentions.

De cette souffrance qu'exprime la plainte somatique, l'âgé ressent son corps, même si c'est dans la douleur. Elle donne un sens à sa vie, en devenant langage.

«Dans la sénescence, l'homme nous donne l'impression d'exprimer ses affects avec un véritable langage du corps.» (I.Simeone, 1977)

On retrouve là quelque chose du refus alimentaire qui est à la fois une mise en avant de sa souffrance, un signe de mal-être mais en même temps, source de destruction puisque c'est un refus de nourrir ce «corps-image,» ce corps vécu.

L'âgé est souvent médicalisé pour des plaintes somatiques : douleurs articulaires, maux de tête, troubles digestifs, perte de l'appétit…

L'enveloppe corporelle est altérée par les modifications liées à l'âge mais cela explique t-il cette somatisation ?

Selon I.Simeone, (I.Simeone, 1977) les altérations physiologiques réveillent des sentiments de castration, développent des angoisses de dépersonnalisation et des fantasmes de morcellement. Dans le même temps, l'âgé effectue un retrait de la libido des objets bien souvent par perte de ceux-ci.

Le corps devient alors le lieu privilégié de l'investissement libidinal. L'âgé réinvestirait son corps narcissiquement.

Pour M.Personne (M.Personne, 1994) le corps devient l'élément indispensable pour se faire comprendre de ceux qui l'entourent lorsque la communication par la parole devient insuffisante.

«Le corps apparaît comme l'élément initiateur de la relation lorsque la personne

Copyright GRIVEL Claudie et Université Lumière - Lyon 2 - 2003.Ce document est protégé

n'est plus capable de maîtriser le langage, lorsque le symbole échappe à son contrôle il devient le facteur premier obligatoire du contact avant le sujet.» (M.Personne, 1994)

Comme le souligne M.Personne, le corps a un langage que la personne âgée en refus alimentaire utilisera lorsqu'elle ne pourra ou ne voudra plus verbaliser sa souffrance.

Ces observations nous les avons constatées au chevet des personnes enrefusalimentaire qui agrippaient nos mains, lançaient un regard intense d'angoisse, un geste furtif pour signifier leur mécontentement ou inversement.

J.Guillaumin pense que la plainte s'exprime par le manque ou des défaillances relatives aux objets ou à un objet particulier. Il n'est pas nécessaire que l'accent soit explicitement dépressif.

L'individu a un sentiment de préjudice qui fait naître un besoin de réparation. De ce besoin l'individu exprime un appel, une plainte devant une blessure causée par quelque chose ou quelqu'un et qui abat le Moi. (J.Guillaumin, 1989)

La plainte somatique est l'expression d'une détresse psychique (J.Gaucher, 1993) les observations cliniques montrent que très souvent les hospitalisations sont dues à des manifestations pathologiques; chutes, problèmes gastriques, troubles cardiovasculaires, fatigue…Tout se passe comme si l'âgé morcelait son corps. Il parle d'une partie de son corps qui semble être en lien avec la souffrance du Moi.

C'est ce que confirme A.Lévy, lorsqu'il écrit que les plaintes digestives ont un rapport avec l'angoisse de l'individu et qu'elles ont une signification particulière.

N.Lépine a montré dans sa thèse (N.Lépine, 2002) que les chutes en rétropulsion à début brutal seraient en lien avec la représentation de la mort. La personne vit ce trouble postural comme «*un effondrement de son équilibre psychosocial.*»

Et comme l'exprime D.Quinodoz, (D.Quinodoz, 1991) c'est une façon d'éviter des blessures narcissiques. La partie du corps devient une excuse externe au Moi de la personne qui ne peut être tenu pour responsable de ses déficiences.

«Le grand âge ainsi expulsé hors du moi organisateur permet de conserver intacte une certaine image idéale de soi-même.» (D.Quinodoz, 1991)

Le corps devient l'instrument d'échange avec l'environnement, les plaintes corporelles sont porteuses de sens dans la relation que la personne âgée entretient avec son entourage comme instrument d'échanges. Or le Moi est un Moi corporel : l'intériorisation de la transformation du corps va reprendre des systèmes de relations anciennes et des rapports entretenus avec ce corps.

Ainsi, selon la structure de la personnalité, la déchéance corporelle estressentiedifféremment d'une personne à une autre.

Les maladies organiques et psychosomatiques se développent pour éviter l'effondrement afin de vivre par le corps une relation substitutive à la relation idéalisée avec l'objet perdue ; support substitutif stabilisant pour un temps l'identité. Les modifications que le vieillissement impose au corps détruisent le lien entre l'espace vécu, entre le corps réel et son image.

Le corps malade et nous rajouterons le corps vieilli, devient le représentant des

Copyright GRIVEL Claudie et Université Lumière - Lyon 2 - 2003.Ce document est protégé

atteintes narcissiques et de l'angoisse de perte d'identité. (O.Kernberg, 1980)

O.Kernberg lie ce phénomène au narcissisme :

«Les représentations de soi originelles sont fortement influencées par les images corporelles… la santé physique et la maladie influençant fortement l'équilibre normal ou anormal de l'investissement narcissique.» (O.Kernberg, 1980)

La maladie est une blessure narcissique car elle remet en cause toute la puissance et les défenses du Moi. La maladie peut en un sens refléter une situation double :

- ne pas être malade et conserver l'intégrité narcissique
- être malade et conserver un lien avec l'environnement l'amour ou l'agressivité d'autrui.

La maladie est une perte qui entame la valeur de soi : souffrances, faiblesse mais elle peut procurer des bénéfices secondaires comme le refus de l'image procurée par la vieillesse :

- Le corps montré comme souffrant est valorisé, il permet de renforcer son identité. Ainsi, la perte ou la maladie d'un organe est surinvesti afin de conserver l'intégrité du reste du corps, par delà les termes d'exclusion et de rejet. Le langage de la maladie devient le médiateur relationnel avec l'entourage. le rôle de la maladie peut servir de catalyseur ou de révélateur de l'angoisse qui se joue face à la perte et à la mort.
- Le vieillard, par ses problèmes somatiques et ses handicaps, capte les soins et l'intérêt de l'entourage. Ceci permet de renforcer son narcissisme et son identité. Il retrouve par ces plaintes un statut social qui le revalorise aux yeux de l'entourage. Il peut même devenir exigeant, tyrannique.
- Le déni de la maladie du handicap de la dégradation peut être un comportement face à la maladie. La démence peut être aussi une façon denier la dégradation avec perte du Moi.

Nous venons d'exposer les modifications physiologiques liées à l'âge, qui rendent la personne âgée vulnérable et fragile. Ces changements liés à des pathologies provoquent un désétayage par le corps. Les douleurs, les plaintes somatiques se développent. Nous avons pu observer le sens de ces plaintes. Nous allons voir que celles-ci ont des répercussions sur le psychisme du sujet et perturbent son monde interne.

Est-ce que les troubles du comportement alimentaire et le refus alimentaire ne peuvent se situer dans cette situation de crises ?

Il semble que pour certains, ils puissent s'adapter à ces nouvelles conditions et recréer un nouvel équilibre, d'autres ne peuvent les accepter et déploient une énergie pour cacher ce mauvais tour du destin. Chacun réagit selon son histoire qui a laissé des traces plus ou moins profondes dans son psychisme. Le vécu de chaque personne est jalonné de changements, de restructurations, d'impasses de crises. Les troubles alimentaires prémices, du refus alimentaire se révèlent souvent lors de situations d'inter-crises liées aux processus physiologiques et psychologiques du vieillissement, mais aussi comme nous le verrons ultérieurement, au moment de la décision de

en vertu de la loi du droit d'auteur.

placement vécu comme traumatisant. Il a à gérer une nouvelle étape de sa vie, il peut se trouver dans une impasse, une situation de crise c'est-à-dire d'un choix, d'une décision à prendre.

II.1.2- Le vieillissement psychologique : une situation d'inter-crise.

Une nouvelle situation de crise se développe : la crise de sénescence. Elle succède à d'autres crises plus ou moins bien résolues.

II.1.2.1. Le concept de crise.

Si l'on se réfère à l'étymologie, le mot «crise» vient du grec *krinéin.* Il évoque l'acte de juger, le choix d'une décision à prendre.

Dans l'application de la médecine d'Hippocrate, le mot crise signifie : faire entrer la maladie dans sa phase décisive, soit par l'action du médecin soit par l'évolution de la maladie elle-même.

«Ce mot qui originellement, dans les écrits hippocratiques, représentait l'acmé d'une maladie, avec des possibilités d'évolution aussi bien positives que négatives,prit enfrançais la signification d'une manifestation aiguë, d'une maladie, d'un paroxysme,d'un accès.» (A.Haynal et D.C.Samitca, 1981)

La crise est donc une période particulière où une décision doit être prise afin de provoquer un changement dans la vie de l'individu.

La crise serait un temps intermédiaire pour permettre des remaniements intérieurs nécessaires pour pouvoir s'adapter aux nouvelles conditions de la vie.

En psychiatrie, pour I.Simeone, il est «synonyme de mutation, évolution, possibilité de changement, de restructuration.»(I.Simeone, 1985)

On peut parler de la crise comme d'une période de changements périlleux, brusques et déterminant dans le cours d'un processus, d'une histoire de vie ou d'une maladie. Elle s'applique aux événements marquants du développement psycho-biologique de l'individu :

- «La naissance comme séparation initiale» (R.A.Spitz,.1976). En effet, au moment de l'accouchement, il y a séparation entre la mère et l'enfant. La coupure du cordon ombilical en sa représentation.
- «La crise du huitième mois»(R.A.Spitz,.1976) L'enfant est angoissé à la vue de visages inconnus. Souvent, cette crise coïncide avec le sevrage. L'enfant prend conscience que d'autres personnes gravitent dans son environnement. Il a peur de cet autre qui n'est pas sa mère.
- «La crise œdipienne» comme moment d'identification aux images paternelles et maternelles et qui est le fondement de notre identité. L'enfant intègre la loi de l'interdit de l'inceste. Le Surmoi est l'héritier de cette période.
- «La crise d'adolescence» qui réactualise le complexe d'Oedipe, associée à des transformations physiologiques. Le jeune doit réaliser un travail de deuil de sa propre

en vertu de la loi du droit d'auteur.

enfance pour pouvoir renouveler sa personnalité afin d'atteindre l'âge adulte.

- «La crise du milieu de la vie» qui selon E. Jaques (E. Jaques, 1990) confronte le sujet à de nouvelles conditions extérieures et qui l'amènerait à une prise de conscience de sa propre mort à venir. L'individu fait le point sur sa vie.
- «La crise de sénescence» qui provoque des bouleversements comme le changement de statut de la mort qui devient plus singulière, la modification des investissements narcissiques, la place du travail du deuil et celle du travail du vieillir.

Dans le concept de crise, on évoque le dynamisme évolutif qu'elle contient c'est-à-dire que la crise apparaît lorsque les changements à l'intérieur de soi-même ainsi que dans son environnement, surviennent. Elle disparaîtra lorsqu'un nouveau mode d'adaptation sera mis en place.

Ainsi, cette notion de crise se retrouve dans différentes disciplines comme :

- Celle de la médecine où la crise exprime le moment aigu, culminant d'une maladie, son paroxysme (la crise d'appendicite, crise cardiaque…) Elle ne signifie pasforcément une évolutionnégative, mais plutôt une rupture, un tournant avec une évocation du danger, d'une déstabilisation.
- Dans le champ économique, elle se distingue par un effondrement d'un processus établi comme stable, par une rupture d'équilibre (crise monétaire, crise boursière…) Elle a toujours une connotation négative à la différence de son sens médical et psycho-dynamique.
- Dans le champ de la psycho-dynamique, la crise prend son sens dans le développement de l'individu au cours de son existence (crise oedipienne, adolescence, sénescence…)

Ces crises sont connues et donc prévisibles.

«La vie est ponctuée par les crises, plus ou moins importantes : des changements commandant des remaniements, nous assistons à des crises qui peuvent être bruyantes ou à des remaniements à bas bruit.» (A.Haynal, D.C.Samitca, 1981)

La crise peut être aussi inattendue, imprévisible, liée aux événements extérieurs plus ou moins traumatisants comme peut l'être la guerre, l'accident, la mort d'un proche…

Elle crée alors un déséquilibre, fragilisant l'individu d'autant plus si les étayages ont déjà été malmenés, qu'ils sont précaires. L'individu se trouve alors dans l'incapacité de surmonter cette épreuve traumatisante.

Nous verrons ultérieurement la survenue de la crise lors de la mise en institution de l'âgé et ses effets variables d'un individu à un autre.

Comme le souligne B.Cuisinier (2002), il peut y avoir accumulations de plusieurs crises : crise individuelle, crise événementielle, crises économique lié au chômage etc…

Le sens du terme est donc quelque peu différent d'une discipline à l'autre. Cependant, on retrouve des similitudes dans la dynamique de la crise. L. Crocq propose une définition :

Copyright GRIVEL Claudie et Université Lumière - Lyon 2 - 2003.Ce document est protégé

«Une montée en tension, point critique et éclatement, résolution et détente post-critique ou temps aigu et temps mort.» (L. Crocq, 1991)

Si nous avions à la définir sous forme d'un schéma, elle pourrait être tracée comme la courbe de Gauss avec un avant, puis sa montée, son point culminant, et la descente de la tension et un après. Mais ce schéma de crise est trop mathématique, valide peut-être dans le champ économique plus sujet aux données chiffrées. Il ne laisse aucune place à la diversité humaine et à ses réactions.

En effet, une crise n'a pas une poussée régulière, elle est faite de tensions, de moments d'accalmies, pour mieux regrimper à son paroxysme. La crise est irrégulière, faite de secousses plus ou moins fortes, de calmes apparents. Elle jalonne l'existence et implique des remaniements nécessaires, de nouveaux investissements.

«Vivre la crise, c'est d'une certaine manière s'engager dans un processus d'analyse, de réaménagements détruisant le risque d'immobilisme morbide auquel peut conduire la quiète stabilité d'état qui érode et tarit l'individu qui les traverse.» (J.Gaucher, 1993)

Mais contrairement à ce qu'écrit J.Gaucher, la crise par son émergence plus ou moins violente peut aussi engendrer une telle angoisse que la mort peut être au bout du chemin, sous la forme du suicide par exemple.

Pour pouvoir gérer la crise, l'individu doit pouvoir puiser dans ses ressources internes. Il faut qu'il en ait encore l'énergie.

Est-ce que le refus alimentaire ne serait-il pas le symptôme d'une crise impossible à gérer faute d'énergie restante ?

Elle peut ainsi, être définie comme un état charnière entre la rupture d'un équilibre antérieur, devenu inefficace, de remise en question affectant tous les domaines de la vie psychique, sociale, affective et la réorganisation d'un état nouveau.

Pour I.Simeone, la crise est autant porteuse d'un changement positif qu'elle peut amener l'individu dans une impasse.

«La possibilité d'un renouveau avec un nouvel acquis pour faire face à de nouvelles exigences mais aussi d'un autre côté la possibilité d'une impasse.» (I.Simeone, 1985)

En effet, si chacune des crises peut être «la possibilité d'un renouveau», d'une renaissance, la succession de celles-ci peut aussi conduire à une souffrance psychique, laissant une fragilité dans le monde interne de l'individu qui sera mis à rude épreuve à la crise suivante, surtout si celle-ci, malgré les apparences, est mal ou pas résolue du tout.

Le monde interne de l'individu est comparable au volcan en état de sommeil, rien ne prévoit son réveil plus ou moins violent, mais des signes insignifiants peuvent être annonciateurs de «l'explosion» : tendance à réagir par des défenses maniaques comme le déni, l'euphorisme, ce peut être des plaintes somatiques, déprimes, agitation ou au contraire mutisme, apathie, renoncement, refus de nourriture…

Le refus alimentaire est un des signes qui peut permettre de se rendre compte que la personne âgée traverse une crise Il est le signe visible qu'elle n'a plus les moyens de lutter contre cette nouvelle éruption désorganisatrice.

Copyright GRIVEL Claudie et Université Lumière - Lyon 2 - 2003.Ce document est protégé

La crise peut alors être qualifiée de brusque, inattendue, désorganisatrice, angoissante, déstabilisante, bousculant l'équilibre précaire de l'existence humaine.

A l'idée de crise est associée celle de la rupture d'un équilibre avec un passé, d'une souffrance, d'une menace mortifère et d'un après-coup où se pose la notion de choix. Cette menace génère dans la plupart des cas, des moyens d'action pour la survie, pour la mise en œuvre de nouveaux événements.

Mais c'est aussi une étape dans l'évolution, dans le développement de l'individu, un travail de réaménagement, de réajustement dans un moment de l'existence. Pour sortir de la crise l'individu doit faire un nécessaire travail d'élaboration.

R.Kaès nous renvoie à l'espace transitionnel comme étant un temps d'accalmie entre les crises et ses résolutions :

«La crise et ses élaborations permanentes sont des acquisitions spécifiques de la psyché humaine… C'est par la crise que l'homme se crée homme, et son histoire transite entre crise et résolution, entre ruptures et sutures. Entre ces limites, un espace de possible création, de dépassement et de jeu : un espace transitionnel»(R.Kaès, 1979)

Dans l'œuvre de Freud, le concept de crise est absent, car il a basé ses recherches sur les liens avec le vécu infantile et non sur les états de crises dans lesquelles se trouvaient ses patients, raisons pour lesquelles ils venaient le consulter. Cependant, il publie que l'expérience passée du traumatisme et de l'après-coup, peut guider notre jugement qui peut alors prévoir la situation de danger déjà expérimentée et donner le signal d'angoisse :

«Appelons la situation qui comporte la condition d'une telle attente situation de danger; c'est dans cette situation qu'est donné le signal d'angoisse. Ce dernier signifie : je m'attends à ce qu'une situation de détresse, survienne ou bien la situation présente me rappelle un des événements traumatiques que j'ai vécus autrefois.» (S.Freud, 1914)

Tout se passe comme si, suite à un événement déclencheur, l'angoisse, maîtresse du jeu, fonctionnait comme un signal d'alarme pour faire face aux nouveaux événements qu'elle identifie comme situation traumatique déjà vécue.

Mais, selon Freud, ce danger déjà vécu doit être reconnu par la personne pour qu'il puisse être maîtrisé.

«D'un autre côté, le danger extérieur (réel) doit aussi avoir passé par une intériorisation pour pouvoir prendre un sens pour le moi; il faut qu'il ait été reconnu dans sa relation à une situation vécue de détresse» (S. Freud, 1971)

La personne doit alors trouver les ressources suffisantes pour pouvoir ré-articuler et donner un sens à ce qui est resté dans l'ombre, inaccompli, inachevé.

Pour H. Wallon, (1938) repris par J.Gaucher, la crise est un bouleversement de la vie psychique de l'individu. C'est un moment de rupture, de conflits qui permettent à l'individu de progresser, de se transformer par étapes pour aboutir à son unité, mais après un long travail de restructuration interne.

«Dans la succession des âges, le sujet est un seul et même être en cours de métamorphose. Faite de contrastes et de conflit, son unité n'en sera que plus

en vertu de la loi du droit d'auteur.

susceptible d'élargissement et de nouveauté.»(J.Gaucher, 1993)

Pour cela, il faut qu'il puisse réussir sa reconstruction interne et qu'il en ait les moyens psychiques, pour pouvoir élaborer et réinvestir de nouveaux objets.

J.Gaucher, en citant H.Wallon souligne l'importance de l'environnement dans lequel se situe la crise.

Nous verrons ultérieurement la place de l'institution, mais aussi de l'environnement familial, dans l'élaboration de la crise et le développement du refus alimentaire.

Est-ce que l'émergence du refus alimentaire ne serait pas une réaction aux événements traumatiques et par conséquent, n'a t-il pas déjà été utilisé lors de précédentes situations traumatiques ?

Ne pas comprendre la crise que traverse la personne âgée, c'est l'abandonner sur le chemin, c'est prendre les décisions à sa place, la jugeant inapte à les assumer, c'est dénier notre propre vieillesse et comprendre que la crise de sénescence permet d'élaborer après des remaniements psychiques, la dernière période de l'existence et amène à penser à sa propre finitude.

Pour R.Kaès, la crise est située entre deux pôles. L'un est le passé inadapté et rejeté et l'autre un futur qui sera construit sur les «ruines» et les «fondations» élaborés pendant la crise.

«Le moment d'entre-deux qui caractérise le passage d'un code et d'une structure de relation à d'autres codes et à d'autres structures relationnelles est conflictuel et il doit être conflictualisé pour pouvoir être dépassé.» (R.Kaès, 1979)

Il poursuit toujours à propos de la crise que l'homme conduit sa destinée en abordant et en résolvant ses crises selon son propre schéma, pour cela il doit remettre en question une vie antérieure pour en bâtir une autre plus adaptée.

«Le moment d'entre-deux est conflictuel en ceci : l'abandon du code antérieur implique en fait une rupture de liens et de significations qui bien qu'éprouvés comme partiellement inadéquates, avaient cependant assuré jusqu'alors un modèle de conduites et de représentations communes et stables…» (R.Kaès, 1979)

Ainsi, l'individu rejette ses repères sécurisants, régulateurs, son mode de fonctionnement passé, son équilibre aussi contraignant soit-il. La crise emporte, bouleverse et transforme celui qui la subit.

A cette étape de perturbations, J.Guillaumin pense que celles-ci nécessitent une «double condition» pour que la crise ait une issue positive.

«L'intuition centrale de R.Kaès est à mon sens celle du repérage de la double condition que réclame la négociation d'une situation de crise dans la direction d'une issue positive créatrice. D'une part, il faut - bien sûr- un état premier de dérégulation, de confusion ou de perdition vécue ou encore de sensible blocage régulatoire, sans lequel il ne saurait avoir de crise. D'autre part, la dérégulation, folle ou bloquée, doit demeurer contenue dans des limites qui remplissent une fonction d'étayage et constituent elle-même un cadre plus ou moins silencieux et sourd… qui amortit ou absorbe les effets les plus graves de la crise et qui permet à celle-ci d'évoluer à bas bruit sans danger de rupture» (J.Guillaumin, 1979)

en vertu de la loi du droit d'auteur.

Selon lui, la vie est jalonnée

«de crises désorganisatrices et réorganisatrices et jusqu'au bout nous sommes capables d'élaborer psychiquement des expériences qui n'avaient pu trouver sens jusque là et qui nous encombraient» (J.Guillaumin, 1979)

Pour E Jaques, (1990) la crise du milieu de la vie est structurante, organisatrice autour de la prise en compte de la mortalité.. De cette prise de conscience de la mort, il en fait l'organisateur de la crise du milieu de la vie.

On retrouve cette notion du milieu de la vie dans l'image d'Epinal reprise par Ch.Herfray (1997) La première partie de la vie grimpe vers un sommet pour redescendre ensuite symétriquement à la première partie, le sommet étant représenté par l'individu ayant atteint la cinquantaine.

Pour G. Le Gouès, des changements surviennent à l'intérieur de soi-même ainsi que dans son monde environnemental. Ce peut être la maladie, la perte d'un être cher, un échec… Les assises autrefois inébranlables sont remises en question, la mort des autres est aussi pour soi. (G. Le Gouès, 1985)

Les auteurs cités pensent la crise comme une étape importante dans l'existence de l'individu. Pour atteindre la maturité, l'existence de l'homme est marquée par des étapes, des crises qui le remettent en cause, lui faisant abandonner un fonctionnement pour un nouveau s'il est capable d'accepter cette nouvelle réalité humaine.

La vieillesse est l'ultime de ces étapes. L'âgé s'est confronté à des crises qui l'ont obligé à se remettre en cause, à abandonner des investissements d'objets connus, aimés et sécurisants, pour d'autres qui lui sont inconnus et angoissants.

Il est en train de vivre celle de la sénescence. Crise ultime qui atteint non seulement l'individu mais aussi son environnement qui est lien avec lui. Les remaniements psychiques, les différentes crises qui ont jalonné son existence, lui permettent donc l'entrée dans la vieillesse à condition que le travail psychique du vieillissement soit dépassé et permette d'atteindre la sérénité.

Cependant, ce travail peut être mis en échec et l'âgé développe alors des conduites qui peuvent mettre sa vie en danger. Nous essaierons de comprendre le refus alimentaire qui peut être compris comme l'échec de ce travail de deuil, des renoncements.

Est-ce que le refus alimentaire ne serait que la partie visible de crises non résolues, de remaniements psychiques avortés, délestant le Moi des ressources nécessaires pour aborder sereinement la vieillesse ?

Mais avant d'essayer de répondre à cette interrogation, il est nécessaire d'aborder l'étape traversée lors de la crise de sénescence et les problèmes qu'elle fait resurgir chez l'adulte vieillissant afin de mieux comprendre pourquoi le refus alimentaire peut éclore.

II.1.2.2. Sénescence et crises.

La sénescence est définie comme

«Le vieillissement naturel des tissus de l'organisme et une baisse des activités, des performances propres à la période de vie qui suit la maturité. Le

Copyright GRIVEL Claudie et Université Lumière - Lyon 2 - 2003.Ce document est protégé

vieillissement s'inscrit par un changement corporel, cognitif, qui ont pour conséquences des modifications sur le plan social et psychologique.» (Larousse, 1994)

Cette définition amène la difficile question à laquelle il est tout aussi difficile de répondre à quel âge commence la vieillesse ? Est-ce au moment de la retraite, c'est-à-dire environ vers 65 ans ?

Peut-on l'établir selon «l'âge administratif» qui sectionne en classe d'âge : 65ans, les retraités, 75-84ans le troisième âge, au-delà de 85ans le quatrième âge ? A t-on «l'âge de ses artères» comme le dit le dicton populaire ?

La vieillesse serait donc définie par plusieurs facteurs qui sont à prendre en considération :

- La culture, qui a une approche de la vieillesse différente d'une civilisation à une autre.
  - La société et son organisation qui établit la retraite par exemple, différemment d'un pays à un autre.
- La personne et son vécu psychosomatique font que l'âge de la vieillesse varie d'une personne à une autre, d'un milieu social, d'une culture à une autre.

J.Gaucher propose de considérer la vieillesse comme

«Une étape de la vie, présentant ses caractéristiques et ses conditions d'apparition en différence et en continuité avec les autres étapes qui l'ont précédée, l'enfance, l'adolescence, la maturité.» (J.Gaucher, 1993)

Remarque qui semble peut-être trop générale car elle ne tient pas compte du poids de la culture, du déni des individus jugés inaptes dont fait partie la personne âgée qui est reléguée à un statut d'indifférence et d'inutilité (sauf peut-être celles qui ont la chance de faire partie de cette minorité adulée, car leur image est la représentation idéale de la vieillesse.)

La sénescence serait alors ce temps où l'individu fait le constat de ce qui a été vécu et de ce qui reste à vivre. C'est le bilan d'une vie, jalonnée de crises individuelles, identitaires, narcissiques, de deuils successifs, de pertes, de renoncements.

Commençons par les crises individuelles traversées par le sénescent. Lors du vieillissement, à l'heure du bilan de vie, l'idéal du Moi subit de nombreux remaniements dus aux pertes sociales au moment de la retraite, des modifications physiologiques et psychiques, d'un ébranlement du narcissisme. Cette image idéale du Moi ne peut plus garder l'image de celui d'autrefois qui n'est plus et que la réalité extérieure se charge de lui rappeler.

La définition donnée par A.Haynal illustre bien ce passage de l'âgé qui a du mal à s'adapter face à un changement environnemental, social, physique et psychique :

«La crise découle d'un changement économique négatif, d'une perte d'une personne ou d'une image idéale du moi…il y a crise, quand l'objet se soustrait au sujet ou quand survient un conflit entre l'idéal du moi et le moi, c'est-à-dire que dans l'évolution de la perception de la réalité du moi surgissent des tensions trop grandes avec l'idéal du moi et que le travail n'a pas réussi et que les

Copyright GRIVEL Claudie et Université Lumière - Lyon 2 - 2003.Ce document est protégé

transformations nécessaires n'ont pas pu se faire peu à peu.» (A.Haynal, 1981)

L'âgé, par les pertes subies, qu'elles soient d'ordre professionnel, corporel, se voit confronté à l'image idéale du moi face à la réalité douloureuse du temps qui l'a marqué dans son être. Il doit pouvoir assimiler ces changements pour pouvoir s'adapter à son nouveau soi et à son nouvel environnement.

Des tensions peuvent apparaître alors dans l'environnement familial de l'âgé. L'équilibre antérieur est ébranlé, une incompréhension mutuelle, voire un rejet peuvent se développer.

Pour J. Bergeret, la crise du vieillissement se rapproche de la crise d'adolescence, dans le sens d'une crise identitaire :

«Même si la situation affective, relationnelle, et le mode évolutif n'apparaissent pas aller dans le même sens.» (J.Bergeret, 1982)

Pour lui, la crise de sénescence est une crise d'identité où le sujet âgé se remet en question face à lui-même et face aux autres, comme peut le faire l'adolescent, quoique celui-ci se positionne plus en tant qu'individu, face à l'autorité parental.

Ch. Herfray pense aussi que la crise de sénescence est une période où l'âgé interroge son identité :

« …l'individu vit une sorte d'intervalle, « d'entre-deux », qui se situe entre ce qu'il fut et qu'il n'est plus, et ce à quoi il se sait promis, qu'il sera un jour, mais dans quoi il ne se reconnaît pas » (Ch.Herfray, 1997)

Il doit alors se trouver de nouveaux modes d'identifications intégrant ceux du passé et permettant de «nouveaux apprentissages compétitifs au regard des personnes du même âge» (J.Bergeret, 1982) ce qui signifie pour l'âgé des renoncements narcissiques difficiles à accepter mais lui permettant alors de vivre sa vieillesse dans la sérénité de l'âge. Et c'est bien là que réside la souffrance pour l'âgé qui «se voit vieillir» au risque de perdre son identité avant de perdre la vie. Il ne peut plus se considérer comme immortel, illusion de sa jeunesse, que le système défensif avait organisé, mais bien comme étant dans sa dernière étape. Il se voit confronté à l'approche de la mort, non plus celles des autres mais de la sienne.

Pour J.Gaucher, cette dernière étape de la vie serait :

«Un ultime moment pour élaborer ou consolider un Moi qui doit affronter l'échéance qu'est sa propre mort» (J.Gaucher, 1995)

La mort ainsi représentée va donner à l'âgé la possibilité dans le travail de la crise d'élaborer «des zones laissées en marges» quand l'avenir paraissait «sans limite temporelle» (J.Gaucher, 1995)

Les souvenirs reviennent et envahissent le sujet, les conflits évités vont trouver leur résolution grâce entre autre au «mécanisme de dégagement» dont parle Lagache, telle la sublimation. «Le Moi est entré dans une autre phase de développement»(J.Gaucher, 1995)

Crises d'identité, crise du narcissisme, crise de la mort à venir, crises des renoncements, la crise de sénescence nécessite un travail du vieillissement dans la mesure où l'homme doit faire face à des changements extérieurs à lui-même, comme la

en vertu de la loi du droit d'auteur.

mise à la retraite, l'isolement mais aussi à des transformations dans son corps, son psychisme.

Chacun abordera ce temps de crise selon son propre vécu en interrelation avec son environnement.

Les uns sur un mode défensif et de résistances psychiques pour occulter cette crise qui est trop dévastatrice et qui a ramené à la surface ce que l'on croyait à jamais enfoui. Ils vivent dans le déni du temps qui passe, avec l'espoir de rester jeune, «*de rester dans une sorte d'immobilisme psychique rendant très cassant un moi qui se referme sur lui dans un -sauve-qui-peut narcissique-*» comme le dit J.Gaucher (J.Gaucher, 1995)

L'énergie, les ressources restantes seront ou ne seront pas suffisantes pour un nouveau travail d'élaboration.

D'autres vivent la crise comme une période de reconstruction qui leur est offerte et qui leur permet de réaliser de nouveaux investissements, de ré-élaboration qui nécessitent selon J.Gaucher la présence «d'un organisateur psychique puissant» : le devenir mortel du sénescent.

«La crise de sénescence est le moment nécessaire par lequel et à partir duquel peut s'élaborer le stade de la vieillesse.» (J.Gaucher, 1993)

C'est aussi le moment où malgré l'angoisse née de la crise, la personne va pouvoir déboucher «sur une issue créatrice et positive» (J.Guillaumin, 1985)

Pour J.Guillaumin, la crise de sénescence apporte son lot de chocs successifs liés à l'âgé :

«Des traumas désorganisateurs et inséparablement comme des chances tardives... de réarticuler et de resignifier la vie entière par la transmutation qui y est demeuré jusque là psychiquement inaccompli, inachevé ou inassumé» (J.Guillaumin, 1985)

Le sujet, du fait de son avancé en âge, subit des pertes biologiques et des rôles sociaux qui amoindrissent son environnement, ce qui accroît son isolement.

J.Guillaumin parle de «désétayage grave de la personne âgée par le social »

La crise dépassée est donc une renaissance. L'âgé va à la découverte d'une vie nouvelle.

Il peut de nouveau envisager sa fin de vie :

«La parole est débloquée. Ce ne sera jamais plus comme avant. La personne découvre son existence.»(B.Cuisinier, 2002)

La crise de sénescence est donc une période de désorganisation qui déconstruit et une période de reconstruction si l'âgé le peut, comme l'écrit I.Siméone,

«Faire les comptes avec ce qu'il est, si la gestion a été désastreuse la vie durant, la crise en signera la faillite» (I. Siméone, 1985)

Faillite qui nous interroge sur les sens du refus alimentaire comme la représentation de cet échec dans sa reconstruction psychique. Ainsi, les désordres alimentaires peuvent naître de ces pertes qui ébranlent le Moi de l'individu, car elle continuent le travail d'érosion des crises successives. Avant de répondre à cette interrogation, considérons les

en vertu de la loi du droit d'auteur.

sources de la crise de sénescence.

En effet le vieillissement s'accompagne de modifications, de changements qui bouleversent l'âgé dans son corps, dans son identité, dans son environnement : famille qui s'éloigne, amis, relations.

II.1.2.3. Les sources de crise : la naissance du désordre alimentaire.

Nous avons vu l'importance des modifications physiologiques liées au vieillissement et leurs incidences sur l'apparition de la crise de sénescence, responsable d'un profond bouleversement non seulement biologique et physiologique, mais aussi psychique, social et culturel.

Elle va amener l'homme vieillissant à des remaniements et des modes d'adaptation à la fois dans sa manière d'être et de penser par rapport à lui-même mais aussi son environnement. Il va devoir composer avec ce que la vieillesse lui impose : pertes, deuils, isolement. Ces pertes, ces deuils que l'être humain a déjà côtoyé tout le long de son existence, mais qui deviennent plus nombreux, plus difficiles à gérer car ils ne sont que le reflet de ce qui l'attend sur son chemin de la vie. L'être vieillissant doit alors effectuer un travail incessant pour rester en relation avec les autres et avec lui-même.

Nous n'allons pas citer toutes les pertes que le sujet âgé subit, mais il est important de souligner, celles qui ont un retentissement sur la vie émotionnelle, relationnelle et sociale de l'individu. Leurs conséquences vont nécessiter d'effectuer un travail de deuil et de renoncements qui lui permettront de nouveaux investissements pour bien vieillir.

G.Le Gouès (1988) parle «*d'accidents hémorragiques survenant sur un fond d'anémie narcissique*»

Cette expression témoigne de la difficulté à vivre ces pertes sur une personne fragilisée narcissiquement. Le désordre interne prend naissance à bas bruit. La personne âgée devient vulnérable psychiquement.

Est-ce que les troubles alimentaires ne surgiraient-ils pas à ce point de fragilité et auraient alors valeur de symptômes porteurs de sens pour le sujet ?

Ainsi, les facteurs psychosociaux en lien avec le sujet âgé, sont intriqués les uns aux autres, se juxtaposant parfois sans avoir le temps nécessaire à leur élaboration, laissant l'individu sans étayages suffisants pour affronter la réalité.

II.1.2.3.1. LA PERTE SOCIALE : LA RETRAITE.

La retraite est la seule perte du rôle social revendiquée, attendue, acceptée par l'individu comme étant un droit acquis. Mais c'est aussi celui qui signifie la mise en retrait de l'individu dans son rôle «d'acteur» de la vie sociale. La retraite représente non seulement la perte du rôle social en tant qu'arrêt de l'activité professionnelle, mais elle entraîne du même coup une succession d'abandons, de modifications dans la vie de l'individu.

J.Gaucher pense que la perte des rôlessociaux est le point de départ «*d'une déstabilisation du sujet vieillissant.*»(J.Gaucher, 1993)

Si l'on se réfère à la définition de A.M Rocheblave-Spenlé, cité par J.Gaucher, les

Copyright GRIVEL Claudie et Université Lumière - Lyon 2 - 2003.Ce document est protégé

rôles sociaux représentent «*un lien tissé entre l'individu et le groupe*» (Rocheblave-Spenlé, 1962) lui permettant de se situer au sein de son entourage, de lui donner une identité sociale.

Lors de la mise à la retraite, il y a perte des statuts et des rôles abandonnés. Cette déchéance sociale entraîne le plus souvent une perte de l'estime de soi, une dépréciation de l'image personnelle.

Certains assimilent la retraite à une «mort sociale» responsable de l'ennui, du vide laissé, et de ce fait associé à la mort. Certains jeunes retraités réagissent par une hyperactivité en s'investissant dans le secteur associatif par exemple.

H.Reboul écrit à ce sujet :

«C'est leur manière de vivre le présent, encore marqués par l'organisation du temps selon le mode de vie du travailleur, de l'actif» (H.Reboul, 1982)

Malgré cela, la personne retraitée passe du statut d'actif à celui d'inactif avec la projection de l'entrée dans la vieillesse.

Le statut de vieux représente la perte de ce qui lui permettait de se situer par rapport aux autres, au groupe social : métier, domicile, conjoint, enfants, amis, loisirs…

La dimension de la perte lors de la retraite est d'autant plus importante que l'individu s'est investi dans son travail. Pendant une partie de sa vie, il a côtoyé, partagé les difficultés, les réussites de l'entreprise, les soucis et les bonheurs des collègues de travail. Et puis, une date administrative, fatidique le pousse obligeamment à la porte. Pour la première fois, l'individu prend conscience de la réalité du temps qui a passé et du temps qui lui reste. C'est l'expression du bilan de vie de C. Balier. (1979)

La retraite est alors vécue comme une séparation avec la vie relationnelle et il devient très difficile, surtout dans nos sociétés, de retrouver, de se réapproprier une identité sociale. Ce pourrait être une identité de retraités, ce qui semble être le cas pour une partie d'entre eux, que l'on retrouve dans les voyages, les universités tous âges ou le bénévolat et qui manifeste une activité trépidante, laissant peu de place à l'oisiveté. On peut cependant regretter que cette identité ne passe pas par la transmission d'un héritage d'une génération à une autre.

En résumé, on peut penser que l'environnement professionnel permet à l'individu de se former une image identitaire renvoyée par l'autre, qui lui donne la possibilité d'être parti intégrante d'un être social, communicant, et étayant. La mise à la retraite érode cette image de soi et appauvrit les échanges relationnels.

La rupture dans le rythme, dans l'organisation temporelle de la vie quotidienne amorce la perte de contact relationnel par éloignement, isolement.

Parfois, la dépression envahit le sujet qui n'a plus le goût à rien, avec au fond de lui, la honte de se savoir inutile, improductif. Les échanges s'amenuisent et les étayages s'effritent. Il est important de rajouter que ce rôle est d'autant plus important pour la personne que son investissement a été majeur dans sa participation à la vie sociale.

«L'investissement, l'attachement du sujet à son rôle est un véritable cordon ombilical pour le rôle, le nourrissant des mouvements psychiques du sujet qui l'a investi.» (J.Gaucher, 1993)

Copyright GRIVEL Claudie et Université Lumière - Lyon 2 - 2003.Ce document est protégé

Lors de la séparation, l'individu perd une image de son Moi social. Il perd son statut social en tant qu'individu devenu improductif, plus rentable dans la réalité économique et sociale. Il se retrouve rejeté par ceux qui l'avaient valorisé.

Ces facteurs sont alors sources de remise en cause de sa personnalité, de l'image qu'il avait de lui-même et qu'il projetait sur son entourage comme représentation de ce qu'il était. Il doit maintenant accepter cette «trahison», transformer cette crise en une adaptation à cette nouvelle étape à vivre.

La page de ce livre de la vie est difficile à tourner. Mais la page ne peut s'écrire deux fois. Les uns la relisent sans cesse, d'autres ont la force, la curiosité suffisante pour continuer à tourner les pages pour découvrir la suite de l'histoire jusqu'à la page finale.

Ch. Herfray écrit à ce propos :

«Celle-ci (la destitution) l'inclut dès lors dans une catégorie dont l'étiquette connote la marque du moindre, du peu important, de l'inutile. C'est à cette catégorie qu'il appartient dès lors et ceci pour toujours» (Ch.Herfray, 1997.)

C'est ainsi qu'à la retraite, les contacts sociaux peuvent disparaître. Les collègues de travail sont eux aussi à la retraite, les uns se rapprochent des enfants, d'autres se replient sur eux-mêmes vivant cette période avec un sentiment d'inutilité.

Pour J.Gaucher, la mise à la retraite fait partie d'un ensemble de rôles sociaux, comme les rôles de géniteurs, de parents, que l'individu doit rendre « *au groupe social afin d'assurer une rotation des tâches et des charges*» (J.Gaucher, 1993)

C'est vrai dans la réalité sociale, dans la réalité économique mais elle reste dure à accepter quand le moment est venu de se retirer de la scène et que le rideau tombe.

La retraite n'est pas la seule responsable de l'isolement relationnel.

L'environnement de l'âgé se dépeuple progressivement : éloignement des collègues de travail, le départ des amis, des parents de la même génération, le conjoint, qui quittent leur domicile pour des maisons de retraite, pour l'hôpital ou qui meurent, laissant à celui qui reste les souvenirs communs qu'il ne pourra plus dorénavant partager.

A ces pertes d'objets, sources d'investissement, de remaniements affectifs, l'âgé doit y faire face, ainsi qu'à l'isolement, conséquence bien souvent de ces pertes.

II.1.2.3.2. L'ISOLEMENT.

Réactions aux pertes successives, refuge contre les rejets du milieu, l'isolement de l'âgé s'installe progressivement et peut amener à une réelle solitude. Solitude qu'il ne faut pas confondre avec l'isolement.

Ce dernier est du registre du relationnel et provoque chez le sujet âgé un sentiment de rejet. La solitude en est le ressenti dans le sens Winnicottien, c'est-à-dire, la capacité d'être seul en présence de l'autre. (D.W.Winnicott, 1969)

Nous avons vu que depuis la retraite, avec la perte progressive des rôles sociaux, des contacts relationnels que lui apportaient sa profession, la personne se retrouve face à un «vide» Les seules relations qu'il peut avoir est le passage de l'aide à domicile ou d'un professionnel de santé.

en vertu de la loi du droit d'auteur.

Il ne faut pas faire pour autant du vieillissement, un fait essentiellement social. Cependant, les conditions de l'environnement peuvent provoquer des modifications internes de la personnalité touchant à son identité. La différence est grande pour une personne âgée qui vieillit dans un entourage satisfaisant et la personne seule, handicapée, malade et/ou dépendante.

Le questionnaire que nous avions fait passer lors de notre précédente recherche montrait bien la place du repas comme un espace de convivialité, de joies et de plaisir pour la majorité des personnes interrogées qui vivaient dans un milieu où elles étaient entourées. Les cas étaient très différents pour celles qui étaient seules, sans famille ou en institution.

Les repas n'avaient plus le même sens : obligation de manger à des horaires imposés, menus peu attrayants et identiques pour chaque pensionnaire, voisins de table non choisis. (C.Ducottet, 1998)

D'autres facteurs comme l'éloignement des enfants, la modification de la structure familiale, qui est restreinte au père, à la mère et aux enfants, éloignent les grands-parents de leur place dans la famille.

La transitionnalité ne peut s'effectuer, car leur rôle ne peut plus servir d'instrument transmetteur d'un savoir, d'une expérience acquise dans leur histoire de vie.

La perte du conjoint aggrave aussi cet isolement qui peut se transformer peu à peu en une grande détresse, en solitude. La mort de l'un isole un peu plus celui qui reste.

Le couple qui s'est trouvé confronté au vieillissement de ceux qui le composent, a du réapprendre à vivre à deux différemment. Le couple peut vivre en fusion, replié sur lui-même, s'enfermant dans un isolement qui sert de mur de protection.

Le couple a eu du mal à s'adapter et la présence continue peut conduire l'un des deux à adopter un statut de malade, l'autre prenant alors le rôle de garde-malade.

La dépendance physique, la maladie aggravent un peu plus cet isolement car elles sont bien souvent sources d'exclusion. Il ne se risque alors, plus hors de chez lui, il cache ce corps affaibli, transformé. L'isolement est alors recherché pour ne pas subir cette mise à l'écart de l'autre.. Il devance d'une certaine façon une marginalisation en prenant en main son destin, se défendant contre un environnement qui ne satisfait plus ses désirs.

L'âgé dépendant se trouve rapidement dans l'obligation de quitter sa maison car il ne peut subvenir à ses besoins, son domicile devenant inadapté.

L'isolement, l'exclusion du milieu peuvent avoir une incidence sur le caractère de l'âgé. Il peut devenir irritable, de mauvaise humeur, agressif, mettant en jeu ce système défensif pour lutter contre l'agression réelle ou perçue comme telle de l'environnement; contre l'incapacité de suivre le rythme de communication et d'activité de ce même environnement.

Il peut aussi signifier la fuite devant l'image de la vieillesse de l'autre que l'on ne supporte pas. L'âgé se replie pour ne plus souffrir.

L'isolement, la marginalisation, liés aux somatiques peut amener le sujet âgé à être seul en présence de l'autre. Ainsi, en milieu institutionnel, l'âgé peut être seul au milieu du

en vertu de la loi du droit d'auteur.

groupe. Il n'a pas investi son nouvel environnement.

Nous verrons que les troubles alimentaires apparaissent souvent chez des sujets qui ont connu la solitude et qui encore des difficultés à investir

«La capacité d'être seul est un phénomène très élaboré qui apparaît dans le développement individuel après l'établissement des relations à trois…» (D.W.Winnicott, 1969)

Pour cela l'individu a du expérimenter cette solitude dans son enfance pour pouvoir l'assumer de nouveau et à un niveau suffisant de construction du Moi

«La capacité d'être seul repose sur l'existence dans la réalité psychique de l'individu d'un bon objet» (D.W.Winnicott, 1969)

Ainsi, le sujet âgé qui a une représentation de son monde interne appauvri, crée son monde extérieur sur le même modèle. Par contre, s'il a la capacité à être seul, acquise par l'intériorisation de bons objets, acquisition d'assises narcissiques sur lesquelles s'est fabriqué l'identité, il sera dans la possibilité d'accepter sa solitude car il peut accepter l'autre.

Le refus alimentaire ne serait-il pas alors le symptôme de cette solitude mis sur la scène corporelle de l'âgé qui prend conscience lors de son placement qu'il est dans l'incapacité de développer une réponse adaptée aux événements car il n'a plus les ressources suffisantes ?

Ainsi, les changements sociaux, relationnels et familiaux (perte du conjoint, éloignement de la famille), l'affaiblissement du corps, menace le sujet dans son intégrité psychique, surtout si les rôles sociaux ne peuvent se détacher du monde interne de la personne.

Ainsi, chaque perte, chaque transformation du corps, chaque blessure imposée par l'environnement est vécue comme une atteinte de soi et de son identité. Certains comportements d'agressivité, de violence, des manœuvres de chantages affectifs ne sont que des réactions de révolte, des moyens de pression pour que l'entourage entende son appel à l'aide et contre toute perte de soi.

L'âgé va élaborer des tactiques et des stratégies pour faire face aux difficultés de l'âge, essayant de trouver les réponses qui lui correspondent le mieux dans la mesure où il ne subit aucune entrave de la part de son environnement et d'assumer ainsi la crise de sénescence pour éviter les pièges du renoncement, du repli.

L'isolement et son ressenti la solitude ne sont pas liés seulement à la perte des contacts sociaux mais aussi à la dimension psychique qui doit être prise en compte.

Si le vieillissement s'accompagne d'une succession de changements, de pertes, comment se traduisent-ils sur le plan psychique ?

Où se place le refus alimentaire dans ces remaniements psychiques dans la crise ?

Face aux menaces de désintégration, aux pertes, comment l'identité du sujet se maintient-elle ?

Comment la personne âgée va t-elle réussir à maintenir son narcissisme face aux changements dévalorisants de la vieillesse, dans un lieu où elle sait qu'elle va mourir ?

Copyright GRIVEL Claudie et Université Lumière - Lyon 2 - 2003.Ce document est protégé

II.1.2.4.Le narcissisme au cours du vieillissement.

Nous venons d'aborder la crise de sénescence et les changements qu'elle opère chez l'individu. Un effort d'adaptation lui est nécessaire. Elle se trouve confronté à des pertes qui déséquilibrent son monde interne et atteint son narcissisme.

Avant de prendre en compte les bouleversements du narcissisme, il est important de le redéfinir.

II.1.2.4.1. DÉFINITION DU NARCISSISME.

S. Freud caractérise le narcissisme dans «Pour Introduire le Narcissisme» (S.Freud, 1915) comme un «choix objectal» et un «mode relationnel». Il le définit comme étant l'investissement libidinal du Moi, ayant pour origine les toutes premières relations avec la mère.

De cette relation se forge l'estime de soi, qui est fonction de la relation entre l'image de soi et l'Idéal du Moi, instance psychique qui s'est construite sur la base des idéaux parentaux vécus par l'enfant.

C'est donc dans la relation mère enfant, que le Moi suis investi narcissiquement. L'énergie va ensuite investir d'autres objets extérieurs et l'Idéal du Moi. Le Moi s'enrichit dans le même temps par les satisfactions données par ces mêmes objets et par l'accomplissement de l'idéal.

S.Freud écrit :

«On observe très souvent que plus l'homme est capable d'investir son propre Moi sur un certain mode et plus il dispose de libido pour le monde objectal.»(S.Freud, 1914)

Pour C.Balier,

«Le narcissisme peut être défini comme étant l'investissement de soi, c'est-à-dire de sa propre personne, à l'origine du sentiment d'identité, de la confiance en soi, de l'estime de soi» (C.Balier, 1976)

Le narcissisme est donc nécessaire au maintien de la vie. Il est le «gardien de la vie» comme l'exprime Natch, «un antidote» contre la mort. (J.Gaucher, 1993)

J. Laplanche et JB. Pontalis reprennent les notions des deux narcissismes élaborées par S.Freud, qu'ils définissent ainsi :

«Le narcissisme primaire désigne un état précoce où l'enfant investit toute la libido sur lui-même. Le narcissisme secondaire désigne un retournement sur le Moi de la libido retirée de ses investissements objectaux.» (J.Laplanche et J.B.Pontalis, 1968)

B.Grunberger écrit à propos du narcissisme :

«En fait le narcissisme est toujours à orientation double…..nous aurons affaire à un narcissisme centrifuge et centripète, primaire ou secondaire, positif ou négatif (intégré ou culpabilisé), sain et pathologique, mature ou immature, fondu avec la composante pulsionnelle ou opposé à elle, son antagoniste.» (B.Grunberger, 1993)

Copyright GRIVEL Claudie et Université Lumière - Lyon 2 - 2003.Ce document est protégé

Cette réflexion laisse à penser que le narcissisme n'est pas figé une fois pour toute, chez l'individu. Les crises successives, les événements, façonnent, ébranlent le narcissisme et par conséquent le moi psychique et corporel. Ce moi, qui est, rappelle S.Freud, avant tout corporel (S. Freud, 1951) :

«Il n'est pas seulement un être de surface, il est lui-même la projection d'une surface.» (S. Freud, 1951)

Plus que l'aspect physique, c'est la conscience du corps et sa représentation qui font partie de la conscience de soi. La conscience de soi est la conscience de son corps et de celui d'autrui.

Nous avons vu précédemment, l'importance que prend pour l'âgé les transformations physiques, la signification des troubles, des plaintes corporelles qui mettent en jeu l'identité même du sujet.

S. Freud a décrit le Moi s'individualisant à partir de la représentation du corps et de ses limites. Le narcissisme corporel prend le corps comme support, source de plaisir, de séduction, dans la recherche de son identité. (S.Freud, 1951)

Or, tous ces éléments, le corps, les relations à l'autre, les créations et l'idéal se trouvent remis en question par le vieillissement. En effet, ces modifications physiologiques, corporelles, sont une atteinte au narcissisme car ces changements sont irréversibles.

Ils rendent le corps de l'individu fragile et se manifeste par de multiples signaux, douleurs, raideurs, faiblesses. Ces rappels constants du corps entraînent un retour sur soi, une diminution des attraits pour de nouveaux investissements.

Ainsi, le choix de l'objet narcissique, est déterminé par la part identique à soi-même.

S.Freud écrit à ce propos :

«On aime ce que l'on est soi-même, ce que l'on a été et ce que l'on voudrait être soi-même, une partie du propre soi.» (S.Freud, 1914)

Le narcissisme devient pathologique lorsque le sujet devient incapable d'aimer un objet autre que lui-même.

Pour S.Freud, cité par C.Balier, c'est

«Un retour vers le sujet de la libido détachée des objets» (C.Balier, 1979)

Ainsi, Narcisse lui-même se laisse prendre par la beauté de son image reflétée dans l'eau et ne peut s'en détacher jusqu'à s'en laisser mourir.

Le narcissisme est donc estime de soi sur lequel repose le sentiment d'identité.

Il prend naissance lors des premières relations avec les parents, puis il dépend de la représentation que l'on se fait de soi et de l'image que les autres nous renvoient. L'apparence corporelle joue là un rôle important. Les réalisations accomplies dont l'individu est plus ou moins satisfait, contribuent à nourrir ou à atteindre le narcissisme. Or tous ces éléments se trouvent remis en question lors de la vieillesse.

II.1.2.4.2. NARCISSISME ET VIEILLISSEMENT.

Nous venons de voir que le sentiment d'identité s'origine dans les toutes premières

en vertu de la loi du droit d'auteur.

années de la vie en relation avec les parents, puis avec l'environnement. L'individu se construit peu à peu une représentation qu'il se fait de lui, une image que les autres lui renvoient. On mesure alors, l'importance de l'image du corps et de la représentation mentale de soi, qui servent alors de support au Moi.

Pour la personne âgée, la question du maintien du sentiment d'identité personnelle se pose car elle a subi de nombreux changements dans son histoire personnelle, familiale et son environnement social. Elle se trouve confrontée à des pertes de toutes sortes et à l'angoisse de l'échéance de sa mort. La personne au moment de sa vieillesse est confrontée à une «*forte atteinte narcissique*» (B.Cuisinier, 2002)

J.Maisondieu, fait un rapprochement entre le refus d'accepter l'image que renvoie le miroir et la démence :

«Le refus de l'insupportable laideur du visage flétri par la vieillesse, c'est peut-être cela la démence, une phobie du miroir poussée à l'extrême. Comment garder sa tête si on ne peut pas se voir, comment ne pas être désorienté, s'il n'est plus possible de se reconnaître ?» (J.Maisondieu, 1989)

Pour cet auteur, le maintien de l'identité, au travers des vicissitudes du vieillissement, nécessite un bon investissement narcissique marqué par l'estime de soi. Sans cette estime de Soi, l'individu ne peut accepter ce visage transformé par le temps.

L'âgé doit s'adapter à ces modifications corporelles et les pertes qui leur sont liées. Il doit accepter cette nouvelle image de lui-même et celle que les autres lui renvoient. L'âgé atteint sur le plan narcissique par ce qu'il ressent, par ce qu'il constate de ces changements, par l'écart qui se creuse entre ses désirs et ses performances, ne trouve pas dans le regard de l'autre la réassurance narcissique mais plutôt ce qu'il redoute, ce qui aggrave le sentiment de dévalorisation.

Narcissisme et relation d'objet sont liés, la dévalorisation narcissique va retentir sur les relations objectales avec un désinvestissement de son environnement et un repli sur ses positions narcissiques régressives.

Or, les conditions du vieillissement contribuent à diminuer l'estime de soi, le sentiment personnel de sa valeur qui est la base de la confiance en soi et l'amour de soi, nécessaire pour s'intéresser aux autres.

L'entrée dans la vieillesse porte donc une double atteinte à l'identité comme mort sociale, puisque les supports sociaux sont défaillants, et au soi corporel qui entraîne l'intériorisation d'une image négative de soi et la perte de l'estime de soi.

Nous avons vu que lors de la crise de sénescence les investissements narcissiques et objectaux sont remis en question entraînant des perturbations psychologiques qui vont déstabiliser le sentiment d'identité du sujet âgé. L'incapacité à réaménager sa vie va conduire l'âgé au désinvestissement.

Le sujet âgé qui ne peut réinvestir le monde extérieur se replie sur lui-même. On peut s'interroger sur le sens du refus alimentaire, comme étant l'interprétation d'un refus d'accepter la dernière période de vie non conforme au désir que la personne s'était représentée de son existence.

Le refus alimentaire serait-il un refus d'un désir de non-vivre ?

en vertu de la loi du droit d'auteur.

On peut donc penser que si le sujet âgé garde un sentiment d'identité, le narcissisme représente une force vitale contre la mort.

Par contre, si le narcissisme ne peut protéger suffisamment le sujet, il se défendra par les moyens mis à sa portée comme la régression à des positions archaïques primaires et en se retirant de l'environnement. Nous aborderons ultérieurement ce retrait, provoqué par son placement en institution.

Pour J.Guillaumin la rupture se fait dès la perte des rôles sociaux. Il parle d'une rupture de l'alliance narcissique lorsque la personne est victime «*d'un dessaisissement subjectif des rôles sociaux antérieurement tenus par le sujet, rôles validés et distribués par les usages...* » (J.Guillaumin, 1985)

Il considère le vieillissement comme un »traumatisme tardif» et insiste sur la période de «bilan de vie» et de la «recrudescence de l'angoisse de mort.»

Pour lui, les différentes pertes subies par l'âgé à partir de la retraite et celles qui en découlent (dessaisissement subjectif des rôles sociaux) provoquent une prise de conscience traumatique de l'échéance de sa propre finitude.

Pour C.Balier, le maintien d'identité est fonction d'un bon investissement narcissique marqué par l'estime de soi, mais à cela se rajoute un désinvestissement narcissique qui est souvent parallèle au désinvestissement de l'environnement (C. Balier, 1976.)

«Il est un domaine dans lequel les modifications de l'environnement ont toute chance d'exercer un rôle sur le fonctionnement de la personnalité, c'est bien le vieillissement» (C.Balier, 1976)

Il conforte notre point de vue qui est que l'environnement est important chez l'âgé et tout particulièrement dans son alimentation. En effet, un environnement convivial permet une meilleure prise alimentaire, alors qu'une personne isolée et seule montre souvent des troubles alimentaires. Et si un événement traumatique surgit les troubles alimentaires peuvent se transformer en refus alimentaire.

Pour H. Bianchi, la régression et le repli narcissique de l'âgé apparaissent lorsqu'il se trouve dans l'impossibilité d'affronter la réalité et dans le refus d'un travail de deuil. L'individu doit constamment lutter contre tout ce qui est de «*valeur négative*» (C. Canguilhem, 1979)

«Cette activité (de l'appareil psychique) qui repose sur le maintien d'un investissement objectal (c'est-à-dire d'un intérêt pour le monde externe) repose aussi sur celui d'une identité constamment menacée, mais aussi constamment en train de se faire : le maintien de l'identité au travers des menaces réelles ou fantasmatiques, des traumatismes, des frustrations… » (H.Bianchi, 1987)

Pour H. Bianchi, ce mouvement régressif et élaboratif n'est pas le seul. D'autres conduisent le sujet âgé vers une régression au stade œdipien accompagné d'une réactivation de l'angoisse de castration dans la destinée de la mort. (H. Bianchi, 1987)

Avec les changements, le narcissisme de l'âgé est ébranlé, ce qui lui demande un effort de réadaptation, ce qui rejoindrait la pensée de J. Bergeret : «*reconstruire une intégrité narcissique*»

B. Grunberger va dans ce sens, en notant que le narcissisme de soi est

Copyright GRIVEL Claudie et Université Lumière - Lyon 2 - 2003.Ce document est protégé

indispensable à l'investissement des objets extérieurs. (B. Grunberger, 1993)

Pour J. Bergeret, la sénescence est une «*deuxième crise d'adolescence*».qui permettrait de reconstruire le narcissisme.

«Cette crise traduirait la capacité d'une remise en question identificatoire pour reconstruire une intégrité narcissique pour aboutir à une nouvelle distribution des énergies affectives : il y aurait réévaluation et réélaboration des principaux investissements narcissiques et objectaux pour intégrer des nouvelles données objectives de la réalité extérieure, de la réalité psychique et physique personnelle. La réussite des transformations économiques dans la crise de sénescence se traduirait par un sentiment de bien-être psychosocial» (J. Bergeret, 1982)

Cependant, il pense tout de même, qu'il ne faut pas comparer les deux crises qui restent différentes malgré certaines similitudes comme la déstabilisation du narcissisme.

La différence nous semble t-il, avec la crise d'adolescence est que le jeune en passant d'un stade à un autre perd une partie de lui, mais trouve des compensations suffisamment étayantes pour lui permettre le changement.

Il n'est pas de même au moment de l'entrée dans le stade de la vieillesse car les pertes pèsent lourdement dans la balance et les gains deviennent pratiquement insignifiants. Ainsi, l'environnement s'amenuise, provoquant un appauvrissement externe et interne pour le sujet vieillissant.

Cependant, il semblerait qu'au moment du «*stade de la vieillesse*» (J.Gaucher, 1993) l'individu se constituerait un «*moment de consolidation et de réaménagement du capital identitaire*» pour pouvoir affronter la question de la mort de soi.

Pour cela, il doit pouvoir effectuer un lent *« travail du vieillir »* qui lui permettrait d'accepter, de faire le deuil des objets (J. Gaucher, 1993) et de se préparer à sa finitude.

Si le désinvestissement libidinal du monde extérieur, de son objet d'amour est trop important, il perd confiance en lui, il y a une rupture de l'alliance narcissique comme l'écrit P.Aulagnier (1984), c'est-à-dire une dévalorisation narcissique, qui peut amener la dépression.

La perte de l'objet libère une énergie pulsionnelle qui doit être réinvestie dans d'autres objets, réinvestissement possible selon la solidité des objets internes. Dans l'attente de ce réinvestissement la personne met en jeu des pare excitations, comme son corps ou des objets transitionnels comme son cadre de vie.

C'est souvent à ce moment que l'entourage de la personne qui est en crise, décide du changement, comme le placement par exemple, et c'est souvent aussi, sur ce terrain de crise que les troubles alimentaires apparaissent, car l'âgé n'a plus l'énergie pour réinvestir un objet après les pertes imposées par la réalité extérieure et par un mouvement régressif interne imposée par la réalité somatique d'un corps en changement. De plus, la présence de la mort accentue ce mal-être occasionné par les transformations physiques mais aussi par l'environnement qui inflige des blessures et qui sont vécues comme une atteinte du Moi.

«La limitation du temps, la présence de la mort fait que chaque transformation du

Copyright GRIVEL Claudie et Université Lumière - Lyon 2 - 2003.Ce document est protégé

corps, chaque déficit, chaque blessure imposée par l'environnement est vécue comme une atteinte de soi. Le sentiment d'irréparable est ressenti douloureusement et très profondément.» (C.Balier, 1976)

Les troubles alimentaires peuvent être les premiers signes d'un dysfonctionnement, d'une difficulté à vivre dans un environnement dans lequel l'âgé n'a plus ses repères internes et externes.

L'âgé perd le sentiment de sa propre valeur, il ne croit plus en ses qualités, sa séduction, il ne peut plus s'investir soi-même et par conséquent les autres. Avec le vieillissement, les sources qui alimentent le narcissisme ont tendance à se réduire

C.Balier écrit à ce propos :

«Le narcissisme joue le gardien de la vie face aux difficultés de l'existence et aux traumatismes car il est amour de soi.» (C.Balier, 1979)

Il faudra donc pour rester en vie que la personne âgée puisse réaménager son narcissisme. Il devra effectuer des renoncements nécessaires pour pouvoir trouver de nouveaux modes d'investissements. Pour cela, il devra accepter les nouveaux rapports avec son corps, cette enveloppe charnelle qui l'emmènera jusqu'à l'ultime perte : la mort.

La personne âgée confrontée à cette nouvelle perte qui est celle de sa vie se trouve dans l'obligation de trouver de nouveaux appuis qui lui permettront de faire un travail de deuil de sa propre mort. Elle doit tenter d'intégrer sa propre mort, ce qui n'est pas simple!

Pour J.Gaucher,

«Le changement de statut de la mort constitue la clé de voûte de la crise de sénescence en ce sens qu'il bouleverse l'équilibre réalisé antérieurement.» (J.Gaucher, 1993)

L'appareil psychique est soumis aux lois du vieillissement. La crise de sénescence oblige l'âgé à des réaménagements personnels étroitement en lien avec son environnement. C'est aussi à cette période que l'environnement s'amenuise. L'âgé voit disparaître peu à peu ses amis, ses parents, son conjoint.

«S'il est un domaine dans lequel les modifications de l'environnement ont toute chance d'exercer un rôle sur le fonctionnement de la personnalité, c'est bien le vieillissement.» (C.Balier, 1979)

La conséquence de ces successions de pertes objectales et narcissiques est l'isolement de l'âgé : isolement social du au rejet, à l'exclusion par les maladies, les handicaps et les représentations négatives de la vieillesse dans une société qui fait l'apanage de la jeunesse, de la beauté corporelle, qui rectifie la moindre partie disgracieuse jugée non conforme aux modèles de beauté.

Parfois, l'absence ne maintient plus le lien avec un ou les deux parents et l'enfant a du mal à intégrer cette nouvelle image du parent qui n'est plus celle de son enfance.

Le statut de grands-parents met aussi une distance entre l'âgé et ses enfants qui ont eux-mêmes leurs propres enfants.

«L'avancée sur l'échelle des générations familiales peut être teintée d'une certaine amertume liée à l'angoisse de sa propre mort et à celle toujours de l'abandon par ses propres enfants au bénéfice des leurs.» (M.Myslinski, 1994)

en vertu de la loi du droit d'auteur.

Il ne faut pas cependant nier le lien qui peut se tisser entre les grands-parents et leurs petits-enfants. L'âgé garde une tendresse particulière pour les enfants. Leur offrent-ils ce qu'ils ont à jamais perdu ?

Le rôle de grands-parents reste important car l'âgé voit dans cette nouvelle génération sa propre lignée. Quelle fierté lorsque grâce à elle, se perpétue le nom ! Il peut se projeter dans cette nouvelle génération qui est la sienne.

Ce statut reste bien précaire dans la réalité. A ce constat, nous pouvons émettre plusieurs raisons:

- Notre société culturelle dans laquelle le rôle des grands-parents a perdu sa valeur de sage, de celui qui a vécu et qui a l'expérience, de celui qui est notre mémoire.
- L'éclatement des familles du fait des nouvelles conditions de vie urbaine, de la mobilité dans le travail pour les enfants, déstructure la cellule familiale.
- enfin, la vieillesse du parent fait peur surtout lorsque celui-ci devient dépendant. Tant que celui-ci est autonome, vaquant à ses occupations, remplissant son rôle de grands-parents, de parents, l'unité familiale reste équilibré. Mais lorsque la maladie, une chute, un événement propulse la parent dans la dépendance, la famille vacille. Les problèmes anciens ressurgissent. (F.Meylan, 1982)

Les enfants ne reconnaissent plus le père ou la mère qu'ils ont connu jusqu'à ce jour. L'image du vieillard ne correspond plus à celle du parent de l'enfance.

La réalité devient insoutenable et source de souffrances. L'enfant préfère s'éloigner de cet être qui ne correspond plus à ses souvenirs et qui lui projette sa propre vieillesse. Les liens se distendent. L'identité est alors ébranlée Pourtant pour certains, la reviviscence de bonnes images parentales peut apporter un secours.

Ecoutons Colette qui utilise par l'écriture, ce moyen de défense en idéalisant son parent, contre les sentiments dépressifs qui l'envahissent à l'aube de la vieillesse.

«Au cours des heures où je me sens inférieure à tout ce qui m'entoure, menacée par ma propre médiocrité, effrayée de découvrir qu'un muscle perd sa vigueur, un désir sa force, une douleur la trempe affilée de son tranchant, je puis pourtant me redresser et me dire, je suis la fille de celle qui écrivit cette lettre, cette lettre et tant d'autres que j'ai gardées ... Puissè-je n'oublier jamais que je suis la fille d'une telle femme... Maintenant que je me défais peu à peu et que dans le miroir peu à peu je lui ressemble, je doute que, revenant, elle me reconnaisse pour sa fille malgré la ressemblance de nos traits... O ma chaste et sereine revenante... Ici bas, quand je ne croyais plus la suivre que de l'autre côté de la vie, ici bas existe donc une sente potagère où je pourrais remonter mes propres empreintes ? » (Colette, 1928)

Colette, par le souvenir, la remémoration de sa mère reconstitue son identité, restaure son narcissisme. Elle restaure d'une certaine façon, la perte originaire qui est celle de la mère dans l'illusion primaire et qui permet l'élaboration de ses propres pertes.

L'image idéalisée de sa mère devient sa propre image, ses propres traits. Elle s'identifie en intériorisant l'image de sa mère âgée, vécue comme «bonne.» Elle a atteint

en vertu de la loi du droit d'auteur.

l'âge de sa mère, mère et fille ne font plus qu'une.

La réanimation des bonnes images parentales semble pouvoir aider l'âgé face à une mort menaçante. L'image de sa mère idéalisée semble apaiser Colette, comme la nouvelle lignée constituée par les petits-enfants permet à l'âgé de se revaloriser narcissiquement.

Pour certains, l'âge de la mort du parent les hante. Ne vont-ils pas mourir au même âge que leur parent ? Et lorsqu'il dépasse celui-ci, ils restent étonnés, sans repères.

Pour A. Thome et M. Péruchon, il semble qu'au moment de la vieillesse, l'âgé aspire à se rapprocher de ses parents :

«Il tente de retrouver les marques psychiques reçues des générations précédentes et aptes à être transmises aux générations suivantes pour assurer la continuité de sa lignée et sa propre survie» (A. Thome et M. Péruchon, 1992)

C'est peut-être une des explications au lien étroit qui existe bien souvent entre l'âgé et ses petits-enfants. L'intérêt porté aux récits, la remémoration de moments de leur vie, comme les événements vécus de la dernière guerre, leur histoire de vie, redonnent de la valeur au savoir de la personne, savoir qui représente un lien transgénérationnel et permet à l'âgé de reconstituer son identité. (A.Thome, M.Péruchon, 1992)

C'est souvent le temps de relater ses souvenirs de jeunesse, de son vécu, d'essayer de laisser un témoignage de l'utilité de son existence. Nous verrons que ce retour au passé permet le lent travail du vieillir.

Enfin, la perte du conjoint avec qui on a partagé quarante à cinquante ans de vie commune est ressentie comme la perte d'une partie de son Moi dans l'autre, la perte d'une partie de son Moi qu'il a laissé dans son monde interne. Sa perte est une souffrance immense difficile à surmonter. Il n'est pas rare que celui qui reste, meurt quelques mois après le décès de l'autre aimé.

«Ils se tiennent la main, ils ont peur de se perdre et se perdent pourtant» (J.Brel, 1982)

Nous verrons ultérieurement la difficulté à faire le deuil de l'être aimé. Là aussi, le travail du vieillir peut se construire à partir de l'acceptation du deuil de l'autre.

En conclusion, les nombreuses pertes, qu'elles soient sociales, corporelles, affectives portent atteintes au narcissisme, à l'identité de la personne âgée et mettent en danger l'équilibre psychique devenu précaire. C'est aussi, la fragilisation de son monde interne qui lui demandera de mettre en œuvre toutes les ressources pour pouvoir l'étayer et accepter les remaniements de sa vie psychique.

Des épisodes de troubles du comportement alimentaire sont peut-être apparus mais ils sont minimisés, portant peu à conséquence car ils sont sans doute, un comportement récurrent chez la personne à chaque épisode quelque peu critique de son existence.

Pour se préparer à tous les changements qui sont nombreux, qui portent atteintes à l'identité, la personne âgée doit pouvoir effecteur un travail du vieillir va permettre de trouver de nouveaux investissements dans son monde interne et son environnement.

On ne peut s'empêcher de s'interroger sur l'éventuel échec du travail de vieillir dans le refus alimentaire.

Copyright GRIVEL Claudie et Université Lumière - Lyon 2 - 2003.Ce document est protégé

II.2.Le travail du vieillir.

Qu'est-ce que le travail du vieillir ? Comment peut-on assimiler la notion de travail à celle de vieillir ? Le travail du vieillir assimile la notion de travail qui met en relief une activité et celle de vieillir qui laisse entrevoir la dernière étape de la vie.

Peut-on penser, comme l'écrit D. Quinodoz que le travail du vieillir est l'activité de vivre ?

«C'est le travail de construire activement la fin de sa vie» (D.Quinodoz, 1994)

Le travail de vieillir permettrait donc de faire le bilan de sa vie personnelle afin de réaménager son histoire dans une trajectoire totale de sa propre vie. (D.Quinodoz, 1994)

C'est en quelque sorte pouvoir relier les événements de son histoire interne en leur donnant un sens et non les juxtaposer sans aucun lien entre eux. C'est trouver un juste équilibre entre investissement et désinvestissement. C'est sortir de la crise, en s'acceptant avec ses faiblesses dues au vieillissement, à sa force due à son histoire de vie, ses étayages internes. C'est pouvoir réinvestir le monde extérieur.

Pour D.Quinodoz, le premier aspect du travail du vieillir est de constituer sa propre histoire interne. (D.Quinodoz, 1994)

«Le travail du vieillir nécessite de quitter en pensée le plan linéaire de la répétition événementielle du quotidien pour prendre distance et considérer la totalité de sa propre histoire telle que chacun la construit pour soi-même. C'est cela que j'appelle reconstituer sa propre histoire et que je ressens comme un aspect essentiel du travail du vieillir.» (D.Quinodoz, 1994)

A la notion de vieillesse est souvent associée celle du temps qui est passé, avec ses joies, ses regrets, de celui qui passe de plus en plus vite et qui rapproche de la mort.

II.2.1. Le travail du vieillir et la question de la temporalité.

Vieillir, d'après J.Guillaumin est pour chaque individu l'occasion d'une rencontre avec lui-même et qui l'invite à «*réinventer le temps*» (J.Guillaumin, 1982)

Il suggère que

«Le temps de l'après-coup devient alors celui d'un «après-tout», d'un au-delà de tous les traumatismes, qui rend maître en esprit de la mort elle-même. Après avoir tout perdu, après avoir tout souffert, et tout aimé, on peut «après tout» vivre psychiquement sans jamais d'après, syntone désormais à l'écoulement du temps et à la personne de l'être.» (J.Guillaumin, 1982)

Pour lui, la vieillesse est un moment de blessures, d'altération, mais ce peut être aussi l'élaboration d'un travail de sens du chemin déjà parcouru, du déjà vécu. Ce travail permet alors de construire un lien inexistant dans l'identité.

«Comprendre sans contresens la vieillesse de l'homme exige donc que par delà le discours extérieur sur le déclin biologique, on questionne dans leur intériorité

Copyright GRIVEL Claudie et Université Lumière - Lyon 2 - 2003.Ce document est protégé

les effets de choc ou des chocs successifs de l'âge envisagés comme des traumas désorganisateurs et inséparablement comme des chances tardives, parfois jusqu'au bout maintenues, de réarticuler et de resignifier la vie entière par la transmutation de ce qui est demeuré jusque là psychiquement inaccompli, inachevé ou inassumé.» (J.Guillaumin, 1982)

Le travail du vieillir serait donc un travail de l'après, où le temps est en lien avec l'histoire de vie de l'individu âgé. Il est en lien par conséquent avec la mort qui n'est autre que le terme de la vieillesse dans la logique de la vie.

«La vieillesse est le moment où peut s'assimiler la perspective du mourir telle que bien des personnes âgées la mette en travail à partir ou à propos de la mort des autres, récente ou ancienne, reprise dans un mouvement identificatoire puissant qui fait que la mort devient ma mort et que celle de l'autre parent ou ami devient et préfigure la mienne.» (J.Gaucher, 1996)

Certains sujets suppriment cette vue d'ensemble de leur histoire afin d'échapper à la loi du temps qui passe et qui va vers une fin. Ils veulent ainsi fuir l'angoisse de leur avenir, c'est-à-dire de leur échéance mortelle. Ils se mettent ainsi, hors du temps.

L'âgé, en refusant de se nourrir, ne montre t- il pas son refus de continuer dans ce temps qu'il n'a pas voulu, qui ne correspond plus à son histoire ? A son temps ?

Le temps est aussi rattaché aux souvenirs heureux et ceux qui sont restés dans l'ombre, mis de côté, blessures imparfaitement cicatrisées.

On connaît la persistance de l'événement passé dans la mémoire du sujet âgé, au détriment d'événements plus récents. Le travail du vieillir consistera aussi à réactiver ses blessures afin de les replacer dans l'histoire de la personne, non pas en les juxtaposant les uns aux autres mais en leur donnant sens dans son histoire.

Pour D.Quinodoz, le fait d'isoler un moment de leur vie chargé de trop d'angoisse est une façon d'éviter que l'angoisse ne contamine tout leur vécu.

De ce fait, ils empêchent que ce moment soit à son tour modifié par les expériences qui l'auraient rendu supportable. Ils le mettent en quelque sorte entre parenthèse ou bien l'occulte pour se protéger d'une trop grande angoisse.

«Ces patients qui figent le temps pour tuer le souvenir me donnent l'impression de susciter l'angoisse en croyant inconsciemment l'éviter.» (D.Quinodoz, 1990)

Le travail du vieillir est lié au temps avec cette possibilité de constituer sa propre histoire interne, en ré-élaborant ses souvenirs.

«Le travail du souvenir entraîne un dépoussiérage, un ré/aménagement du passé pour qu'il entre dans l'économie psychique du vieillard en répondant au besoin du moment.» (J.Gaucher, 1982)

Le travail du souvenir va donc consister à ramener à la surface les événements parfois lointains et transformés. La personne fera le lien avec son passé. Elle mettra en sens les événements de son histoire ce qui va lui permettre de se dégager des vécus traumatisants qu'elle a pu refouler autrefois.

Le travail du vieillir a un autre aspect : le travail de deuil qui garde sur le plan psychique ce qui est perdu concrètement.

en vertu de la loi du droit d'auteur.

II.2.2. Le travail du vieillir et la question du deuil

Le deuil est le travail que doit fournir l'individu pour se séparer des objets perdus.

S.Freud dans «Deuil et Mélancolie» définit le travail du deuil comme étant le renoncement de toute la libido :

«Toute libido est sommée de renoncer aux liens qui la rattachent à cet objet, et, c'est sur chacun des souvenirs et des espoirs qui relaient la libido à l'objet que se réalise la liquidation de la libido.» (S.Freud, 1917)

Pour M.Klein, (1966) le travail de deuil consiste à intérioriser en soi l'objet aimé et perdu et de pouvoir le transformer en ses propres objets internes.

II.2.2.1. Le deuil de l'objet.

Nous l'avons vu précédemment, vieillir est synonyme de pertes d'un certain nombre de rôles, d'acquis, d'un corps idéalisé, c'est connaître la séparation d'avec l'autre et pouvoir effectuer un travail du vieillir nécessaire qui permettra d'accepter la réalité c'est-à-dire la loi du temps avec ses renoncements et ses deuils, le risque de la séparation et de sa mort à venir.

«Faire ce travail c'est s'intéresser à sa propre vie» (D. Quinodoz, 1994)

Chaque perte est un deuil à faire plus ou moins difficile selon la valeur donnée à l'objet aimé et perdu, mais aussi en fonction de l'environnement et du vécu de la personne au moment de la perte.

Le travail de deuil sera alors d'autant plus difficile que l'objet aura été investi. Le deuil de l'objet est très lié à celui que nous pourrions nommer le deuil du rôle social que nous avons abordé avec la mise à la retraite.

Ce deuil n'est pas le premier dans la vie de l'individu mais il est difficile car il remet en question son identité sociale, c'est-à-dire son image sociale revalorisante, cette image qu'il a tant de difficulté à retrouver dans cette société qui lui renvoie une représentation négative. Ce deuil social est aussi celui des projets non réalisés et que le temps, l'aptitude physique ne lui permettent plus d'accomplir.

La vieillesse est placée sous le registre de la perte : déclin physique, séparations, deuils.

Pourtant, on peut observer, lors d'un événement des répercussions différentes d'un individu à un autre. C'est qu'un deuil renvoie toujours à des deuils ou des séparations antérieurs, vécus et restés plus ou moins élaborés. Le traumatisme du deuil vient alors de l'état de désorganisation du moi c'est-à-dire de ses objets internes et de son narcissisme. C'est au moment d'une perte pouvant paraître anodine que l'âgé sera dans l'incapacité de faire ce nouveau deuil.

A ce propos, Freud (Freud, 1917) écrit que

«L'endeuillé sait sans doute qui il a perdu mais non ce qu'il a perdu en cette personne.»(Freud, 1917)

Le retour des deuils, des séparations passés pourront soit permettre une reprise

en vertu de la loi du droit d'auteur.

élaborative en s'appuyant sur des «*acquis identificatoires*» (P.Charazac, 1998) laissés par les deuils anciens, soit laisser le Moi désorganisé et permettre à la dépression, à la crise d'éclater.

Ch.Herfray souligne que faire le deuil c'est

«Ne pas pouvoir laisser tomber l'illusion, ne pas pouvoir faire le deuil des objets du Moi qui menace le Moi lui-même en tant qu'objet. Faire les deuils des objets du Moi peut permettre de re-trouver d'autres modes de gratification à travers d'autres objets.» (Ch. Herfray, 1997)

Ainsi, lorsqu'il y a séparation ou deuil, la libido d'objet se détache du monde extérieur pour se replier sur le moi. Ce repli ne dure que le temps où le sujet va pouvoir réinvestir d'autres objets dans le monde extérieur.

Mais pour cela il faut à l'âgé l'énergie nécessaire pour re-trouver d'autres objets qui peuvent être d'ailleurs des objets antérieurs qui ont été enfouis, perdus et les réinvestir.

II.2.2.2. Le deuil du Moi

L'âgé doit surmonter un autre deuil qui est celui du deuil anticipé de sa propre mort, c'est le «*bilan de vie*» dont parle E.Jaques (E.Jaques, 1990)

Le sujet prend conscience que «la donne» n'est plus la même qu'au temps de sa jeunesse. Il doit accepter sa propre perte pour pouvoir continuer à vivre.

Il doit renoncer à cet objet que H.Bianchi appelle «le Moi-objet narcissique»

«…On comprend mieux qu'un deuil véritable du Moi-objet, c'est-à-dire le maintien d'un investissement libidinal du Moi, mais comme d'un objet dont le deuil est fait, la perte acceptée, soit la condition d'un investissement non narcissique de l'autre : le maintien de l'intérêt pour le monde et l'amour éventuel pour des objets se trouvant alors facilité par la renonciation narcissique en quoi consiste le deuil du Moi» (H.Bianchi, 1987)

Ce deuil du Moi qui n'est autre que lui-même et que nous nommerons le «Soi-même», car il correspond à la personne dans sa globalité d'être humain. Le Moi doit se détacher des liens qui le retiennent et pour cela investir des objets d'amour extérieurs.

La difficulté est que trop souvent l'entourage fuit cette demande quelque peu expansive. Certains se raccrochent alors, à la foi, la croyance, le mythe, la filiation qui leur permettent d'investir un objet immortel.

Nous retrouvons ce surinvestissement des objets d'amour dans le travail du trépas dont nous parle M.de M'Uzan.

Il semblerait que l'âgé soit conscient de sa mort prochaine et qu'il s'engagerait dans une ultime expérience relationnelle. L'entourage a bien souvent du mal à prendre le rôle de cet objet d'amour par peur d'être entraîné dans cette relation mortifère ou ne pouvant s'identifier à ce parent vieillissant. Ce retrait est vécu comme un abandon.

Ainsi, si l'âgé peut effectuer un travail de deuil de son Moi en s'étayant sur des objets extérieurs, il peut continuer sa vie dans la sérénité.

Par contre, que se passe t- il si l'âgé ne peut investir d'autres objets ?

Copyright GRIVEL Claudie et Université Lumière - Lyon 2 - 2003.Ce document est protégé

Le deuil de son Moi ne peut s'effectuer, il n'y a pas de renonciation narcissique du Moi, mais du monde extérieur qui l'abandonne. Le sujet se replie sur son monde interne.

Peut-on penser que le refus alimentaire se situerait à ce moment du repli narcissique, au moment de ce sentiment d'abandon ressenti par le sujet âgé ?

La notion renvoie donc à la perte et à la séparation. Chaque individu est confronté à des changements qui l'obligent à investir ou désinvestir des objets. Le travail de deuil permet d'accepter ses limites pour pouvoir se reconstruire, effectuer une élaboration psychique.

«Ce n'est qu'après ce travail de deuil que le Moi se trouve libéré.» (B.Cuisinier, 2002) La personne se détache peu à peu de cet objet disparu. Elle se sent renaître et peut s'ouvrir à d'autres investissements. «Dans le deuil, l'on s'enrichit de ce dont se sépare.» (Ch.Herfray, 1988)

La mort de l'autre confronte l'individu avec le travail de deuil.

Que se passe t- il lorsqu'il s'agit du dernier travail psychique de la vie : le trépas ?

M. de M'Uzan présente ce travail du trépas comme :

«Une activité psychique que tout être doit accomplir au cours du passage qu'est le trépas.» (M. de M'Uzan, 1977)

II.2.3. Le travail du vieillir et la question spécifique de la mort.

«Nous soutenions volontiers que la mort est la fin nécessaire de la vie… Cependant en réalité, nous avions l'habitude de nous comporter comme s'il en était autrement…Dans l'inconscient tout le monde est convaincu d'être immortel» (S.Freud cité par E. Jaques, 1990)

Ce que S.Freud exprime c'est que la mort est toujours l'expérience de la mort de l'autre, celui que l'on a vu mourir. Il y a un âge où l'individu ne se fait plus l'illusion de son immortalité. Le vieillard est celui qui va, qui doit mourir.

«Il existe un âge critique à partir duquel la mort change de statut; de nature accidentelle, injuste, intrusive, elle va devenir logique, prévisible, naturelle et compagne quotidienne.» (J.Gaucher, 1993)

L'âgé se voit confronté à la mort de l'autre, du conjoint, parfois d'un enfant, objet d'amour investi tout au long de son existence. Cette épreuve provoque à la fois la rupture des liens affectifs mais réactive aussi l'angoisse de sa propre mort. Cette angoisse est générée par le vieillissement et son lot de pertes et de deuils. Le vieillard n'est plus étayé par la réalité sociale qui le soutenait dans sa nécessité à vivre. Il était le maillon de la chaîne qu'il ne fallait pas rompre pour que le groupe social garde son équilibre. Maintenant son avenir est fermé par l'image de la mort, les instants de vie ne sont vécus que dans l'immédiat. Il semble que si le passé ne peut s'intégrer dans le présent, celui-ci disparaît.

L'âgé n'a plus de prise sur cet environnement. Il s'en retire dans un premier temps puis il se replie en lui-même, en se défendant par des conduites, des comportements, en opérant un travail affectif et émotionnel. Ainsi, la situation de mort montre que l'enjeu c'est bien la vie ou la mort et c'est en même temps la perte de son identité.

Pour faire face à cette ultime échéance, le sujet âgé doit accepter la réalité. Cette

Copyright GRIVEL Claudie et Université Lumière - Lyon 2 - 2003.Ce document est protégé

acceptation de la réalité passe par le travail du vieillir, le travail du trépas et la reconnaissance des deuils et des renoncements, le maintien de l'identité et de l'estime de soi sources nécessaires au maintien de la vie. Ainsi, l'angoisse de mort liée au statut narcissique et la perte de l'identité entraîne la négation de tout désir de vivre.

La vieillesse est le stade de la vie où, le passé s'impose sur un avenir incertain. Le sujet vieillissant se retrouve confronté à des traumatismes, des deuils inachevés, des blessures narcissiques qui n'ont pas été résolus au moment des événements et qui se retrouvent réactivés au moment de la sénescence. Un bilan s'impose. Il demande un véritable travail psychique. Le sujet devra ré-élaborer ses périodes restées dans l'ombre.

Pour D.Quinodoz :

«C'est porter un regard sur l'ensemble de son histoire personnelle interne, afin de pouvoir situer la fin de sa vie dans la trajectoire totale de sa propre vie.» (D.Quinidoz, 1994)

Si ce bilan est positif, il permettra à la personne âgée de garder une certaine estime d'elle-même. Le travail du vieillir va permettre d'accepter sa vie passée et constitue le début d'un deuil de soi.

«Il est difficile de céder sa place avant de l'avoir trouvée, de terminer son histoire interne avant qu'elle soit devenue une histoire totale, de quitter la vie avant d'avoir eu le sentiment d'avoir une vie.» (D.Quinodoz, 1994)

D.Quinodoz rappelle l'importance de la quête de sa place pour le sujet âgé. De ce fait, de nouvelles interrogations se posent lorsque le sujet est placé dans un lieu qui ne tient pas compte de sa quête :

- Quelle est donc la place donnée à l'âgé lorsqu'il est placé en milieu institutionnel ?
- Peut-il trouver sa place ?
- Veut-il de cette place ?
- Le placement n'a t- il pas interrompu le cheminement interne du sujet âgé au moment de la reconstitution de son histoire de vie ?
- Quel est le sens du refus alimentaire dans ce contexte de placement ?

Si le narcissisme est le gardien de la vie, on peut se demander si le refus alimentaire ne s'engouffre pas dans un vide laissé par un narcissisme défaillant. La personne âgée a perdu l'estime d'elle-même, elle s'est détachée des objets extérieurs. Elle se replie sur elle-même.

Est-ce que le sens du refus alimentaire, ne serait pas une réponse au placement institutionnel, vécu comme arbitraire et remettant en cause les choix de vie qu'avaient pu faire l'âgé ?

II.3 Synthèse de la deuxième partie.

Dans cette deuxième partie, nous avons abordé les caractéristiques physiologiques et

en vertu de la loi du droit d'auteur.

psychologiques du vieillissement. Elles nous ont amenée à ne pas sous-estimer les perturbations qu'entraînent ces modifications corporelles ainsi que leurs répercussions sur le psychisme du sujet âgé. Les atteintes narcissiques sont nombreuses, les crises sont plus ou moins bien résolues, la personne âgée aborde la fin de sa vie avec un équilibre précaire. Le travail du vieillir lui permettra de retrouver un Moi fort, d'effectuer un travail de détachement pour réaliser d'autres investissements, rester indépendante et accomplir le deuil de son propre Moi.

Si elle refuse ce travail d'élaboration ou si le placement l'interrompt, elle ne pourra pas affronter cet événement. Le refus alimentaire prendra alors tout son sens :

- une réponse au placement
- une réponse défensive
- une réponse au dysfonctionnement du travail du vieillir.

en vertu de la loi du droit d'auteur.

Troisième partie. Le sens du refus alimentaire

Nous venons de voir l'importance des modifications physiologiques et psychologiques sur l'âgé. L'état de faiblesse dans lequel il se trouve ne lui permette plus de réagir face à un traumatisme que peut être l'hospitalisation et le placement.

III.1. Le refus alimentaire, un mode de réponse au placement institutionnel.

Notre recherche se situe dans la compréhension du refus alimentaire lors du placement de l'âgé, en institution. L'aspect de déchéance physique et morale du vieillard dénutri frappe toute personne qui rentre pour la première fois dans un hôpital gériatrique en long séjour. Elle se trouve confrontée à la représentation d'un «cadavre vivant» qui refuse de se nourrir. Le refus alimentaire nous interpelle dans sa violence silencieuse.

L'âgé effraye les membres de son entourage qui craignent eux aussi, d'être entraîner dans la mort. Ils refusent alors de jouer le rôle de l'ultime relation. Ce retrait affectif concrétise ce que l'âgé redoute : mourir seul loin de chez lui.

Copyright GRIVEL Claudie et Université Lumière - Lyon 2 - 2003.Ce document est protégé

III.1.1.Le refus alimentaire, une opposition au processus de décision au placement institutionnel.

Lorsque la décision du placement est prise, la personne âgée sait qu'elle ne reviendra pas dans son domicile. Elle se sent dépossédée de celui-ci. L'angoisse de cette perte s'ajoute à celle de l'hospitalisation, lieu de soins, lieu inconnu où tous ses repères familiers disparaissent. B. Cuisinier emploie le terme de «*dé/privation*» dans le sens où la personne âgée est atteinte dans sa vie privée. (B. Cuisinier, 2002)

III.1.1.1.La fonction du domicile pour la personne âgée; une figuration de sa place.

Les prémices du refus alimentaire ont pu être observées lors des modifications physiologiques, psychologiques et sociales de la vieillesse. Elles peuvent être responsables de bouleversements dans le monde interne et externe de la personne âgée et provoquer un déséquilibre. Une crise surgit.

Elle se manifeste par un désinvestissement des centres d'intérêts, une attitude de dépendance vis-à-vis de l'entourage, un développement de plaintes et de symptômes somatiques. Des symptômes dépressifs peuvent se développer intensifiant un peu plus, le sentiment de dévalorisation de soi, d'être inutile.

Des symptômes somatiques, une chute provoquent la prise de décision que le parent ne peut plus vivre à son domicile car cela devient trop dangereux pour lui.

L'environnement de l'âgé, inquiet devant ce comportement, angoissé par l'image de déchéance corporelle du parent, fait une demande de placement sans mesurer bien souvent le traumatisme que cette décision va entraîner.

«L'hospitalisation, lorsqu'elle est le résultat dernier d'une série de rejets successifs, peut être ressentie plus durement que les causes qui la motivent, et peut faire mourir plus sûrement que les maladies qui semblaient la justifier» (JP. Junod, in L. Ploton, 1990)

Pour le sujet âgé, de plus en plus dépendant dans les tâches quotidiennes, le maintien à domicile, même s'il est mieux accepter que le placement, lui demande de pouvoir s'adapter à une ou plusieurs présences étrangères (auxiliaire de vie, infirmières…) dans son intimité. C'est aussi accepter l'intrusion du ou des enfants dans ses affaires personnelles où autrefois l'enfant n'avait pas accès (biens ou matériels…)

C'est parfois accepter l'émergence d'un sentiment de culpabilité vis-à-vis des enfants, de l'entourage pour les difficultés supplémentaires occasionnées (courses, déplacements)…

Peu à peu, à moins d'une urgence, qui demande une hospitalisation rapide en milieu gériatrique, l'idée de placement «germe» en chacun des membres de la famille et surtout de l'âgé bien avant que la décision ne soit prise.

Le domicile devient alors la représentation d'une partie de sa vie privée, de son intimité, car l'âgé sait qu'en se dé-plaçant de son lieu de vie pour l'hôpital, il le quitte

Copyright GRIVEL Claudie et Université Lumière - Lyon 2 - 2003.Ce document est protégé

probablement pour ne pas y revenir.

III.1.1.1.1. LA REPRÉSENTATION DU DOMICILE.

La demeure est pour la personne âgée un lieu de sécurité, de souvenirs de sa vie passée, d'habitudes prises au fil des années. L'aménagement de celui-ci est le reflet de ceux qui l'habitent. Ainsi, quitter sa maison, c'est perdre une partie de soi-même.

Selon le peintre Hundertwasser, peintre autrichien du XX° siècle, le domicile est la troisième peau de l'homme. (B.Gueyraud, 1992)

Toute séparation d'avec son environnement est alors vécue comme une rupture traumatisante qui remet en cause ses repères affectifs, relationnels, son mode de vie, mais aussi ses repères dans l'espace et dans le temps.

Cet événement n'est pas propre au sujet âgé. Les victimes de catastrophes naturelles ou non, vivent la perte de leur maison comme traumatisante : «J'ai tout perdu, je n'ai plus rien! »

Lorsque que l'on a perdu son rôle social, ses amis, son conjoint, que l'on connaît l'isolement, l'éloignement des enfants, on se raccroche à son environnement immédiat, source de bien-être : sa maison, ses objets familiers comme les photos, les petits souvenirs qui représentent un moment particulier, connu de soi seulement, tout ce qui représente sa propre histoire. Cet environnement hétéroclite mais ayant du sens, procure le sentiment d'exister et touche l'identité même de la personne en tant qu'être de désirs, de souvenirs passés.

Le foyer de la personne âgée est le témoin d'un passé riche d'émotions, de sensations, de souvenirs qui permet de supporter un présent marqué souvent par le vide, la solitude et l'ennui. Pour elle, l'habitation est chargée d'émotions, de souvenirs qui renvoient aux images parentales, à sa jeunesse, à ce foyer rempli d'enfants pour certains, mais aussi de projets, de désirs. Elle préserve son autonomie vis-à-vis de son entourage dans le sens de son indépendance. Elle lui procure un sentiment de pouvoir sur l'environnement, c'est-à-dire qu'elle se sent protégée, en sécurité, en son sein.

L'habitation est donc avant tout un lieu de vie où le sujet vit à son rythme, avec ses habitudes : activités journalières scandées par les horaires des repas, des courses quand elles sont encore possibles, les visites des quelques amis, des soignants (infirmières, auxiliaires de vie)…

Tous ces rites donnent du sens à son temps, à son quotidien et ils lui permettent de rester dans la réalité, de garder son identité, de se protéger contre le sentiment d'abandon. Le domicile et les objets qui s'y rattachent, jouent le rôle protecteur, de réassurance qui accordent à l'individu la possibilité de garder son intégrité et son unité.

La demeure protège l'individu du monde extérieur comme peut l'être le ventre maternel, lieu de protection, de réassurance. Ainsi, les personnes âgées décrivent souvent la maison de leur enfance, cette époque de leur vie entourée de protection et d'affection.

Pour D.Anzieu, la personne qui se trouve dans une pièce familière ressent une

en vertu de la loi du droit d'auteur.

enveloppe de chaleur primaire.

« Le patient seul dans une pièce familière et valorisée, vit une expérience d'accroissement et d'élaboration du Soi avec une extension des limites du Moi corporel aux dimensions même de la pièce. Le bien-être d'avoir un Moi-peau d'une part en expansion, d'autre part lui appartenant en propre, ravive l'impression primaire d'une enveloppe de chaleur.» (D.Anzieu, 1985)

Ainsi, l'enveloppe du domicile et l'enveloppe corporelle se confondent pour apporter à la personne une chaleur protectrice, «*un pare-excitation qui tient autrui à distance.*» (D.Anzieu, 1985)

En milieu institutionnel, nous retrouvons les personnes coincées entre leur lit et leur fenêtre comme si elles recherchaient un petit espace de chaleur et de bien-être. Elles ont délimité leur «espace-peau».

Parfois, ce lieu de vie investi psychiquement par la personne âgée, ne coïncide pas toujours avec la réalité. En effet, le logement peut parfois être vétuste, mal entretenu, mal adapté aux nouvelles conditions de l'âgé qui peut se retrouver en situation de dépendance physique.

Les ressources peuvent devenir insuffisantes. La personne n'a plus les moyens physiques et financiers de l'entretenir. Elle se prive sur le plan alimentaire limitant ses achats et excluant les denrées chères. Elle perd peu à peu le goût de certains aliments. Son existence devient triste et monotone. Peu à peu, elle perd le goût de tout, non seulement de manger mais aussi de vivre son quotidien qui lui paraît dépourvu d'intérêt.

Le corps se dégrade, s'affaiblit et touche progressivement l'intégrité même de l'âgé.

C'est l'environnement qui tire la sonnette d'alarme, car bien souvent la personne ne se plaint pas, de peur peut-être d'être obligée de partir de son lieu de vie.

L'image du domicile renvoie à celle du corps dégradé, défaillant de l'âgé. Le logement imaginaire ne correspond plus à la réalité et vient à se poser la question du placement par la famille et l'environnement médical.

Vivre à son domicile n'est pas aisé, encore moins pouvoir y mourir.

III.1.1.2.Fantasmatique de l'institution gériatrique.

L'institution gériatrique, comme l'hôpital a pour nos anciens, une représentation de mouroir. Pour eux, l'installation en institution ou l'hospitalisation est synonyme d'exclusion, de rejet, d'abandon, de séparation.

- Rejet et exclusion parce qu'ils subissent cette décision la plupart du temps, sous la pression de la famille, du médecin, de l'entourage. Après avoir connu la mort sociale, lors de la mise à la retraite, ils ressentent cette décision, cette sentence, comme une exclusion de la vie. Elle est souvent banalisée, enveloppée d'explications raisonnables de la part du conjoint, des enfants.

Ces enfants qui sont partagés entre la culpabilité de faire hospitaliser le parent qui désirait rester chez lui et l'angoisse de le laisser seul avec le risque d'une situation d'urgence.

en vertu de la loi du droit d'auteur.

La décision est d'ailleurs souvent prise dans l'urgence, ce qui évite des explications trop embarrassantes.

Certains acceptent à contre cœur l'idée de partir de leur domicile, lieu de leur vie, de leur histoire; d'autres luttent désespérément contre cette décision en développant un comportement agressif avec l'entourage.

C'est le cas de Joseph qui s'est débattu pour ne pas partir de son domicile, au point qu'il a fallu l'attacher et le calmer.

Le travail de deuil du départ du domicile se trouve alors bien compromis

- Abandon, parce qu'ils quittent les derniers amis qui leur restent, leur voisinage, leurs souvenirs et qu'ils doivent se soumettre à l'inévitable.

L'âgé sait qu'il n'a pas le choix, soit, il essaye de lutter avec l'énergie qui lui reste pour s'adapter ou montrer son opposition en étant souvent agressif, soit, il quitte ce monde qui ne veut plus de lui et dans lequel il n'a plus de raison de s'y accrocher.

Il considère ce choix arbitraire comme une sentence, une trahison qui bouleverse et transforme sa vie du jour au lendemain!

- Mort programmée, car ils savent que ce lieu qu'ils n'ont pas choisi, sera leur dernière demeure.

La crainte de ce verdict est dans l'esprit de tout être qui vieillit et se trouve confronté à la dépendance.

La vieillesse fait peur car tout individu sait qu'un jour, il sera vieux et que vieillir est synonyme dans beaucoup d'esprit, de dégradation, de faiblesse, de rejet, d'ultime pas vers la mort.

Le vieux, dans notre société « adulescente » (idéalisation de la jeunesse) n'est-il pas celui qui « radote » , qui oublie, qui montre un corps que l'on n'ose plus regarder, qui devient inutile ?

Comment alors maintenir son identité face aux menaces de désintégration, aux pertes ressenties comme cruelles et injustes ?

Comment réussir à maintenir une identité défaillante face aux changements dévalorisants de la vieillesse dans un lieu qu'il n'a pas choisi et où l'âgé sait qu'il va mourir ?

Pour J. Maisondieu,

«Le sénescent déchu voit sa survie se transformer en sous-vie car il est mué en déchet d'humanité bien avant de devenir une charogne.» (J. Maisondieu, 1992)

La pensée de J. Maisondieu peut faire frémir, mais elle exprime bien la souffrance que peut ressentir le vieillard expulsé de la société, de son environnement affectif et de son domicile, lieu de son identité.

Que lui reste t-il sinon d'attendre la mort ou de la provoquer ?

«…Ils sont expulsés de la société avant l'heure de leur mort. Ils sont dévalorisés

Copyright GRIVEL Claudie et Université Lumière - Lyon 2 - 2003.Ce document est protégé

et deviennent des choses avant de se transformer en de la chose…La mortification est leur lot.» (J.Maisondieu, 1992)

J. Gaucher emploie l'expression de «marginalisation sociale.» en parlant des hospices d'autrefois qui avaient pour fonction «d'accueillir les sujets rejetés par le groupe social» (J. Gaucher, 1993)

Il continue en précisant que l'institution d'aujourd'hui, continue à remplir ce rôle d'accueil des personnes «non conformes aux critères d'autonomie…aux capacités propres à l'âge…» (J. Gaucher, 1993)

Cette institutionnalisation de l'âgé serait de l'ordre «d'un passage à l'acte» du groupe social qui ne peut accepter l'image d'un être dégradé physiquement et parfois psychiquement. Il s'agit bien pour l'âgé d'une véritable rupture traumatique. Après avoir été expulsé de la société, il est exilé de son refuge, de son lieu de vie.

Peu à peu, son «champ» se réduit au fauteuil, près de la fenêtre si possible, où il attend… ou bien il déambule dans les couloirs à la recherche d'un objet imaginaire connu de lui seul.

G. Enos et ses collaborateurs émettent l'hypothèse que la marginalisation de l'âgé aurait des causes profondes :

«L'exclusion de la personne âgée ne commence jamais, sauf cas exceptionnel avec l'entrée en milieu hospitalier, elle vient de beaucoup plus loin, des conditions de travail, des antécédents psychologiques et familiaux.» (G.Enos, C. Lambert, E.Parquet, 1985)

Cette réflexion, laisse à penser que l'isolement, l'exclusion du vieillard, a ses racines dans le vécu de celui-ci, en lien avec son environnement. De cette recherche, on ne peut qu'émettre le souhait de savoir si des constantes apparaissent qui expliqueraient cette affirmation.

Quelles sont ces conditions de travail particulières, quels sont ces antécédents psychologiques et familiaux qui interfèrent dans le devenir de la personne et qui expliqueraient l'exclusion ?

Sur le plan alimentaire, cette observation conforte notre idée que le refus alimentaire ne commencerait pas au moment de l'hospitalisation mais bien avant, sous la forme de désordre alimentaire, récurrent à chaque épreuve subie, mais cela reste à l'état de supposition qui mérite qu'une recherche soit faite dans ce domaine. Certaines personnes; lors des entretiens ont évoqué des épisodes de «manque d'appétit», de «petits mangeurs… »

Ainsi, l'apparition des troubles alimentaires, au moment de la crise de sénescence par exemple ou de plaintes somatiques, peut laisser supposer que des difficultés nutritionnelles graves se déclareront lors d'un épisode aigu vécu par la personne.

Le placement en institution est, dans ce contexte, éprouvé comme une exclusion définitive. Bien que la structure hospitalière soit vécue, comme un lieu de soin, d'hébergement l'hospitalisation est ressentie comme un lieu où l'on y meurt. La personne âgée séparée de son milieu, de son domicile la vit comme une rupture traumatique. Elle éprouve non seulement de l'abandon, de l'exclusion mais nous allons voir que le

Copyright GRIVEL Claudie et Université Lumière - Lyon 2 - 2003.Ce document est protégé

placement devient synonyme de dépossession de son identité.

III.1.2. Le refus d'être dépossédé de son identité.

Nous venons de voir l'importance de la représentation du domicile pour la personne âgée. Une personne que l'on oblige à abandonner son lieu de vie, vit cette situation très difficilement surtout lorsque cette décision vient de ses enfants.

Elle pensait pouvoir garder cette place, lieu de son identité, après avoir perdu celle de la société. Elle a peur de ne plus trouver sa place. Ce qui l'effraye le plus c'est de n'être plus maître de sa vie.

Comme l'exprime B.Cuisinier, la personne place en entrant dans l'institution «*son capital vie*» (B. Cuisinier, 2002) tout en sachant que celui-ci est plus du côté des déficits.

III.1.2.1. La place prise par la famille

La perte du domicile est moins difficile lorsque la personne âgée sait qu'elle sera accueillie dans un environnement sécurisant et affectif que peuvent offrir les enfants. Elle pense souvent que les enfants seront là pour s'occuper d'eux, un parent proche lorsqu'il n'y a pas d'enfants.

C'est pourtant le désir de l'âgé, lorsqu'il se rend compte qu'il a de plus en plus de difficultés à vivre seul et que c'est sa seule alternative pour éviter l'institution. Il ne comprend pas pourquoi ses enfants ne le prennent pas chez eux, avec l'arrière-pensée qu'ils lui doivent bien cela.

A l'heure d'aujourd'hui, il est de plus en plus difficile pour les enfants, d'héberger son ou ses parents à leur domicile : éloignement, logement trop étroit, travail du couple, la maladie ou le handicap trop lourd du parent.

Les familles évoquent souvent le manque de temps à consacrer, la distance isole parfois le parent.

Et comme le note B.Cuisinier :

«Comble d'ironie, fréquemment, pour ne pas dire toujours, la personne se sent abandonnée dès son entrée en institution !». (B.Cuisinier, 2002)

Malgré les difficultés, certains essayent de prendre leur parent avec eux et avec toute la bonne volonté de lui assurer le bien-être, des tensions, de vieux conflits plus ou moins refoulés apparaissent entre les membres de la famille et l'âgé.

La maltraitance peut alors s'exercer à l'encontre du parent. A l'inverse, certains vieillards peuvent tyranniser leur entourage qui supporte parfois des situations extrêmement difficiles. La solution de l'institution se manifeste à nouveau, avec un fort sentiment de culpabilité L'âgé se résigne en ayant le secret espoir que ce ne sera pas dans l'immédiat ou «qu'il partira de ce monde bien avant»

Dans un cas comme dans l'autre, la relation entre parent et enfant devient conflictuelle. Devant ce refus des principaux membres de la famille de s'occuper de lui, le vieillard se sent perdu. Ses repères l'abandonnent, il ne peut plus faire face à cette

en vertu de la loi du droit d'auteur.

décision. Il se replie dans un état dépressif.

Les réactions alimentaires naissent à bas bruit. La personne refuse de s'alimenter car elle n'en a plus le désir : «à quoi bon!»

C'est en quelque sorte un moyen de se défendre contre la pression de l'entourage, en montrant son opposition par l'intermédiaire du refus de tout..

Ainsi, un chantage affectif s'insinue peu à peu entre parent et enfant et un sentiment de culpabilité se développe dans l'esprit de ces derniers. Des réactions de rejet, d'agressivité surviennent selon le mode de relations que les membres ont développées entre eux.

La personne âgée réagit sur un mode régressif anal, en marchandant sa présence et son besoin d'affection.

Elle devient excessive dans ses sentiments : possession, pouvoir excessif. Elle se manifeste aussi par un chantage corporel (plaintes somatiques)

«Je suis malade et personne ne s'occupe de moi…»

Cette attitude montre une inquiétude, une menace de se sentir en état d'infériorité, de faiblesse et d'être abandonné par tous.

Le placement devient une occasion de mettre à distance le parent âgé qui «pèse».

F. Meylan et coll. écrivent à ce propos :

«Les difficultés…commencent lorsque le parent âgé se dégrade, qu'il perd tout rôle à l'intérieur de la famille, qu'il nécessite une attention constante de la part des enfants.» (F.Meylan, P.Chapuy, 1980)

La décision du placement est souvent prise après un accompagnement difficile. La séparation déclenche des bouleversements au sein même de la famille. L'environnement proche du sujet est en détresse devant le comportement du parent qu'il n'arrive plus à comprendre et encore moins à assumer.

Cette détresse se manifeste par un appel ou une souffrance impliquant les deux générations : parent(s) et enfant(s)

Généralement, l'appel, révélant la crise, fait suite à un événement somatique, comme une chute, rendant le maintien à domicile difficile; un bouleversement psychologique dans l'existence de l'âgé ou dans son entourage : maladie ou perte du conjoint, décès d'un des enfants, mariage ou naissance dans la troisième génération, éloignant momentanément «*l'enfant soignant*», c'est-à-dire l'enfant désigné naturellement par les autres membres de la famille pour s'occuper du ou des parents. (F.Meylan et P.Chapuy, 1980)

Un comportement mettant en péril la vie du sujet âgé comme le refus de soins, de se nourrir, un état dépressif, un comportement agressif avec son environnement, un accès de confusion chez un parent dont les troubles intellectuels étaient acceptés et compensés par l'entourage.

La famille ne supporte plus la conduite devenue trop lourde à endurer et la demande de placement devient une réalité.

Cette demande est souvent formulée par «l'enfant soignant» dont la charge

en vertu de la loi du droit d'auteur.

psychologique est double : il est désigné pour prendre la place du parent qui sont devenus dépendants de lui. Les rôles se sont inversés. Le vieillissement des parents facilite cette instauration d'une prise en charge par « l'enfant- soignant »

Pour P.Charazac, (1998) l'enfant adulte a rendez-vous avec les parents œdipiens et leur confrontation réactive l'angoisse de castration.

Fantasmatiquement, l'enfant devient le parent du père ou de la mère L'enfant prend le pouvoir du parent tellement convoité pendant ses jeunes années; ce qui dans le même temps fait naître un fort sentiment de culpabilité, car il prend conscience que le parent âgé ne peut plus se suffire à lui-même.

Selon P.Charazac,

«La conception commune selon laquelle les parents deviennent en vieillissant les enfants de leurs enfants, repose sur une dissymétrie comparable à celle de la relation parents-enfants, l'âge plaçant le parent en position de dépendance vis-à-vis de ses enfants vécus comme forts et puissants.» (P. Charazac, 1998)

L'enfant revit ce qu'il a déjà connu dans son enfance au moment de la situation oedipienne. L'âgé du fait de sa dépendance au groupe familial, se retrouve dans la position oedipienne du petit enfant vis-à-vis de ses parents.

Les parents deviennent les enfants de leurs enfants et se retrouvent en position de dépendance «archaïque» face à des enfants vécus comme forts et tout-puissants. L'œdipe se réactive.

Ces relations conflictuelles sont bien souvent aggravées lors de la mise en institution qui se présente comme un moment de rupture culpabilisante supplémentaire affectant l'entourage et l'âgé lui-même.

De cette séparation, naît une opposition entre le désir de retenir le parent de son enfance et de se détacher de celui-ci très âgé, dégradé, porteur de mort.

La famille se trouve dans un conflit d'ambivalence qui se révèle d'autant difficile que la décision de placement devra être prise.

Pour l'enfant, l'angoisse de la séparation réactive l'angoisse de perte de l'objet aimé. Le père, la mère sont les derniers remparts contre la fin de la vie, dans le cycle normal. Ils sont la preuve vivante que rien ne peut arriver aux enfants.

Les parents sont tout-puissants et protecteurs et lorsqu'ils disparaissent, l'enfant qui vieillit, se trouve confronté avec sa propre mort. Le placement du parent, réactive le sentiment de culpabilité des enfants qui à la fois, ont le sentiment de le pousser vers la mort et en même temps de se rapprocher de la leur.

L'identification à ce parent devient alors difficile, parfois insoutenable, ce qui fait écrire à J.Maisondieu :

« L'identification rappellerait trop cette vérité désagréable que, jeunes ou vieux, tous nous sommes engagés dans le couloir de la mort dès notre premier souffle.» (J.Maisondieu, 1992)

Chez le fils, comme chez la fille, la confrontation avec le vieillissement du père et de la mère devient réelle et non plus fantasmatique, ce qui relance l'angoisse de castration et

Copyright GRIVEL Claudie et Université Lumière - Lyon 2 - 2003.Ce document est protégé

sa nécessaire élaboration.

Ainsi, comme F.Meylan et P.Chapuy l'écrivent,

«Lorsqu'il (l'enfant) décide le placement, c'est pour éloigner la mort, la mettre à distance. Et dans ce placement il réalise une petite mort à l'égard de son parent, il le fait un petit peu mourir et il accomplit ce désir de mort en même temps qu'il le camoufle car il est très coupable.» (F.Meylan et P.Chapuy, 1980)

Le vieillard est porteur de mort. Le placement peut être une façon de réaliser la mort fantasmatique de son parent, il le fait un peu mourir. Il accomplit ce désir de mort en même temps qu'il le cache car il se sent coupable.

Il répète ce désir d'enfant qu'il a en lui, ce désir de mort qu'il a eu vis-à-vis de son parent lors de la situation oedipienne.

Ainsi, le père vieilli, se trouve dans la position de l'enfant de son fils et son placement peut être compris comme une revanche du fils sur le père.

Pour M.Grotjahn, qui est le premier à avoir employé l'expression «*d'Oedipe inversé*»

«Le vieillissement répète la menace de castration et offre au parent âgé la possibilité d'une élaboration terminale de cette angoisse spécifique» «Le père ne doit pas se soumettre à son fils, ni le tuer comme le père d'Oedipe tenta de le faire. Il doit comprendre que sa vie peut se continuer en son fils et par celui-ci» (M.Grotjahn, 1955)

P.Charazac reprend cette idée d'œdipe inversé en argumentant sur les rapports de force entre le père et le fils. Il reprend cette nécessité pour le père d'accepter son fils comme étant celui qui lui succède.

L'œdipe du troisième âge réactive aussi les positions affectives de l'enfant et pas seulement la menace de castration. Il a une valeur narcissique positive.

«Lorsque nous voyons nos enfants grandir, nous traversons une phase de sentiment œdipien «inversé» au cours de laquelle ce n'est plus le fils qui craint le père mais le père vieillissant qui doit élaborer son sentiment envers son fils plus jeune» (P.Charazac, 1998)

Pour le parent de l'autre sexe, l'enfant reste très ambivalent, cherche des appuis pour cautionner sa décision de placement et se sent coupable de l'abandonner. Cet abandon que certaines personnes âgées savent maîtriser pour culpabiliser leur(s) enfant(s) lorsqu'il ne vient pas assez souvent lui rendre visite ou qu'il ne s'occupe pas suffisamment de lui.

En résumé, on peut dire que l'âgé doit maîtriser à la fois une crise de sénescence plus ou moins difficile selon la propre résolution des crises antérieures; une jeunesse qui le fuit et qui l'entraîne vers la dépendance; des enfants qui se posent la question de sa possibilité à vivre seul ou non à son domicile.

L'angoisse est de plus en plus sa compagne quotidienne et peut l'amener à perdre l'appétit, à se négliger sur le plan nutritionnel, ses pensées étant toujours tournées vers un avenir angoissant. Le résultat est qu'il précipite son hospitalisation et son institutionnalisation.

Pour l'entourage, il ne peut plus se nourrir correctement et pour y remédier, la seule solution est le placement, lieu le plus adapté pour lui où l'on subviendra à ses besoins.

Copyright GRIVEL Claudie et Université Lumière - Lyon 2 - 2003.Ce document est protégé

Pour certains, le placement ne sera que «le plus" qui les précipitera dans le refus alimentaire et le refus de vivre cette existence non choisie.

«Condamné à la mort sociale parce qu'il vieillit et que la mort (la vraie) le guette, quand vient l'âge…Sa lutte est difficile mais l'enjeu peut le galvaniser, il sait que si sa vieillesse le trahit c'est la valise pour la maison de retraite ou le cercueil d'une mort volontaire.» (J.Maisondieu, 1992)

IIL1.2.2. La place prise par l'équipe institutionnelle.

Nous venons de faire le chemin qui amène le sujet en institution. Cet être humain a vécu son histoire et il la continue malgré les modifications physiologiques, sociales et psychologiques dues au vieillissement. Il reste la personne qu'il a toujours été, avec ses désirs, ses incertitudes.

Une décision a été prise pour lui qui met en jeu son avenir : le placement en institution.

- Quel est donc ce lieu ?
- Peut-il y trouver une place ?
- Veut-il de cette place ?
- Va t- on respecter sa place ?

III.1.2.2.1. DÉFINITION DU CONCEPT «INSTITUTION».

Avant d'aborder la rupture traumatique lors de la mise en institution, il est nécessaire de situer cette institution comme concept.

R.Kaès, dans «Institution et les Institutions» en donne la définition suivante :

«L'institution est l'ensemble des formes et des structures sociales instituées par la loi et par la coutume : l'institution règle nos rapports, elle nous préexiste et s'impose à nous, elle s'inscrit dans la permanence.» (R. Kaès, 1987)

L'institution obéit à un modèle prescrit par la société et impose du même coup des règles et un cadre aux sujets qui y vivent. Chaque institution a une structure définie par la société qui lui confère un rôle particulier : santé, éducation, justice, etc…

L'institution hospitalière concerne tous les hôpitaux dans lesquels nous retrouvons une certaine uniformité de fonctionnement : personnel soignant (médecins, infirmières, aides-soignants…) services spécialisés.

Chaque établissement hospitalier fait partie de l'institution de la santé.

Cependant, l'institution prend souvent le sens d'établissement dans le langage populaire. La confusion se retrouve même dans l'appellation de certains établissements. Les règles sont prescrites par l'établissement lui-même.

Lorsque nous parlons d'entrée en institution gériatrique, nous évoquons des établissements : foyers, cantous, maison de retraite, maisons médicalisées services hospitaliers. Ces structures ont leurs rôles propres.

en vertu de la loi du droit d'auteur.

L'hôpital fait partie de l'Institution de la Santé. C'est un établissement de soin. La personne est admise pour des problèmes somatiques particuliers.

Le foyer, la maison de retraite, sont des lieux qui se situent entre le domicile et l'hôpital : un stade intermédiaire en quelque sorte.

La personne ne peut plus rester chez elle mais elle n'est pas malade au point de se retrouver à l'hôpital. Ce sont des lieux de vie avec éventuellement une démarche de soins.

L'institution gériatrique.

Ainsi, l'institution gériatrique, est constituée de différentes structures, selon les différents types d'établissements qui accueillent les sujets âgés :

- Le court, le moyen et le long séjour.
- L'hôpital de jour.
- Les unités de géronto-psychiatrie.
- Les établissements d'accueil temporaire ou d'hébergement permanent.
- Les sections de cure médicale.
- Les longs séjours des institutions médicalisées.

Dans le domaine de la gériatrie, la structure hospitalière, qui est le lieu de notre recherche, n'a pas les mêmes objectifs qu'une maison de retraite. L'organisation, les règles, le fonctionnement sont particuliers à chaque structure. C'est avant tout un lieu de soins.

Actuellement, l'hôpital gériatrique regroupe des unités différentes que sont le court, le moyen et le long séjour. Il prend en charge les soins, les pathologies. Il garde en long séjour une population dépendante demandant des soins importants au quotidien Cette population est souvent à revenus faibles.

L'institution est représentée aussi par l'ensemble des patients, des soignants, des membres du personnel qui la composent. Elle possède son organisation et ses fonctions mais aussi sa vie psychique propre.

Deux mondes se côtoient : les soignants et les soignés, le monde de ceux qui ont un certain pouvoir et celui des plus faibles. La vieillesse est peu à peu assimilée à une maladie.

Pour R.Kaès,

«Elle assure pour les sujets un arrière- fond de continuité de la vie sur lequel s'inscrivent les mouvements de leur histoire et de leur vie psychique»…»L'institution structurerait le sujet et soutiendrait son identité.»(R.Kaès, 1987)

Il pense qu'il existe un espace psychique institutionnel interne et externe

"L'institution serait un système de lien dans lequel le sujet est partie prenante et partie constituante en même temps que l'institution est un objet ou non-moi dans

en vertu de la loi du droit d'auteur.

le sujet.»(R.Kaès. 1987)

Par «non-moi» R.Kaès sous-entend que la première institution pour le bébé est l'institution familiale. Dès le début de sa vie, l'être humain a besoin pour vivre du groupe famille et sera marqué par l'expérience de ce premier groupe.

Ainsi, l'institution forme un groupe qui a ses propres lois, ses normes. Chaque individu du groupe apporte au groupe sa spécificité. Le groupe se forme autour de ses membres. il a des ressentis : souffrance, joies, angoisses…

Pour J.Bleger

«Le groupe est une institution très complexe. Il serait un ensemble d'institutions et en même temps il tendrait à s'établir comme une organisation avec des règles qui lui sont propres.»(J.Bleger, 1981)

Chaque institution est un groupe dans lequel fonctionnent plusieurs groupes autonomes. Mais inversement, selon J.Bleger, le groupe est une institution, ce qui rejoindrait R.Kaès, lorsqu'il écrit que «l'institution est un système de lien.» dans lequel chaque individu en est le maillon.

P.Charazac resitue le groupe- institution dans le groupe famille comme étant deux entités bien différentes du fait de leur origine respective.

Lors du placement de l'âgé ces deux groupes ont la possibilité soit de se fondre l'un dans l'autre, soit de s'opposer, soit de s'ignorer.

«L'institution se démarque cependant de la famille par son histoire et sa structuration. Tandis que la famille est issue de l'union de deux parents de sexe différent, l'institution est perpétuellement en quête de la scène de ses origines, si bien que chaque étape de son histoire extérieure remet en travail le contrat narcissique qui unit ses membres» (P.Charazac, 1998)

Devant ces constatations, nous reformulons nos interrogations sur la place de l'âgé lors de son entrée en institution.

Où est la place de l'âgé ?

Quelle place va t-il prendre ?

Pourra t-il se trouver une place ?

L'entrée en institution

L'entrée en institution est difficile pour le sujet âgé qui arrive dans le service hospitalier. Il passe du stade d'individu porteur de son histoire, de sa souffrance, de sa maladie, de son angoisse, au stade d'appartenance à un autre groupe. Il ne connaît rien de ce groupe qui lui apparaît hostile puisque inconnu.

Il est d'autant plus angoissé que la plupart du temps il est passé par différents lieux avant d'être admis dans celui où il passera le reste de son existence.

Ce dernier logement, il ne l'a pas choisi dans la plupart des cas car les places sont peu nombreuses et les listes d'attentes sont longues!

Il aurait peut-être désiré rester dans son quartier ou bien se retrouver près de l'un de ses enfants. Il avait peut-être des désirs qui lui auraient permis une meilleure adaptation à

Copyright GRIVEL Claudie et Université Lumière - Lyon 2 - 2003.Ce document est protégé

cette nouvelle vie en communauté…

Cependant, il est difficile de rendre l'institution responsable des comportements pathologiques, car c'est bien, dans la plupart des cas, parce que l'âgé est malade, dépendant qu'il a besoin de l'institution. Elle reste tout de même, un facteur aggravant, désorganisateur et perturbant pour l'individu âgé, à un niveau variable, selon son histoire personnelle, son équilibre psychique et son identité.

Pour L.Ploton,

«Les institutions se contentent de mettre en place des solutions d'ordre matériel répondant à la demande de sécurité» et «ont souvent une méconnaissance de la demande latente (profonde) déterminante de la dynamique de placement qui est toujours d'ordre psychologique» (L.Ploton, 1990)

Nous savons qu'au moment de la crise de sénescence, l'âgé a besoin d'un cadre lui assurant un sentiment de sécurité pour qu'il puisse s'étayer.

Certains trouvent peu à peu dans le "groupe-institution", un lieu privilégié de réinvestissement narcissique et de nouveaux modèles d'identification avec les soignants ou d'autres patients. Ces âgés peuvent amorcer un travail de deuil et un travail du vieillir. Deuil de son passé, deuil des pertes pour pouvoir réinvestir cette dernière étape de sa vie : nouvelle demeure, nouvel environnement, c'est pouvoir accepter son histoire pour pouvoir en élaborer une suite et une fin.

En exposant le cas d'une patiente D.Quinodoz s'interroge sur la nécessité pour l'âgé de trouver sa place pour pouvoir la quitter sereinement.

«Elle avait fait son travail de vieillir. Je pense en effet, qu'il est difficile de céder sa place avant de l'avoir trouvée, de terminer son histoire interne avant qu'elle soit devenue une histoire totale, de quitter la vie avant d'avoir eu le sentiment d'avoir une vie. (D.Quinodoz, 1994)

D'autres n'ont pas la capacité, les ressources pour ce réinvestissement. Les affects et les représentations mentales deviennent plus importants que la réalité extérieure.

"La représentation psychique et les fantasmes qui s'y rattachent sont plus importants que l'objectivité des diminutions physiques du vieillissement" (J.Collomb, 1972)

Les symptômes comme les plaintes, les désordres du comportement, les troubles alimentaires sont le reflet de cette mauvaise adaptation.

Pour ces personnes le placement en institution est une rupture traumatique qui développe un état de crise dans un premier temps puis une dynamique de crises correspondant à l'évolution des désordres en refus alimentaire.

«L'institution sans le vouloir, sans le savoir, peut constituer un leurre et se révéler mortifère. Incapable d'exercer un effet de contention de l'angoisse, passant à côté de sa raison principale d'être» (L.Ploton, 1990)

Nous avons écrit précédemment, que cette décision de placement vient rarement de l'âgé mais de son environnement familial ou médical. La pression de l'entourage est forte et s'appuie sur des événements plus ou moins majorés et persuasifs.

Les motifs d'hospitalisation peuvent être dus à un état dépressif simple ou aigu

Copyright GRIVEL Claudie et Université Lumière - Lyon 2 - 2003.Ce document est protégé

apparaissant au moment de la retraite, quand le sujet est privé d'une activité première.

Sa vie se trouve, du jour au lendemain désorganisée, bouleversée dans ses habitudes. Il ne trouve plus rien à faire, se sent devenir inutile et pense avec angoisse à la dégradation qu'il va devoir subir jusqu'à la mort.

Les handicaps, la démence, les ruptures du mode de vie sont des motifs déclencheurs d'un état dépressif, d'un repli sur soi qui peut nécessiter le placement.

L'annonce de celui-ci est source de crise d'une part pour la personne âgée qui accueille cette décision avec difficulté et d'autre part pour la famille qui se voit dégagée de la responsabilité de son parent mais avec une forte tonalité de culpabilité.

L'entrée en institution est donc une épreuve difficile d'adaptation pour l'âgé car il vient de perdre ses repères familiers pour un monde nouveau dont il ne connaît pas les règles. Sa vie va être prise en charge et organisée selon les règles propres à l'institution.

A cela se rajoute le désarroi devant une vie communautaire qu'il a rarement vécue ou peut-être dans sa jeunesse. (Pensionnat, service militaire pour les hommes) ou qu'il a vécu de façon traumatique.

C'est pour lui, la difficile expérience de la perte de ce qui lui permettait de se situer par rapport au monde extérieur. Non seulement, il perd les traces de son passé en acceptant la séparation de sa maison, ses meubles, la vie de son quartier, les images, les sensations de la vie quotidienne, mais il perd aussi son identité sociale pour trouver une identité de malade, d'exclu, génératrice d'angoisse et de dépression.

L'âgé se trouve confronté avec une rupture totale avec son environnement qui ravive l'angoisse de mort.

Pour R.Lanoe et H.Liborel,

«Cet événement est une perte totale d'identité constituant une déperdition massive et une mort de l'identité précédent la mort biologique : bien des vieillards décèdent peu après leur entrée ou plongent rapidement dans la détérioration mentale.» (R.Lanoe, H.Liborel, 1980)

Nous venons de voir la place prise par la famille, par l'institution, deux groupes qui gravitent autour de l'âgé.

Quelle place prend l'âgé dans l'institution ?

A t- il encore la possibilité d'en trouver une ?

III.1.2.3. La place que prend l'âgé dans l'institution.

L'entrée en institution est une épreuve d'adaptation difficile que l'âgé n'est pas en mesure d'effectuer. L'hospitalisation est pour le sujet, une situation de crise existentielle qui remet en cause son monde interne, même si elle est due à sa pathologie. Non seulement, il perd ses repères familiers mais aussi son identité dans la mesure où il est un malade parmi les autres. Il est pris en charge par la collectivité institutionnelle.

G.Enos, C.Lambert, et E.Parquet (1985) emploient le mot «*d'assisté public*» dépouillé «*de ses références identificatoires*»

en vertu de la loi du droit d'auteur.

Y. Pelicier l'appelle «*le syndrome de désinvestissement*» (Y.Pelicier, 1981) qui correspond à la perte des objets chargés affectivement comme le domicile, les habitudes, les souvenirs.

Cet ensemble de changements engendre de l'anxiété qui peut aller jusqu'à la dépression, le repli sur soi et ravive l'angoisse de mort. L'entrée en institution peut être ressentie comme un anéantissement total de l'individu. Le placement s'est fait bien souvent dans l'urgence avec peu d'explications C'est un véritable effondrement narcissique déjà amorcé par le processus normal du vieillissement.

Le sujet perd son autonomie, il devient dépendant de l'institution, il perd son identité jusqu'à perdre son nom pour devenir «le papy ou la mamie de la chambre x»

L'hospitalisation est donc vécue comme un facteur désorganisateur et aggravant.

Il provoque chez toute personne une rupture avec son rythme de vie, ses repères et tout particulièrement chez l'individu vieillissant qui se raccroche à ses objets familiers pour ne pas perdre pied avec la réalité. Le changement est trop rapide pour qu'il ait eu le temps de s'adapter.

«Il est en perte d'étayages externes de son identité, en proie à un vécu d'abandon, en situation de détresse psychologique, par excellence»(L.Ploton, 1990)

La personne va fuir ou essayer de transformer cette réalité devenue insupportable.

Le refus alimentaire est un des moyens pris par l'individu pour échapper à cette mort lente et pour garder son intégrité interne d'homme, refusant cette mort imposée et choisissant la sienne. La personne âgée ne trouve pas sa place au sein de l'équipe institutionnelle, il a perdu sa place dans sa famille, il a perdu sa place dans la société. Il ne découvre plus ou il refuse de nouveaux investissements dans cet environnement qu'il n'a pas choisi. Son désir est de partir en cessant de nourrir ce corps qui le retient à la vie et en défiant l'environnement familial et institutionnel.

III.1.2.3.1. ANTICIPATION DU PLACEMENT

Par anticipation il faut comprendre la lecture que fait l'intéressé sur la décision de placement prise pas ses proches alors même qu'il est encore à son domicile.

La personne se trouve face à un affrontement interne entre le désir de vivre sa vie, comme il l'entend et la pression collective du groupe «famille-médecin», qui attend de sa part une adhésion à ce choix.

«D'une façon générale, l'inconfort psychologique semble bien être la sanction des écarts qu'un sujet pourrait s'autoriser par rapport à la synergie de conformation.» (L.Ploton, 1991)

L.Ploton pense que le sujet âgé, face à la pression de l'environnement, se conforme au rôle de «sortant» Pour le dément, la question se poserait en ces termes : «Comment partir en restant ? Comment mourir en vivant ?»

Pour la personne, les choix de sa vie passée sont épuisés. Ils ont laissé des traces, parfois des blessures. Tout se passe comme si, une crainte anticipatrice de ce qui pourrait encore arriver, entraîne une attitude de résignation, de désinvestissement, de détresse.

en vertu de la loi du droit d'auteur.

Le refus alimentaire est de l'ordre de ce compromis, c'est-à-dire que la personne manifeste son angoisse de l'avenir, son opposition à cette décision arbitraire de placement, par ce refus.

Ce que les mots ne peuvent plus atteindre, l'agir le montre. Le refus alimentaire naît pour pallier à un manque de verbalisation de cette décision de placement.

Pour cette génération d'exclus de la société, «*de laisser pour compte*» (S.Beauvoir, 1970) le placement est vécu comme une mise à l'écart, une exclusion de leur monde environnemental, de la société. L'avenir leur montre que la réalité et ce qu'ils appréhendaient, est en train de se produire. Ils arrivent en institution en sachant qu'ils se trouvent confrontés à leur dernier séjour.

Pour J.Wertheimer, l'institution est devenue l'image autoritaire et toute-puissante.

«L'ennemi qui contraint, frustre, critique, réprouve, accuse, punit, persécute» (J.Wertheimer, 1985)

L'âgé vit son hospitalisation comme une épreuve de force, et donc de conflits.

III.1.2.3.2. COÏNCIDENCE OU LA PRISE DE CONSCIENCE DU PLACEMENT.

Comme nous l'avons abordé, l'événement : «entrée en institution» vécu dans un état d'urgence, propulsent certaines personnes déjà fragilisées, dans un état de sidération, de choc émotionnel, un état de crise.

Elles perdent leurs repères passés et ne peuvent s'appuyer sur des nouveaux, car leur état psychique ne le permet pas. Leurs ressources internes insuffisantes sont submergées par l'état de crise et l'angoisse qu'elle génère. Du fait de cet état de sidération, la personne ajoute à sa rupture traumatique, une rupture de communication.

Elle se traduit par une perte de paroles, une soumission passive ou de rejet complet de l'entourage, un refus de manger, bref, un refus de tout ce qui pourrait la relier au monde extérieur.

Pour J.Guillaumin, l'individu vieillissant subit des traumatismes qui le laisse en état de choc :

«Des effets de choc ou des chocs successifs envisagés comme des traumas désorganisateur» tout au long de son existence. … L'ajustement au réel des pensées et des conduites devient difficile... et les énergies liées et employées... se trouvent libérées et flottantes.» (J.Guillaumin, 1985)

Par cette nouvelle épreuve, certaines personnes âgées n'ont plus l'énergie suffisante pour pallier à ce nouveau trauma désorganisateur.

Qu'entend-on par état de crise lors de la mise en institution ?

Que se passe t-il pour la personne âgée lors de son placement en institution ?

Au moment de l'application de la décision, l'âgé doit quitter son milieu de vie pour un autre inconnu. Ce moment précis la confronte à un événement traumatique, angoissant que nous appelons l'état de crise. Nous pourrions comparer cet état, à un arrêt sur image, un moment hors du temps. La personne se retrouve «projeter» pratiquement du jour au lendemain, dans un nouvel environnement, sans ses repères et la plupart du temps, sans

Copyright GRIVEL Claudie et Université Lumière - Lyon 2 - 2003.Ce document est protégé

son approbation réelle. Elle perd tous les repères de sa vie présente et passée. C'est un véritable raz de marée interne et externe. L'état de crise survient dans sa vie, désorganisatrice, angoissante, déstabilisante. Elle touche tous les aspects affectifs, sociaux et relationnels. Une remise en question de l'identité de la personne s'effectue.

«Lorsque l'hospitalisation est inévitable, nous l'avons vu, celle-ci s'inscrit dans la continuité de la crise. D'autre part, elle peut ouvrir une seconde crise, liée cette fois à la séparation.» (J.Wertheimer, 1985)

Cet état de crise peut être le point de départ du refus alimentaire. Le choc de l'hospitalisation dépassé, la personne âgée lutte avec ses moyens contre le vécu d'agression imposé par l'environnement institutionnel.

Sa réaction comportementale sera souvent un repli silencieux, une inhibition massive, une soumission passive ou de rejet complet de l'environnement.

«C'est le moment où l'appétit vital tend à s'affaiblir, la tentation de glisser, de s'éloigner, de se retirer est considérable.» (Y. Pelicier, 1981)

Pour PL. Assoun dans son article sur «*le trauma à l'épreuve de la métapsychologie*»

«Le traumatisme est une irruption d'un fragment du monde extérieur dans l'enclos de l'organisme.»(PL. Assoun, 1999)

L'événement extérieur, le placement en institution, atteint inévitablement le psychisme de l'individu qui le subit. Le symptôme développé est à la fois le moyen de se défendre devant cette agression mais aussi une réponse à ses agresseurs.

«Si le trauma est proprement corporel, il affecte ipso facto la psyché. ... l'événement traumatique implique une redistribution immédiate des relations entre soma et psyché en touchant à l'intégrité et à l'économie intime du sujet.» (PL Assoun, 1999)

S. Ferenczi, dans «réflexions sur le traumatisme» conforte notre réflexion sur l'impact du traumatisme subit par la personne âgée lors de son placement et les répercussions sur son psychisme.

«La personne dans un état de choc qui est équivalent à l'anéantissement du sentiment de soi, de la capacité de résister, d'agir et de penser en vue de défendre le Soi propre.» (S. Ferenczi, 1919-1926.)

Les organes pour faire face à ce trauma, réduisent leurs fonctions à l'extrême pour préserver le Soi, ce qui permettrait d'expliquer à partir de là, la difficulté de prononcer des paroles, à dépenser de l'énergie pour s'alimenter.

La personne semble prendre une position d'attente transitoire avec l'espoir que le déplaisir sera bientôt passé, que l'avenir sera meilleur face à cet événement qui semble insurmontable.

«Un grand déplaisir se fait ressentir et ne peut pas être surmonté, lorsque l'individu ne peut plus se défendre en transformant le monde environnant et en mettant à l'écart la cause du trouble.» (S.Ferenczi, 1919-1926)

L'âgé; par l'état de crise, montre son désarroi devant ce monde environnant qu'il perçoit comme hostile. La seule solution pour lui, est cette absence de communication. Elle peut être perçue aussi, comme un abandon devant une épreuve trop difficile à surmonter.

Il y a un désengagement de l'environnement, un repli sur soi, un désintérêt de soi et

Copyright GRIVEL Claudie et Université Lumière - Lyon 2 - 2003.Ce document est protégé

des autres. On pourrait dire, si l'on emploie le vocabulaire d'aujourd'hui : qu'il se met en «stand by !»

S.Ferenczi pense que pour pouvoir faire face au déplaisir, l'individu se projette par une production de représentations dans un futur transformé agréablement.

«La production de représentations concernant le changement futur de la réalité dans un sens favorable» (S.Ferenczi, 1919-1926)

Cette formule permettrait alors de supporter l'épreuve et d'être capable d'avoir un comportement approprié. C'est peut-être dans ce sens qu'intervient le travail du vieillir en s'adaptant à cette nouvelle réalité.

Le sujet met en place des attitudes défensives pour faire face à ce traumatisme, pour résoudre sa propre crise et essayer de conserver son identité. Nous aborderons ultérieurement ces défenses.

S.Ferenczi poursuit en expliquant que si le déplaisir croît, il faut une soupape qui délivre de l'angoisse. L'autodestruction est une des possibilités qui est offerte plutôt que la souffrance muette.

«D'un sentiment d'incapacité à s'adapter à la situation de déplaisir, en soustrayant son Soi à l'irritation» et «en éliminant l'irritation Le sauvetage ne vient pas et même l'espoir de sauvetage semble exclu» (S.Ferenczi 1919-1926)

Le refus alimentaire serait de l'ordre de cette autodestruction pour échapper à cette souffrance muette.

L'état de crise a donc pour conséquence une rupture de communication en ce qui concerne la parole. Le «non verbal» bien souvent se substitue aux mots pour exprimer la souffrance, le mal-être. C'est ainsi que l'on peut observer des agrippements des mains, un regard anxieux qui montre l'état d'angoisse dans laquelle se trouve la personne.

Lorsque l'on mentionne le «non verbal», l'agrippement, on pense aux observations de J.Bowlby sur le nourrisson qui ont conduit à affirmer que l'attachement serait une forme primaire du lien familial et social. Il exprimerait un besoin inné de maintenir une relation maternelle proche. (J.Bowlby, 1992) La force et la nature de cette relation sont souvent révélées par la perte de celle-ci. Les réactions d'angoisse, de tristesse, de dépression, sont d'autant plus violentes que le lien est important.

L'enfant aurait donc un besoin inné de maintenir la proximité avec la mère. Pour être proche de celle-ci, l'enfant s'agrippe. Les éthologues ont montré l'importance de l'agrippement comme étant une des pulsions partielles prégénitales. Cet instinct, observable chez les singes, pousse le petit à se cramponner à la fourrure de sa mère. (I Hermann, 1947)

Les pertes successives liées à l'identité du sujet âgé, la proximité de la mort n'entraîneraient-ils pas ce besoin d'agrippement proche de la relation maternelle, ce besoin inné de rechercher la protection, la sécurité ?

L'entrée en institution va donc précipiter des manifestations destructrices comme la réactivation de l'angoisse de mort.

Il faut pourtant mentionner le point de vue, de P.Charazac qui pense que pour certains, peut-être ceux qui étaient plutôt consentant à ce placement, trouveront dans

en vertu de la loi du droit d'auteur.

l'institution une sécurité avec un certain soulagement.

Il appelle ce temps *« lune de miel »* (P.Charazac, M.Mollard, 1982) L'institution est vécue alors comme une bonne mère aimante, sécurisante.

Parmi, les personnes rencontrées, nous n'avons pas eu la possibilité de constater cette «lune de miel»

Si cet instant est ressenti, il reste éphémère. Le malaise et l'angoisse réapparaissent chez une personne âgée qui n'est plus capable d'intérioriser cette sécurisation externe. Très vite, elle régresse et seul reste la communication avec le corps. L'institution répond à cette demande muette par un maternage excessif, et/ou une surmédicalisation ce qui mettent en évidence la dépendance en satisfaisant des désirs archaïques (maternage, soins...)

La personne perd son individualité pour devenir conforme à ce que l'institution attend d'elle.

Pourtant, certains résistent au changement.

Nous pensons que le refus alimentaire est, alors une manière de se défendre contre ce processus destructeur, contre la dépossession de son terme.

Le refus alimentaire est un compris sur un registre défensif contre un terme qui n'est pas celui envisagé par la personne. Son travail du vieillir a été interrompu au moment du placement.

III.1.3. Le refus une conséquence de la dépossession du «terme».

Si vieillir comme le pense J.Guillaumin est «*l'occasion d'une rencontre avec soi-même*» (J.Guillaumin, 1982) pour certains, elle peut se transformer en échec. Ils ne peuvent effectuer ce travail de transformation d'eux-mêmes pour toutes les raisons que nous avons évoquées précédemment.

III.1.3.1. Un dysfonctionnement du travail du vieillir.

Ce travail du vieillir qui permet à l'âgé d'accepter la réalité du vieillissement, du nouvel environnement, d'atténuer les souffrances occasionnées par les pertes.

L'âgé peut s'accepter tel qu'il est devenu, un être au dernier stade de sa vie, avec son histoire. Un travail de reconstruction sera possible pour élaborer une fin de vie en accord avec lui-même, en reconnaissant le décalage existant entre la réalité et son idéal. (D.Quinodoz, 1994)

Le travail du vieillir est un travail difficile car accepter la réalité est parfois douloureuse, il provoque un remaniement narcissique, de nouvel équilibre avec l'environnement et son propre Moi.

J.L Pedinielli, dans ses observations sur le suicide des âgés, cherche ce qui dans le travail du vieillir peut permettre une évolution vers l'autodestruction.

Est-ce dans l'organisation narcissique, le rapport entre le Moi et le corps ?

en vertu de la loi du droit d'auteur.

« C'est dans les ratés du travail du vieillir qu'il faut aussi rechercher les conditions de possibilités du passage à l'acte suicidaire dont l'articulation et l'économie doivent être explicitées.» (JL Pedinielli, 1985)

Avec le refus alimentaire, nous sommes dans la même logique du passage à l'acte.

Dans ce cas, ce ne sont pas les ratés du travail du vieillir qui amène au suicide, c'est le placement qui provoque le dysfonctionnement du travail du vieillir dans lequel s'était engagé l'âgé. Il se trouvait dans une période de grande fragilité et vulnérabilité. Pour lui, le combat est perdu car il ne peut plus lutter, il n'en a plus la capacité et l'énergie.

Précédemment, nous avons abordé le narcissisme et le vieillissement. Celui-ci est un narcissisme blessé par les remaniements physiques, psychiques et sociaux.

Le travail du vieillir va consister à accepter ses modifications pour pouvoir retrouver un nouvel équilibre qui permettra à l'âgé de renforcer l'estime de lui-même et par conséquent élaborer de nouveaux investissements. Le placement va interrompre ce travail d'élaboration. Le refus alimentaire sera d'une certaine manière, une défense pour essayer de se protéger de cette intrusion dans son monde interne.

L'âgé se trouve dépossédé de son travail de deuil, abandonné par l'entourage qui ne le comprend pas. Il se trouve dépossédé de sa mort.

D'autres personnes âgées éludent ce travail de deuil par des mécanismes défensifs comme le déni, la démence, l'agressivité, la dépression..

III.1.3.2. Dépossession de sa mort.

Auparavant, nous avons montré que l'âgé se trouvait en état de choc lors de son placement. Celui-ci provoque un dysfonctionnement du travail du vieillir et le dépossède de sa mort. L'institution, la famille ont dévié son chemin personnel. L'âgé est dans un impossible deuil de lui-même, qui concerne son image et son Moi. Il ne peut se détacher de représentations de lui-même, d'investissements narcissiques, qui pourtant ne correspondent plus à la réalité. Le travail de deuil est stoppé.

JLPedinielli, écrit à ce propos :

«Plutôt mourir que de ne plus pouvoir.»(JL. Pedinielli, 1985)

Il faut cependant, ajouter que pour certaines personnes âgées, le placement en institution n'est que la cause supplémentaire de leur décision de mourir.

En effet, lorsque le deuil, le renoncement à l'idéal de ce que l'on a été, est impossible, la mort est la seule issue afin d'anéantir cette image qui porte atteinte au narcissisme.

C'est le passage à l'acte suicidaire dont parle JL Pedinielli (1985)

«L'impossible renoncements aux exigences des idéaux du moi qui conditionne la succession de faillites narcissiques chez le sujet âgé suicidant situe le problème du suicide dans ses rapports au travail du deuil.» (JL Pedinielli, 1985)

III.2. Le refus alimentaire compris sur un registre

Copyright GRIVEL Claudie et Université Lumière - Lyon 2 - 2003.Ce document est protégé

défensif.

Le refus alimentaire serait compris comme un moyen de défense contre le placement non voulu et non préparé et qui serait responsable du dysfonctionnement du travail du vieillir.

III.2.1. Les enjeux défensifs.

Chaque personne réagit selon son monde interne, interrelation entre son histoire, son environnement.

Les uns se réfugient dans la démence, le déni ce qui leur permet de fuir la réalité trop pesante. D'autres développeront l'agressivité ou la passivité dans la dépression, afin de mettre à distance ce monde insurmontable.

Ces mécanismes de défense permettent à la personne de se protéger contre les agressions extérieures qui mettent en danger son Moi.

III.2.1.1. Les processus défensifs en général.

Nous avons entrevu avec S.Ferenczi que la personne, face au traumatisme, essaye de trouver un antidote au déplaisir, à l'angoisse.

Elle développe durant cette période qui fait suite à son entrée en institution, les moyens que son Moi met à sa disposition : des réactions de défense (conduites de fuite, de refus...), pour éviter un déplaisir, une tension insurmontable.

A.Freud écrit à ce propos:

«Tout acte défensif a pour objet d'assurer la sécurité du Moi et d'éviter un déplaisir» (A.Freud, 1949)

Selon ses capacités, la personne âgée va essayer de se créer un nouvel équilibre avec elle-même et son environnement. Certains auteurs font l'hypothèse que ces systèmes défensifs déployés par l'âgé seraient des équivalents suicidaires, car ils lui permettent de différer le passage à l'acte.

J.F.Teissier proposent le terme de «*suicide différé*» :

«Tout comportement ou attitude mettant en jeu la vie d'un individu chez lequel le désir de mort n'est pas exprimé» (J.F.Teissier, 1999)

Pour C.Baillet pense que l'individu utilise ces mécanismes pour échapper au suicide tout en prenant des risques pour sa vie.

«La conduite répétitive se situerait au niveau du risque connu et encouru où le flirt avec la mort permettrait à l'individu de diminuer son anxiété et de renoncer au suicide» (C.Baillet et coll., 1994)

Ces équivalents suicidaires ne semblent pas avoir comme objectif de mourir mais plutôt de se confronter à la mort dans une sorte de recherche, de maîtrise de sa vie afin de retrouver la force de vivre.

Copyright GRIVEL Claudie et Université Lumière - Lyon 2 - 2003.Ce document est protégé

Le refus alimentaire peut être considéré comme un mécanisme de défense qui diffère l'échéance de la mort, échappant ainsi au suicide.

Peut-on penser que l'âgé essaye, par ce temps qui lui reste, d'élaborer la fin de sa vie selon ses propres ressources internes et selon son désir de non-vivre ?

Les défenses que nous allons citer, sont des moyens mis en place par l'âgé pour évacuer l'angoisse de vie et de mort.

LA DÉMENCE

Malgré les aspects strictement organiques, la démence, peut être observée aussi comme une réaction défensive permettant souvent de fuir une réalité devenue insupportable.

Ce détachement de la réalité n'est pas sur le mode du déni comme nous le verrons. Le sujet oublie le présent, en ayant un comportement inadapté à l'environnement. Il a ainsi, la possibilité de fuir cette réalité anxiogène.

C'est, en somme une perte du Moi et de l'identité pour ne plus souffrir en tant que personne. Il y a une rupture des liens avec l'environnement.

J.Maisondieu parle de

«Renoncement à rencontrer les autres en même temps que ceux-ci renoncent à le rencontrer.» (J.Maisondieu, 1982)

Pour L.Ploton, la démence permet à l'individu de partir psychiquement de son environnement tout en restant biologiquement. Il semble que nous pourrions parler de «*suicide différé*»

A ce propos, il écrit :

«Alors, comment partir en restant ? ? Comment mourir en vivant ? Peut-être, la démence représente t-elle la tentative de synthèse, le point d'équilibre impossible, le compromis paradoxal, qui permettra de vivre biologiquement (c'est-à-dire au sens propre) tout en mourant socialement (c'est-à-dire au sens figuré)» (L.Ploton, 1991)

C.Balier relie le syndrome démentiel à un trouble de l'identité, en interrelation entre l'atteinte organique et la personnalité. (C.Balier, 1976)

Pour J.Gaucher,

«La maladie d'Alzheimer ou la démence sénile de type Alzheimer sont avant tout, des manières de vieillir et des appellations à partir desquelles on nomme la ruine du sujet âgé» (J. Gaucher, 1993)

Le dément est toujours en quête d'une réponse dont il n'aura pas la solution puisqu'il aura tout fait pour que ce soit un échec, comme si la peur de la réponse lui faisait rebrousser chemin. Cette manière d'être lui permet ainsi de ne jamais affronter la réalité angoissante.

«Son quotidien apparaît comme une mise en scène répétée de son effondrement» (J.Gaucher1993)

Le dément exprime souvent sa perte de confiance en ses capacités d'adaptation, par l'hallucination de ses propres parents. Il recherche ainsi, un Moi auxiliaire qui pourrait l'aider à supporter ce qu'il doit vivre dans cet environnement hostile.

en vertu de la loi du droit d'auteur.

«La personne âgée démente sénile donne l'impression que par un attachement forcené aux gens et aux objets elle peut se sentir protégée, prémunie face à une vie qui maintenant lui enlève tout» (J. Gaucher, 1993)

Du même coup, le dément évacue la question de la mort, comme si celle-ci ne pouvait avoir lieu.

J.Maisondieu propose une alternative entre le suicide et la démence :

«A l'insu des regards qui l'évitent, faute de pouvoir échanger, faute d'un double complaisant, le sénescent isolé sous ses fards se vide progressivement l'esprit en même temps que mentalement il vide les lieux. De même qu'il ne veut plus se voir, de même on ne veut plus le voir, de même qu'il s'oublie, de même on l'oublie. A la fin, il ne reste plus qu'un corps déshabité. On évoque alors l'atrophie cérébrale en appelant aux mânes d'Alzheimer!»(J. Maisondieu, 1989)

L.Ploton suppose qu'un sujet ayant un trouble déficitaire, qu'elle qu'en soit la cause et arrivant dans en endroit inconnu, aura une réaction d'angoisse et pourra le conduire à un comportement délirant. C'est ce qu'il nomme «un fonctionnement mental de secours»(L.Ploton, 1983)

Dans l'article, «La démence sénile : un piège intellectuel» il écrit :

«Faire l'enfant, faire le mort… sans être ni l'un ni l'autre, …en un mot adopter une position déficitaire, user de moins en moins de la communication verbale élaborée, ces non-communications étant à prendre en soi comme un message…car il ne peut s'agir de la part de la personne âgée, d'une véritable opération kamikaze pour maintenir à tout prix un modèle d'équilibre figé…» (L.Ploton, 1983)

Pour Ch.Hefray, «*La dissociation psychique*»est une possibilité d'échapper aux difficultés qui menacent.

«En effet, comment assumer l'image de vieille, de vieux ? Comment s'identifier à une image aussi négative, surtout dans le contexte social qui est le nôtre ? Comment sauvegarder le minimum d'amour envers soi, nécessaire pour éviter le naufrage moïque et le retour du morcellement qu'il implique ? Pourtant certains y arrivent. Alors que d'autres sombrent dans la démence.» (Ch. Herfray, 1997)

Le comportement du refus alimentaire comporte des similitudes avec la démence comme moyen de défense. L'absence de communication verbale, le désinvestissement de l'environnement, («il vide les lieux»)

Pourtant, il semble que dans le cas du refus alimentaire, l'âgé habite son corps jusqu'à la mort. Le refus alimentaire permettrait de sauvegarder une certaine estime de soi en choisissant sa mort. Remarquons que les troubles alimentaires accompagnent souvent «*la fausse démence*» (L.Ploton, 1983)

La personne âgée utilise les moyens qui sont à sa disposition dans son monde interne afin de remédier aux difficultés que lui impose la réalité. L'acte du refus de se nourrir peut être révélateur du fonctionnement de la personne âgée dans son environnement.

LE DÉNI

en vertu de la loi du droit d'auteur.

Le déni de la réalité est une réaction défensive fréquente chez le sujet âgé. Il lutte contre la réalité extérieure en la niant ou en la transformant selon sa propre réalité interne.. Ce qui est perçu comme mauvais est aussitôt rejeté hors de soi. On ne vit qu'avec une partie de soi qui est considérée comme bonne.

D'après G. Le Gouès,

«L'amputation de la réalité n'éloigne pas seulement de la réalité, elle conduit à l'ignorance de toute une partie de soi.» (G. Le Gouès, 1997)

La personne refuse cette réalité qui l'angoisse et qui fait resurgir des événements passés qu'elle avait refoulés et qui sont porteurs de souffrance.

La réalité est vécue comme un rêve auquel on ne croit pas. Elle n'a plus de sens. La vieillesse, les changements corporels ne sont pas sa réalité.

Les événements qui se déroulent autour d'elle n'ont pas de sens. Son Moi reste fixé à des épisodes heureux qui sont du passé, hors du temps et les érige comme seuls remparts à la réalité trop angoissante et à sa propre destruction.

H. Bianchi pense que l'individu peut dénier la réalité pour se protéger. Il régresse et peut ainsi éviter le déplaisir :

«Dénier la réalité même de ses changements angoissants pour investir en force tels moments, telles expériences à valeur fondatrice de cette identité qui est tout ce qui reste, le moi régressant parfois jusqu'au narcissisme infantile et se détournant d'un monde réel qui n'apporte plus de frustrations.» (H. Bianchi 1985)

Selon S.Freud, le désinvestissement de la réalité est aussi celui du système conscient

«Les excitations internes trouvant la voie libre jusqu'à celui-ci dans lequel elles prendront valeur d'une réalité incontestée» (S.Freud, 1951)

Cette économie défensive du vieillard donne l'impression d'une personne qui n'est plus dans le monde dans lequel il vit. Cette réalité trop déplaisante l'a séparé de ses objets d'amour et a fait resurgir des pertes dont le deuil n'a pas été fait. Elle le met face à l'angoisse de mort.

Le sujet doit choisir entre un travail de deuil qui lui permettra une ré-élaboration de son Moi, «*de la position dépressive*» (E.Jaques, 1990) et aboutira à un travail du vieillir. Il s'adaptera à son nouvel environnement ou restera dans le déni en refusant la réalité et en la désinvestissant :

«La réussite finale du travail créateur de l'âge mûr dépend de la résignation constructive face à la fois aux imperfections humaines et aux insuffisances de son propre travail. C'est cette résignation constructive qui imprime alors la sérénité à la vie à l'œuvre.» (E. Jaques, 1990)

Ce refus de la réalité empêche l'âgé, qui n'a pas trouvé les ressources nécessaires dans son monde interne de faire un travail de deuil. Il ne peut investir le monde objectal, réinsérer son moi dans le temps et renoncer au déni. Il appauvrit peu à peu sa capacité d'échanges avec son environnement.

Il glisse dans un refus de communication et de troubles alimentaires. Il en vient au refus de se nourrir, au refus d'échanges avec l'autre, au refus de parler.

«Il semble bien que ce soit à partir de ce refus, dans un mouvement défensif

Copyright GRIVEL Claudie et Université Lumière - Lyon 2 - 2003.Ce document est protégé

d'évitement, que prenne racine nombre de procédures spécifiques que nous rencontrons chez les patients âgés ou vieillissants et dont le trait commun est que l'épreuve de réalité ne semble ne plus pouvoir se faire mais cela sélectivement : Essentiellement pour ce qui regarde le temps, le monde présent venant à leur paraître, en quelque sorte inconsistant, contingent, voire absurde, tandis qu'ils refluent vers un passé intemporel où leur identité voudrait se préserver de la perte radicale qui la menace. Ce mouvement défensif se réalise bien sûr au prix d'un appauvrissement considérable de leur capacité d'échange avec l'entourage.» (H.Bianchi, 1985)

L'AGRESSIVITÉ

L'agressivité est une autre forme de défense que l'on retrouve fréquemment chez le sujet âgé. Le comportement agressif peut se manifester de différentes manières. Il peut être extériorisé avec violence, mais il peut être aussi dirigé contre soi-même.

Les observations en éthologie, on conduit K.Lorenz à penser que la finalité de l'agressivité est double : elle a pour objectif de permettre de se défendre ou de s'affirmer à l'encontre de quelqu'un ou de quelque chose (K.Lorenz, 1969)

Lorsque cette force agressive est projetée à l'extérieur, elle peut signifier la marque d'une hostilité à l'encontre de quelqu'un ou de quelque chose. Elle vient aussi témoigner d'une réelle souffrance et de l'angoisse. En agressant l'autre, la personne projette à l'extérieur ce qui l'étouffe. Elle peut être une façon de s'affirmer ou bien encore une défense pour survivre dans un environnement hostile pour l'individu.

Chez le sujet âgé, elle peut se révéler par une phase de récriminations, des paroles blessantes qui atteignent l'autre.

Elle peut être physique se manifestant par des attitudes violentes. Ce comportement peut être en relation avec le vieillissement lui-même et ses pertes physiques, intellectuelles et sociales qui l'accompagnent.

La maladie, la perte de l'autonomie renforcent l'angoisse d'abandon et provoque une réactivation de son hostilité, signe du besoin de se réassurer vis-à-vis de son entourage.

L'agressivité intériorisée est plus silencieuse. C'est une force autodestructrice, dirigée contre soi. Le refus alimentaire, mais aussi, l'automutilation, le suicide et ses équivalents sont des comportements auto-agressifs. Cette forme d'agressivité se produit dans un semblant de passivité. Elle se manifeste par un comportement d'indifférence, un refus de communiquer, de participer.

«L'auto-agressivité est la force agressive dirigée contre soi-même. Elle relève des mêmes objectifs et représente souvent la forme intériorisée de la précédente (l'hétéro-agressivité) : elle débouche sur l'auto-mutilation et le suicide.» (JM. Léger, J.Teissier, R.Garoux, 1984)

Le placement en institution : maison de retraite, structure hospitalière provoque des manifestations agressives chez l'âgé, qui peuvent être verbales (langage violent) physiques qui peuvent aller aux coups, surtout lorsque la personne a été placée contre son gré.

Pour M.Klein, qui a mis en évidence les pulsions agressives dès la petite enfance,

Copyright GRIVEL Claudie et Université Lumière - Lyon 2 - 2003.Ce document est protégé

«La projection est notre première mesure de sécurité contre la douleur, la peur d'être attaqué, l'impuissance. Par ce mécanisme toutes nos sensations, tous les sentiments que notre esprit ressent comme douloureux et déplaisants sont immédiatement relégués à l'extérieur de nous-mêmes» (M.Klein, 1966)

Cette agressivité se développe pour montrer son opposition à des décisions.

Le placement est vécu comme une agression qui porte atteinte à l'intégrité de la personne. Par protection, elle rejette son mal-être, sa souffrance à l'extérieur, c'est-à-dire, sur son entourage.

Et comme l'exprime B.Cuisinier, (2002) ce comportement peut se comprendre dans la mesure où l'institution est elle-même génératrice d'agressivité.

L'âgé se sent abandonner dans un univers inconnu laissant à son seuil ce qui a comblé son existence pour un futur qui sera la mort et non plus sa mort. L'âgé a été dépossédé de lui-même.

Son narcissisme se trouve confronté à une nouvelle épreuve angoissante. L'agressivité lui permet de projeter sur un objet extérieur ses propres affects. C'est ainsi que le patient devient agressif avec le personnel soignant, extériorisant ce qu'il ne peut contenir. Le sujet traite l'excitation interne comme si elle venait du dehors. L'agressivité chez le vieillard a un sens important. Elle est le reflet de sa souffrance, d'un ultime combat pour ne pas sombrer dans la dépression, la régression, dans un désengagement c'est-à-dire un désinvestissement de l'environnement, un désintérêt de soi et des autres.

LA PÉRIODE DÉPRESSIVE

La période dépressive, lors de la mise en institution semblerait être de l'ordre d'une dépression réactionnelle. L'âgé a subi une cassure avec son rythme de vie.

Cette rupture est source d'angoisse, de somatisation, de dépression. Elle est souvent le fait d'événements associés à des troubles plus anciens qui resurgissent lors d'un état de vulnérabilité qui peut être provoqué par le placement.

«La constante tient à ce qu'on leur reconnaît une cause déclenchante responsable d'un impact sur une personnalité déjà affaiblie » (G.Le Gouès,1997)

A.Thomé-Renault pense que le vieillard devient sensible aux imprévus qui jalonnent son existence et que le plus petit incident a des répercussions importantes sur le mental de la personne.

«Le moindre petit incident peut avoir un effet traumatique, effet dont l'intensité se mesure non pas à la gravité de l'incident mais à la désorganisation finale des appareils mentaux et somatiques que cet incident déclenche. Après le traumatisme et en l'absence de réorganisation régressive, le sujet peut tomber dans un état de «dépression essentielle»… et la désorganisation progressive peut revêtir la forme catastrophique du syndrome de glissement où l'évolution se fait rapidement vers la mort.» (A.Thomé - Renault, 1992)

Cette dépression qui se veut gardien de la vie peut amener le vieillard vers la mort. La difficulté est de percevoir chez le sujet la réaction dépressive due au traumatisme du placement et de la dépression. Elle peut être masquée par des plaintes corporelles, des insomnies.

en vertu de la loi du droit d'auteur.

Les troubles alimentaires accompagnent souvent la période dépressive. Le sujet se plaint de ne plus avoir d'appétit, que la nourriture n'est pas appétissante, que les mets ne peuvent pas être avalés.

Ces plaintes sont souvent les prémices d'un refus alimentaire si l'on n'est pas suffisamment à l'écoute de la personne. Elle exprime ainsi son mal être, sa souffrance psychique.

Lorsque les plaintes se font moins entendre et que le refus «de tout» s'installe le sujet glisse peu à peu vers la mort.

Si l'institution n'est pas la cause des comportements défensifs du sujet âgé, elle est un facteur aggravant et désorganisateur, qui a une répercussion plus ou moins importante selon son vécu, son équilibre narcissique et identitaire. Elle stigmatise la problématique du désir inconscient de détruire le vieillard et la mort avec.

Le traumatisme de l'entrée en institution réactive l'angoisse de mort très présente chez le sénescent. Pour survivre à ce choc émotionnel, il s'appuie sur ses ressources. Les uns s'étayeront sur la somatisation, d'autres fuiront dans la démence. L'agressivité, le déni correspondront à leur fonctionnement pour certains.

Chez tous, nous observerons des troubles alimentaires qui accompagneront ces sujets à la quête d'une solution pour atténuer leur souffrance interne. Les uns s'adapteront plus ou moins à cette nouvelle vie et pourront effectuer un travail du vieillir. Les autres glisseront dans un repli silencieux, un rejet complet du milieu environnant.

Une défense qui est souvent en lien avec les états dépressifs est la défense maniaque. Par le placement, une nouvelle blessure narcissique vient s'inscrire dans la succession des pertes que la personne a subies auparavant.

Pour lutter contre cette agression qui remet en cause son identité, la personne âgée utilise des conduites maniaques.

Peut-on alors considérer le refus alimentaire comme une réaction défensive de type maniaque ? Et quels en sont les motifs ?

III.2.2- La défense maniaque.

Avant d'aborder la défense maniaque proprement dite, essayons de comprendre les motifs de cette défense.

III.2.2.1. Les motifs de cette défense.

Si nous reprenons succinctement le concept de défense défini par S.Freud, nous notons qu'il le concevait comme une «*fonction psychique.*» En 1926, S.Freud écrit que la défense désigne toutes les techniques dont le Moi se sert dans les conflits qui peuvent conduire à une névrose.

La défense est considérée comme une fonction du Moi et les mécanismes de défense permettraient de le protéger contre les pulsions.

A Freud mentionne que

en vertu de la loi du droit d'auteur.

«Si les exigences du Moi ou celles des forces extérieures représentées par le Moi, n'exerçaient pas de pression, la pulsion connaîtrait qu'un seul destin celui de la satisfaction.» (A.Freud, 1949)

Les mécanismes de défense servent à maîtriser les conflits avec les pulsions afin qu'elles restent sous le contrôle du Moi.

C'est donc pour éviter un déplaisir que se mettent en place des mécanismes de défense.

«Tout acte défensif a pour objet d'assurer la sécurité du Moi et d'éviter un déplaisir.» (A.Freud, 1949)

Il ne faut pas oublier que les mécanismes de défenses du Moi s'ils sont avant tout intra-psychiques, sont aussi des défenses sociales liées au Surmoi et aux interdits. La défense est alors une protection contre une menace extérieure afin de préserver l'intégrité et la valeur sociale du Moi.

Face au placement, l'âgé développe des mécanismes de défense qui lui sont propres et qui lui permettent d'écarter, au moins pour un temps, le déplaisir lié à ce traumatisme.

Comment se défend le Moi devant l'angoisse de mort ?

M. Klein (1966) a mis en valeur les mécanismes de défense dans les processus de deuil et devant l'angoisse de mort. Pour elle, cette organisation défensive va employer le clivage de l'objet et du Moi.

H.Segal écrit à ce propos :

«Confronté à l'angoisse produite par la pulsion de mort, le Moi la détourne. Cette déviation consiste en partie en une projection et en partie en la transformation de la pulsion de mort.» (H.Segal, 1962)

Les réactions défensives face à l'angoisse de mort peuvent se manifester de différentes façons.

Le sujet est envahi par les affects non liquidés et la mort ravive des pertes antérieures, il peut retourner à un état de dépendance et de régression.

Il peut ne manifester aucun comportement, le sujet banalise l'événement. Il dénie la réalité.

Enfin, il s'identifie à l'objet perdu, le Moi se comporte comme s'il était lui-même mort comme dans le deuil mélancolique.

Pour H. Bianchi, dans la vieillesse et dans «*le travail d'acceptation de la réalité du vieillissement*»«*c'est la castration du sujet dans son être qu'il s'agit*»Le sujet vieillissant a perdu l'objet d'amour qui n'est autre que lui-même. Il perd «*narcissiquement tout.*» (H.Bianchi, 1987)

Pour faire face à cette problématique, l'âgé va employer différents mécanismes de défense comme le déni, le clivage, qui lui permettront de repousser son devenir mortel.

Certains accepteront cette échéance de leur fin de vie sans contrepartie, en faisant le deuil de leur Moi, d'autres sombreront dans la mélancolie, ce deuil impossible.

B.Grunberger rappelle que

Copyright GRIVEL Claudie et Université Lumière - Lyon 2 - 2003.Ce document est protégé

«Le choix objectal du mélancolique est narcissique et que la perte objectale correspond toujours à une blessure narcissique» (B.Grunberger, 1993)

Pour H.Bianchi, le mélancolique a

«les traits du comportement du deuil… et ceux de l'auto-reproche, de la perte de l'estime de soi… de l'insomnie, le refus de nourriture.» (H. Bianchi, 1987)

Le refus alimentaire serait-il le symptôme d'un deuil impossible à faire en raison d'un dysfonctionnement du travail du vieillir au moment du placement ?

L'âgé se trouve dans une impasse surtout si un placement arbitraire vient se juxtaposer à ces crises non résolues dans le passé et qui ne le sont pas dans cette crise de sénescence qui affaiblit un peu plus l'individu sur le plan narcissique. La séparation laisse la personne dans un vide environnemental et psychique.

Elle a de plus en plus de difficultés à s'adapter et effectue un retrait narcissique qui est nécessaire à son équilibre vital.

Ce retrait va se produire car son Moi n'a pas assez de force pour franchir ce nouvel obstacle.

«C'est dans un but de sauvegarde que le sujet fait alors le mouvement régressif inverse» (L.Corman, 1975)

Ce retrait se manifeste par une rupture des relations affectives avec l'entourage et un repli sur son monde interne avec peut-être un sentiment de toute puissance, de sur-valorisation narcissique, qui lui permettent de mourir «en gardant la tête haute.»

Et c'est peut-être à ce niveau que le refus alimentaire prend sens car l'âgé décide de ne plus rien accepter du monde extérieur, tout en gardant le choix de sa propre mort.

Ce travail de deuil ultime est l'acceptation de la perte de son «Soi-même»

Si vieillir est selon J.Guillaumin, «*l'occasion d'une rencontre avec soi-même*» (J.Guillaumin, 1982) cette rencontre peut échouer dans l'engagement des transformations de soi-même, bases du travail du vieillir, permettant de s'adapter. Le Moi qui ne peut consentir à sa perte utilise des mécanismes de défense pour protéger son narcissisme, sinon il sombre dans la mélancolie.

«La mélancolie est une maladie du narcissisme» disait S.Freud.(1917)

La mélancolie est un deuil du Moi impossible. Le Moi est dans l'impossibilité d'effectuer le deuil de la vie, de lui-même. Le Moi est identifié à son objet d'amour qui est la vie donc son «Soi-même» dont il ne peut faire le deuil mais qui est en train de lui échapper.

La difficulté réside dans l'absence d'objets d'amour extérieur, d'objets substitutifs à la vie et dans la nécessité d'utiliser la sublimation pour résoudre ce travail.

Le Moi qui ne consent pas à sa propre perte peut se trouver dans l'obligation de dresser un rempart entre le monde et la réalité par le déni de la mort avec des identifications à «du non mortel» : croyances religieuses, immortalité de l'âme, mythes, etc…

H.Bianchi (1989) pense qu'il y a un clivage du Moi entre une partie qui accepte de mourir et une qui est immortelle et qui refusera de mourir. Cette défense par le clivage du Moi s'apparente à la défense maniaque. Celle-ci se pare de la mélancolie, et permet au

Copyright GRIVEL Claudie et Université Lumière - Lyon 2 - 2003.Ce document est protégé

Moi de se confondre avec son immortalité dans la toute-puissance.

Mais pourquoi le refus alimentaire fait partie intégrante de cette défense maniaque?

III.2.2.2. La finalité de cette défense.

Le refus alimentaire prend sens dans cette toute-puissance puisque l'âgé n'ayant plus d'objet d'amour dans son environnement, peut par ce refus «se tuer pour ne pas mourir»Il peut donner un sens à sa mort dans un contexte vide de sens.

Nous venons de l'exposer, la mélancolie apparaît lorsque le sujet ne peut pas faire le deuil de l'objet-Moi. Le sujet se désintéresse de son environnement, il se dévalorise et n'a plus l'estime de lui-même, il a des insomnies et refuse de se nourrir.

La mélancolie apparaît avec incorporation de l'objet perdu, avec meurtre de cet objet. Le moi est vide, le «je» n'existe plus.

Mais quel est cet objet perdu ou plutôt qui est-il ?

L'âgé qui a connu une succession de pertes, de deuils se retrouve à la fin de son existence et c'est ce «soi» qu'il est en train de perdre. C'est la mort qu'il incorpore en lui. Il émerge une souffrance insoutenable qu'il ne peut pallier qu'avec la défense maniaque.

Cette défense lui permet de canaliser la mélancolie, de libérer le Moi de la culpabilité persécutrice et de libérer de l'énergie que la mélancolie liait. Cette énergie lui permettra de triompher sur l'objet et sur l'environnement. Un sentiment de toute-puissance lui permet de se réapproprier sa mort face à un environnement « meurtrier». Ce n'est plus l'environnement qui agit sur sa mort, c'est lui qui se réapproprie sa propre mort en choisissant par le refus alimentaire le choix de sa mort.

D'autres personnes peuvent réagir différemment de ce travail de deuil non résolu.

C'est le cas des mystiques qui se rapprochent des âgés en refus alimentaire du fait que leur nourriture est leur extase à leur objet qu'ils ne veulent pas perdre : Dieu.

A chaque étape de sa vie, l'être humain rencontre et surmonte plus ou moins bien des difficultés. Au moment de sa vieillesse, d'autres obstacles s'élèvent sur son chemin.

Ils seront sources de tensions, de bouleversements, de déséquilibres, de réajustements. Ils pourront conduire l'âgé en l'absence d'accompagnement vers la résignation, le repli, le refus de continuer à lutter pour une existence qui ne correspond plus à ses désirs.

Le placement en institution va être vécu comme une séparation traumatisante, signe de déchéance, de rejet, d'ultime pas vers la mort.

Ce traumatisme va renforcer le sentiment d'effondrement narcissique déjà amorcé par le processus normal du vieillissement et les changements qui l'accompagnent. La personne va réagir par des comportements destinés à fuir ou à transformer cette réalité. Ces réactions sont spécifiques à chaque personne en fonction de son histoire, des conditions d'entrée en institution, de sa personnalité.

Nous allons voir que le refus alimentaire est en lien avec ce placement, un dysfonctionnement du travail du vieillir et un désinvestissement narcissique.

en vertu de la loi du droit d'auteur.

III.3. Le refus alimentaire comme symptôme d'un dysfonctionnement du travail du vieillir.

Nous avons vu l'importance du travail du vieillir pour assurer un «bien vieillir» qui passe par l'acceptation de la réalité. Il permet de consentir à la séparation et à la perspective de sa propre mort. Ce travail suppose des remaniements narcissiques et un nouvel équilibre avec les investissements extérieurs. Au moment de la décision de placement, l'âgé ne peut plus continuer ce travail difficile et douloureux comme il l'avait engagé.

JL.Pedinielli écrit à propos du passage à l'acte suicidaire :

«C'est dans les ratés du travail de vieillir qu'il faut rechercher les conditions possibles du passage à l'acte suicidaire.» (JL. Pedinielli, 1985)

Les remaniements narcissiques déjà amorcés, sont mis en échec, l'âgé se trouve dépossédé de sa mort puisqu'il n'a pas pu achever le travail du deuil de soi.

Le placement va accentuer le processus de dévalorisation, de perte identitaire.

L'âgé va réagir par des comportements spécifiques en fonction de son histoire, de sa personnalité, des conditions d'entrée dans l'institution.

III.3.1. Narcissisme et turbulences dans le travail du vieillir.

La crise de sénescence a fragilisé le narcissisme du sujet âgé. Le travail du vieillir lui permet de reconnaître ces modifications physiques, psychiques et sociales; de les accepter et de trouver alors de nouveaux investissements.

Le placement va rompre la recherche de cet équilibre précaire. Il renforce le sentiment d'effondrement narcissique. Il perd son identité. Il est dépossédé de son passé, de son présent et de son avenir.

III.3.1.1. Désatayages des objets intériorisés.

Le travail de deuil de l'image de lui-même se trouve figer. Le sujet avait commencé de se défaire de certaines représentations de ses objets internes. Maintenant, il ne peut plus faire le deuil de son image et d'une partie de son Moi. Il garde en lui des objets dont il ne peut se détacher tout en sachant qu'ils ne correspondent plus à sa réalité.

Le refus alimentaire se situerait dans cette turbulence narcissique, où l'âgé ne peut effectuer le deuil de celui qu'il a été.

Pour ne pas perdre l'estime de lui-même, il renonce à la vie. Pour JL.Pedinielli (1985) c'est un «*véritable meurtre du corps*» afin d'anéantir tout ce qui représente la réalité des atteintes narcissiques.

Le sujet effectue un repli dans son monde interne, se détachant peu à peu de ce monde extérieur qu'il ne supporte plus.

en vertu de la loi du droit d'auteur.

III.3.1.2. Désinvestissement narcissique.

Le désinvestissement narcissique se manifeste par un repli sur soi, c'est-à-dire un désintérêt pour le monde extérieur. La personne s'installe dans un «*cocon*» (B.Cuisinier, 2002) Elle s'isole de son environnement. Elle subit une «*solitude dé-créative*» (F.Dolto, 1984) C'est une solitude refuge qui la conduit vers la mort.

III.3.1.2.1. REPLI NARCISSIQUE ET DÉSINVESTISSEMENT DES OBJETS EXTERNES.

En effectuant ce repli sur lui-même, le sujet retire sa libido des objets et la reprend pour lui-même. Il se désintéresse des autres et de son corps. Il n'a plus d'appétit vital, il se retire. Le refus alimentaire traduit cette réalité.

Le sujet âgé attend sa mort. Après avoir perdu sa place dans la société, perdu sa dignité, sa réalité pour les autres et pour lui-même, son avenir n'a plus de projet, plus de désir. Le seul désir qu'il a gardé est le désir de non-vivre, c'est-à-dire de mourir comme il le désire et non comme «les autres» l'ont décidé pour lui.

Ce repli narcissique implique un désinvestissement des objets externes qui va jusqu'à interrompre toute communication avec eux. L'âgé refuse les mots, très d'union avec l'autre, refuse les soins, refuse de se nourrir.

Parfois, avec certains membres de son entourage, il communique par le regard, par l'agrippement des mains. Ce lien reste cependant fugace.

Le travail de trépas semble engagé (M.M'Uzan, 1977) en l'absence de l'objet d'amour, en l'absence de l'autre. C.Balier propose l'équivalence entre «*désinvestissement et attaque destructrice*».

Pour lui, le désinvestissement de fonctions physiologiques ou psychologiques entraîne des déficits qui accentuent le processus de dévalorisation et donc de destruction.

«Dans ce processus, l'environnement joue un rôle important par la dépréciation attribuée au déficit, encourageant ainsi, la personne à désinvestir la fonction en cause et donc à se détruire. La maladie peut être considérée comme un mode de défense sur le parcours de ce processus : par exemple l'hypochondrie est une manière de réinvestir le corps sur un mode pathologique, donc d'établir une défense par rapport au désinvestissement en cours.» (C. Balier, 1976) Le refus alimentaire compris comme une réaction défensive de type maniaque permet non pas un réinvestissement du corps, mais plutôt une protection contre l'extérieur pour pouvoir préparer sa mort.

III.3.1.2.2. PERTE DU SENTIMENT IDENTITAIRE ET REPLI NARCISSIQUE.

Le vieillissement déséquilibre l'identité de l'âgé qui essaye de lutter contre la menace de se perdre. Comme nous avons pu le décrire précédemment, l'âgé se confronte aux modifications corporelles, aux pertes sociales, aux deuils des autres.

Il doit développer des capacités d'adaptation aux changements, pour pouvoir négocier la crise de sénescence.

Pour C.Balier,

Copyright GRIVEL Claudie et Université Lumière - Lyon 2 - 2003.Ce document est protégé

«Le corps avec la connaissance intime que nous en avons sous forme d'une unité distincte des objets environnants, qui se meut dans un espace, sert de support au Moi.» (C. Balier, 1982)

Le vieillard passe donc par une crise d'identification où il doit remodeler l'image de lui-même, c'est-à-dire l'image d'un corps qui n'est plus objet de désir, ni même objet de relation.

Son identité est déstabilisée, son narcissisme est ébranlé lors du vieillissement. par l'image que l'on se fait de soi et celle que nous renvoient le regard des autres et pour laquelle l'apparence corporelle joue un rôle important.

Le sentiment d'identité dépend donc de la solidité du narcissisme.

«Il joue le rôle de gardien de la vie dans la mesure où il est amour de soi. Il est naturel de chercher dans les aléas du narcissisme au cours du vieillissement l'explication des comportements pathologiques.» (C. Balier, 1982)

Lors du placement, ce sentiment de perte identitaire est accentué par la perte des repères familiers qui servaient d'étayages à la personne âgée.

Le narcissisme fait le choix du retrait car le Moi n'est plus capable d'affronter la réalité éprouvante.

III.3.2. Le refus alimentaire en réaction à la dépossession de sa mort.

Le sujet vient d'éprouver le traumatisme du placement avec toutes les ruptures qu'il implique, (dé-liaisons affectives et avec l'environnement) à une période où il se retrouve

affaibli par le travail qu'il doit effectuer pour réaliser son travail du vieillir. Celui-ci est d'autant difficile qu'il doit intégrer le deuil de soi, de l'échéance de sa finitude.

Le placement interrompt ce travail.

III3.2.1. Inachèvement du travail du deuil de soi.

Le refus alimentaire exprime cette impossibilité d'inachèvement du travail de deuil de soi. Un épuisement s'effectue inexorablement si le travail du vieillir ne peut pas se réaliser.

Le sujet a perdu les étayages internes et externes qui lui permettaient de construire une fin de vie sereine Le placement a perturbé le difficile équilibre que l'âgé était en train d'édifier.

Le Moi se trouve dans l'impossibilité de trouver une compensation à sa perte. Il se trouve démuni de représentations justifiant son existence.

C'est dans ce contexte de «vide» que se justifie le refus alimentaire. Il va lui permettre en quelque sorte de se ré-approprier sa mort.

III.3.2.2. Impossibilité de réparation.

Cette ré-appropriation de sa mort par le refus alimentaire entraîne l'individu vers sa mort, sans avoir pu effectuer ce travail du vieillir qui lui aurait permis de réinvestir et de vivre la dernière étape de sa vie.

Copyright GRIVEL Claudie et Université Lumière - Lyon 2 - 2003.Ce document est protégé

La mort comme pour le vieillissement demande un travail psychique. Ce travail est la prise de conscience que le Moi et le corps ont une limite. Le travail du vieillir permet d'accepter ce terme.

Le placement a perturbé ce travail, le sujet est dans l'impossibilité de réparer le vide occasionné, il en a plus la possibilité psychique.

L'âgé s'isole. Le refus alimentaire, le refus de parole témoignent d'une volonté ultime de maîtriser son destin en choisissant sa mort.

Il laisse ainsi un environnement défaillant et frustrant dans lequel il ne parvenait plus à trouver la réalisation de ses désirs. Il trouvera dans le refus alimentaire l'ultime désir de non-vivre.

III.4. Synthèse de la troisième partie.

Au cours de cette partie il a été question du sens du refus alimentaire, comme étant une réponse au placement institutionnel. Il a été mis en évidence qu'il pouvait signifier une opposition, au processus de décision du déplacement de la personne âgée.

De ce constat, il nous est apparu important de situer la place que prend l'institution, la famille dans la vie de l'âgé et celle qui lui reste après la perte de son domicile, lieu de son identité.

L'âgé qui présentent des troubles alimentaires, puis un refus alimentaire donne à penser qu'il a perdu sa place dans le sein de la communauté institutionnelle. L'institution et la famille organisent pour lui son devenir. Le refus signifie son opposition à ce déplacement, à son exclusion et à la dépossession de son terme.

en vertu de la loi du droit d'auteur.

en vertu de la loi du droit d'auteur.

Quatrième partie. La clinique du refus alimentaire.

IV.1. Les entretiens.

Dans le cadre de sa recherche, le psychologue chercheur doit tenir compte dans sa relation avec les patients, du contexte hospitalier composé de l'équipe médicale et de l'environnement familial.

L'intervenant se retrouve face à des personnes âgées qui sont hospitalisées. Le traumatisme de la maladie ou de la chute et l'entrée en milieu hospitalier angoissent les personnes devenues vulnérables. Comme nous l'avons pu l'écrire précédemment, elles sont en état de choc. Leur équilibre psychique vacille, déjà fragilisé par les crises, les épreuves (cf. : La question du vieillissement, partie II) Pour certaines, c'est l'effondrement. Les événements restent inscrits et de ceux-ci naît une souffrance psychique.

Face à ce nouvel environnement, porteur d'images bien souvent négatives (maladies, mort, isolement…) le patient pourra ou ne pourra pas s'adapter à cette nouvelle épreuve qu'est la rupture avec le domicile et le placement.

Dans le cadre de cette recherche, notre population s'est constituée :

Copyright GRIVEL Claudie et Université Lumière - Lyon 2 - 2003.Ce document est protégé

- Avec l'aide de l'équipe soignante. La demande se trouve être différente selon qu'il s'agit du médecin, des infirmières, des aides soignantes, des kinésithérapeutes, de l'ergothérapeute ou du psychologue. Cette demande est à prendre en compte pour établir la relation avec l'âgé. En effet, si chacun des membres de l'équipe accueille positivement cette recherche, ils se sentent concernés par ce problème à des degrés différents, selon leur pratique quotidienne. Les aides soignantes sont confrontés au refus au moment des repas, les infirmières, au refus de soins, le médecin aux conséquences somatiques de la dénutrition…
- Par les patients eux-mêmes. Ces entrevues étaient provoquées par un appel, un besoin de parler. Ces personnes s'exprimaient sur leur histoire, la cause de leur hospitalisation et leur inappétence pour la nourriture.

Les troubles de l'alimentation réveillent et mobilisent des défenses différentes selon la personnalité, l'histoire et l'âge de chacun d'entre nous.

Défenses dont nous étions consciente puisque nous partagions l'identité de psychologue chercheur avec celui d'être de la génération intermédiaire : grands enfants et parents prenant de l'âge. Nos certitudes, nos doutes sont probablement en lien avec ce vécu. Nous allons exposer les difficultés rencontrées pour mettre en place des entretiens avec des personnes âgées, hospitalisées et en refus alimentaire. Il nous a paru important de noter la part subjective du psychologue chercheur que nous sommes, qui apparaît lors des entretiens. Ceci explique la difficulté que nous rencontrerons pour évaluer les conséquences psychiques des troubles du comportement alimentaire sur une personne. Nous n'éludons pas pour autant les facteurs psychologiques qui interfèrent dans nos résultats, que ce soit de la part du chercheur que de celui des patients. Nous savons qu'à chaque donnée recueillie, nous sommes en présence de personnes, âgées, porteuses d'une histoire de vie personnelle et venant d'un environnement socio-affectif qui leurs sont propres. Nous choisirons, d'avoir une démarche scientifique quant au matériel recueilli afin d'explorer objectivement les résultats.

IV.1.1. Présentation des entretiens.

Comme nous avons pu l'exposer au début de ce travail, le choix des entretiens au lit de la personne âgée, s'est fait à la suite de notre première recherche (1998) sur les problèmes alimentaires de la personne âgée. Rappelons simplement qu'elle s'étayait sur une série de questions posées à la population, à sa famille et aux soignants. La difficulté pour établir un questionnaire, le manque de résultats suffisamment performants nous ont amené à laisser cet outil qui nous a semblé peu adapter à cette population.

Nous avons privilégié les entretiens qui nous a permis de connaître l'environnement de l'âgé, sa famille, ses amis, son lieu de vie. Il a pu exprimer son histoire de vie, ses angoisses, mettre des mots sur sa souffrance à vivre cette nouvelle épreuve.

Par notre formation, la technique de ces entretiens s'appuie sur la technique psychanalytique, mais avec quelques modifications du cadre, compte tenu du contexte :

Copyright GRIVEL Claudie et Université Lumière - Lyon 2 - 2003.Ce document est protégé

- Le grand âge et par conséquent des handicaps physique, sensoriels et cognitifs.
- Les services hospitaliers de médecine gériatrique, où bien souvent, le psychologue chercheur n'a pas de lieux propres pour recevoir les patients et leur famille en entretien.

De ce fait, il peut rencontré une difficulté dans sa pratique qui est le dérangement fréquent lors des entretiens. En effet, il n'était pas rare d'être interrompue par l'entrée impromptue dans la chambre de l'âgé, de certains membres de l'équipe.

Nous avions parfois le sentiment de n'avoir qu'une place tolérée, qui, par notre présence entravait le bon déroulement des soins. Cependant, cet état de fait, ne semblait aucunement déranger l'âgé, sans doute habituer à ce va et vient dans sa chambre.

Nous avons donc essayé de placer les rendez-vous le plus souvent en début d'après-midi au moment où le personnel était moins présent (pause, réunions, changement d'équipe)

Mais, cette fois-ci, nous nous confrontions à des malades somnolents, parfois endormis ou bien aux visites des familles, ce qui permettait parfois d'avoir une entrevue avec elles.

Nous devions donc nous adapter à la spécificité de cette population, ainsi qu'à l'environnement, si nous voulions poursuivre les entretiens. Il a pu nous arriver de marcher dans le couloir avec la personne ou de rester dans la chambre.

L'entretien pouvait aussi se dérouler sans trop de difficultés et sur un temps non défini à l'avance.

Dans ce cadre particulier, les entretiens débutaient souvent par des questions portant sur les causes de leur hospitalisation et leur difficulté à se nourrir. Ils se poursuivaient par une mise en parole de l'histoire du patient avec ses pertes et ses deuils survenus le long de son existence, de ses angoisses, de son sentiment de solitude ou au contraire d'un entourage vécu comme chaleureux.

Nous utilisions parfois des reformulations sur un point précis, lorsque la question n'était pas entendue ou incomprise. Des approbations, des attitudes d'encouragements, des silences, facilitaient la parole lorsque la personne avait du mal à mettre en mots son ressenti.

Nous n'insistions pas lorsque la fatigue, le désir d'arrêter l'entretien se faisait sentir : silences, mouvements, tête tournée de l'autre côté de l'âgé, soupirs…

Certaines fois les entretiens seront pratiquement impossibles car les patients refuseront toute relation; d'autres trop fatigués, auront du mal à s'exprimer, d'autres ne pourront pas supporter une entrevue de plus de dix minutes ayant soit du mal à se concentrer, soit ayant besoin de bouger.

Cette spécificité des entretiens avec l'âgé met en relief l'importance du non-verbal, des manifestations corporelles, au même titre que la parole. Ce sont des langages qui sont riches de sens pour la compréhension de la personne.

Nous n'avons utilisé aucun moyen de médiation tel que le magnétophone ou la vidéo.

en vertu de la loi du droit d'auteur.

En effet, ceux-ci ne pouvaient pas être utilisés auprès des personnes en refus alimentaire qui n'acceptaient aucun élément intrusif.

Nous avons abandonnéles enregistrements vidéos (Ils auraient permis d'observer le non-verbal) pour différentes raisons : financières, d'organisation au niveau du service mais surtout vis-à-vis de cette population qui se trouve dans une situation de grand désarroi dans ce contexte hospitalier et qui aurait vécu ces entretiens comme inquiétants.

Une prise de notes pendant et après chaque entretien a permis de rester le plus fidèle possible aux paroles de la personne.

L'âge avancé est un facteur important dans la difficulté à mettre en place une méthodologie appropriée.

En effet, une majorité des sujets est touchée par des altérations sensori-motrices, intellectuelles et, est souvent atteinte, comme nous avons pu l'écrire précédemment de poly-pathologie.

IV.1.2. Le déroulement des entretiens.

En tout premier lieu, nous nous présentons comme psychologue chercheur, accomplissant une étude sur les problèmes alimentaires rencontrés par les personnes hospitalisées. Nous leur demandons si une entrevue est possible.

Lorsque c'est possible, nous leur expliquons que l'entretien qu'elles nous accordent est une contribution à notre travail.

Nous leur précisons qu'elles ne sont pas dans l'obligation d'accepter. Nous aurons d'ailleurs peu de refus à notre demande, sauf pour certaines personnes en refus alimentaire qui se réfugieront dans le mutisme.

Au premier entretien, nous précisons que les paroles entendues ne seront pas divulguées et que les observations décrites dans le cadre de ce travail seront toujours présentées de manière anonyme.

Les entretiens sont fixés une fois par semaine, en accord avec la personne. La durée de ceux-ci dépend du malade lui-même. La fatigue, l'anxiété, le refus de paroles peuvent limiter les entretiens.

Le lieu des entretiens

est la chambre des personnes car nous sommes en présence d'une population de sujets âgés, malades, dépendants. Les patients sont soit assis près de leur lit, soit couchés selon l'heure de la journée, de l'état du patient ou parfois à sa demande.

Il peut arriver qu’une personne déambule dans la chambre ou veuille sortir.

La plupart du temps, nous nous adaptons aux circonstances.

Malgré les difficultés pour trouver des espaces-temps pour les entretiens, la chambre restait le lieu le plus privilégié. A cela plusieurs raisons peuvent être évoquées :

en vertu de la loi du droit d'auteur.

- Comme nous l'avons précisé, nous n'avions pas de lieu. Le bureau du psychologue, étant situé à l'étage et parfois partagé avec un autre membre de l'équipe, laissait peu de possibilité quant à son utilisation.
- La chambre est le lieu investi par l'âgé. Elle est devenue sécurisante par rapport aux autres lieux du service, surtout si des objets personnels l'entourent (photos, fleurs…) Il nous a donc paru important de garder «cette place» considérée comme moins anxiogène.

Lorsque la personne était en chambre double, nous trouvions un créneau horaire se juxtaposant avec l'animation ou des examens du voisin(e) de chambre.

Le nombre d'entretiens

a été variable d'une personne à une autre. Les personnes en refus alimentaire ont souvent refusé le deuxième entretien.

En effet, il semble que le premier entretien vienne contrarier la position de refus total et c'est alors au deuxième entretien que le refus a pu être exprimé par la personne.

Les départs en maison de retraite médicalisée, les retours au domicile (plus rares) les décès ont souvent été les facteurs d'interruption du suivi de ces entretiens.

Nous étions avertis des décisions de départ assez tardivement ce qui nous laissait peu de temps pour préparer le sujet à ce nouveau changement et pour évaluer l'impact de cette décision sur les troubles alimentaires de l'âgé. Il est certain que les troubles alimentaires n'étaient pas considérés comme des facteurs qui pouvaient empêcher le départ dans d'autres structures.

La durée :

Certains entretiens dureront entre trois quarts d'heure à une heure. D'autre fois, ils seront de dix minutes. Comme nous l'avons déjà exprimé, les raisons de ces différences sont dues à l'état de la personne, à son consentement ou à son refus de paroles. A chaque entretien, nous avons essayé de respecter le lieu, le jour et l'heure du premier entretien.

IV.1.3. Les objectifs des entretiens.

Les objectifs des ces entretiens sont de recueillir un matériel clinique relatif au refus alimentaire et aux troubles du comportement alimentaire, qui nous permettra d'avancer

- Dans la compréhension du refus alimentaire, comme comportement mis en avant sur la scène corporelle de la personne âgée.
- D'identifier les facteurs responsables dans le développement du refus alimentaire.
- De clarifier les conflits ou la quête d'identité de la personne âgée, élevé en symptôme dans le refus alimentaire, afin de soutenir cette dimension identitaire et apaiser les tensions face à la mort.

Copyright GRIVEL Claudie et Université Lumière - Lyon 2 - 2003.Ce document est protégé

- Les suivis sous forme d'entretiens ont pour but d'inscrire la personne dans une démarche de soutien, afin d'essayer de comprendre le sens de ces troubles du comportement, symptômes qui masquent une souffrance psychique.

IV.2.Observation des patients.

Nous allons maintenant identifier notre population en fonction du sexe, de l'âge, de leur lieu d'origine, du temps d'hospitalisation et de la perte d'autonomie.

Chacun des critères sera comparé aux autres afin d'observer s'ils ont une influence sur le comportement alimentaire de l'âgé.

IV.2.1. Identification de la population des patients.

Les cas cliniques présentés sont l'observation de quarante-neuf sujets âgés, hospitalisés dans deux services de médecine gériatrique.

La population étudiée est composée de personnes âgées ayant des critères communs :

- Une rupture avec son environnement due à une hospitalisation plus ou moins longue dans un service de médecine gériatrique. Des causes souvent d'ordre somatique (pathologies cardio-vasculaires, des chutes) une dégradation physique et psychique, provoquent cette hospitalisation.
- Elle présente des troubles dans la nutrition qui peuvent aller jusqu'au refus alimentaire.

Rappelons que l'échantillon de cette population a été déterminé par :

- Une demande de l'équipe soignante estimant que certains patients étaient en difficulté alimentaire.
- Un entretien, soit à la demande des personnes hospitalisées, soit après l'étude des dossiers.

La population se répartit en :

- Quarante-deux femmes
- Sept hommes

Tableau 1. Répartition des personnes interrogées.

Copyright GRIVEL Claudie et Université Lumière - Lyon 2 - 2003.Ce document est protégé

AGE	HOMMES	FEMMES
70-74	0	4
75-79	0	7
80-84	2	7
85-89	2	8
90- 94	3	9
95-100	0	7

Nous constatons que dans l'échantillon de notre population, le nombre de femmes est six fois plus important que celui des hommes.

Plusieurs raisons peuvent être avancées :

- La durée de vie des hommes est statiquement moins élevée que celle des femmes
- Les patients masculins ont difficilement accepté les entretiens, surtout sur la durée. La première entrevue était souvent vécue sur un mode agressif, distant ou de refus.

Tableau 2. Comportement des personnes vis-à-vis des entretiens

	Refus des entretiens	Acceptation des entretiens
Hommes	5	2
Femmes	7	35

En ce qui concerne les hommes :

- Sept sont en refus alimentaire.
- cinq ont refusé les entretiens.
- deux les ont accepté.
- Six sont décédés et un seul est sorti de l'hôpital..

Chez lez femmes, la proportion des refus est moins grande, sept pour trente-cinq réponses positives.

Il est difficile d'expliquer objectivement les raisons de ces refus catégoriques, surtout chez les hommes, peut-être un refus d'accepter leur propre déchéance physique et psychique. L'hospitalisation ne leur permet plus de la nier à leurs yeux et aux regard des autres.

Ces refus, parfois violents verbalement et physiquement chez les sujets masculins ont certainement contribué à une position de retrait de la part du chercheur, pour certains sujets jugés trop agressifs.

Ceux-là ont pris une part importante dans notre réflexion sur le refus alimentaire même si nous ne les avons pas intégrés dans nos données chiffrées.

IV.2.2. Population en troubles du comportement alimentaire et en

en vertu de la loi du droit d'auteur.

refus alimentaire.

Afin de simplifier les données des tableaux et des graphiques, nous utiliserons les abréviations de :

- TCA pour troubles du comportement alimentaire
- RA pour refus alimentaire

Sur l'ensemble de la population étudiée, sans distinction de l'âge, des sexes, du lieu d'arrivée, des pathologies, nous avons au premier entretien cette répartition :

- **27** personnes en Troubles du Comportement Alimentaire.
- **22** en Refus Alimentaire.

Nous verrons que ces chiffres vont se modifier et plusieurs critères perçus pendant les entretiens sont peut-être responsables de ces modifications :

- L'âge des personnes interrogées.
- Le passage du lieu de vie au lieu de destination.
- Le temps d'hospitalisation.
- La perte d'autonomie.

Nous ne mentionnons pas dans nos critères l'environnement familial, car nous n'avons pas suffisamment d'éléments pour chacune des personnes interrogées. Nous le ferons tout de même remarquer chaque fois que nous en aurons connaissance.

Rappelons que lors de notre précédente recherche (1998) nous avions observé que les personnes qui restaient à leur domicile faisaient moins de refus alimentaire que celles qui étaient placées.

IV.2.3. Présentation de chaque patient interrogé.

Chaque patient interrogé est cité sous un prénom choisi au hasard, pour préserver son anonymat.

Le tableau suivant présente chaque patient à son arrivée dans le service :

- Son âge,
- Le lieu précédent son hospitalisation,
- Son environnement familial : conjoint(e), enfants.
- Le temps d'hospitalisation.
- La perte d'autonomie
- Son comportement alimentaire

en vertu de la loi du droit d'auteur.

Tableau 3. Présentation des patients

Copyright GRIVEL Claudie et Université Lumière - Lyon 2 - 2003.Ce document est protégé

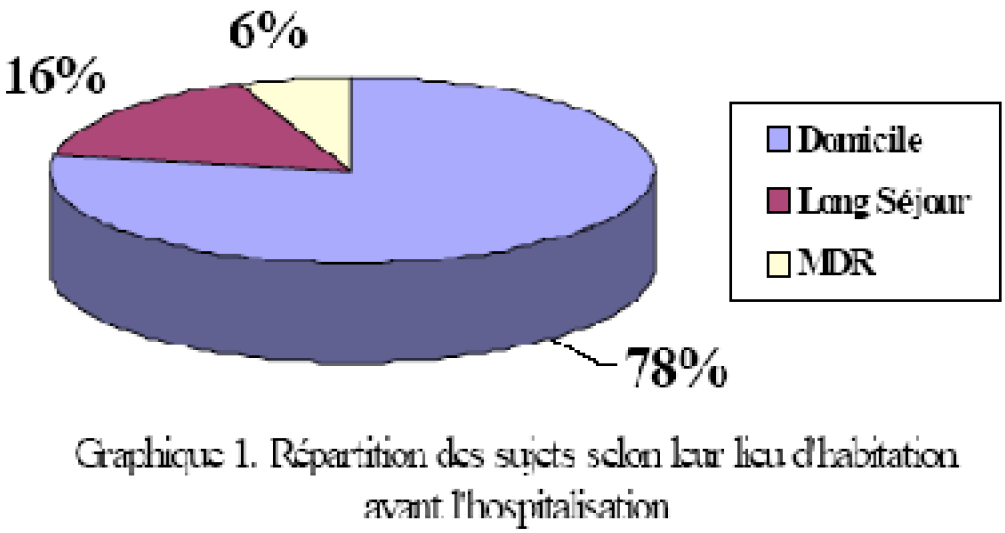
	Environnement familial	Nom	Lieu avant	Temps d'hosp.	Perte autonomie	Cpt alimentaire
Huguette	Célibataire-isolée	72	Domicile	2-3 mois	partielle	tca-ra-tca
Angèle	Veuve- 2 enfants-	72	Lg séjour	2-3 mois	totale	tca-ra-tca
Ernestine	Veuve.	72	Domicile	2-3 mois	partielle	ra-ra-ra
Eugénie	Veuve- un fils	73	Domicile	2-3 mois	totale	tca-ra-tca
Amélie	Divorcée- sans enfants	76	Domicile	-1 mois	partielle	tca-ra-tca
Aimée	Célibataire-	76	Domicile	1-2 mois	partielle	tca-tca-tca
Yvonne	Veuve- un fils	76	Domicile	1-2 mois	partielle	tca-ra-tca
Delphine	Veuve- 4 enfants	78	Domicile	-1 mois	partielle	ra-ra-tca
Germaine	Veuve- sans enfant	79	Domicile	1-2 mois	partielle	tca-ra-tca
Estelle	Veuve-3 enfants	79	Domicile	1-2 mois	partielle	ra-ra-tca
Marguerite	Veuve- un fils	79	Domicile	+3 mois	totale	tca-ra-tca
Christian	Marié. 5 enfants	80	Domicile	-1 mois	totale	ra-ra-ra
Carmen	Veuve- une fille	80	Domicile	1-2 mois	partielle	ra-ra-tca
Marie	Mariée- 2 enfants	80	Domicile	1-2 mois	partielle	ra-ra-ra
Bernadette	Veuve- une fille.	80	Lg séjour	+ 3 mois	totale	tca-ra-ra
Marcelle	Veuve- une fille	81	Domicile	1-2 mois	partielle	ra-ra-tca
Solange	Veuve- 4 enfants	82	Domicile	-1 mois	partielle	ra-ra-ra
Pierre	Marié -4enfants-pt-enf	82	Domicile	1-2 mois	partielle	ra-ra-ra
Alexandra	Veuve- 4 enfants	83	M D R	1-2 mois	partielle	tca-tca-tca
Martine	Veuve- 2 enfants	84	Lg séjour	+ 3mois	totale	tca-ra-ra
André	Marié- Conflit sa fille	85	Domicile	2-3 mois	totale	ra-ra-ra
Lucille	Veuve- une fille	85	Domicile	2-3 mois	totale	tca-ra-ra
Régine	Marié- un fils-	87	Domicile	-1 mois	totale	ra-ra-ra
Paulette	Veuve- sans enfant	87	Domicile	2-3 mois	partielle	tca-ra-tca
Emile	Marié- Une fille	88	Domicile	1-2 mois	totale	ra-ra-ra
Pauline	Veuve- 2 filles	88	Domicile	1-2 mois	partielle	ra-ra-tca
Denise	Mariée- 3 enfants	88	Domicile	2-3 mois	totale	ra-ra-ra
Alexandrine	Veuve- un fils	89	Domicile	-1 mois	totale	ra-ra-ra
Catherine	Veuve- 4 enfants	89	Domicile	1-2 mois	partielle	tca-ra-tca
Honorine	Veuve-3filles-pts-enf	89	Lg séjour	+3 mois	totale	tca-ra-tca
Gisèle	Veuve- une fille	90	Domicile	-1 mois	partielle	tca-tca-tca
François	Marié- neveux	90	Domicile	2-3 mois	totale	ra-ra-tca
Raymonde	Veuve.-Pt-enf,	90	Domicile	2-3 mois	partielle	tca-tca-tca
Domitille	Veuve- une fille	90	Lg séjour	+ 3 mois	totale	tca-ra-ra
Camille	Veuve-	91	Domicile	-1 mois	partielle	tca-tca-tca
Renée	Veuve- une fille	91	Domicile	1-2 mois	partielle	ra-ra-tca
Joséphine	Veuve- 2 enfants	91	Domicile	1-2 mois	partielle	ra-ra-ra
Jean	Conjointe hosp- 1 fille	92	Domicile	1-2 mois	totale	ra-ra-ra
Pierrette	Veuve- une fille	92	Domicile	2-3 mois	partielle	tca-ra-ra
Marthe	Veuve- 5 enfants	92	Lg séjour	+3 mois	totale	tca-ra-tca
Sophie	Veuve- 6 enfants	94	residence	- 1 mois	partielle	tca-tca-tca
Georges	Remarié- 3 enfants	94	Domicile	-1 mois	totale	ra-ra-ra

Copyright GRIVEL Claudie et Université Lumière - Lyon 2 - 2003.Ce document est protégé

Hélène	Veuve- un fils	95	Lg séjour	+3 mois	totale	tca-ra-tca
Thérèse	mari-malade,sans -enf	96	Domicile	-1 mois	totale	ra-ra-ra
Monique	Veuve- 4 enfants	97	Domicile	2-3 mois	partielle	tca-ra-tca
Odette	Veuve- une fille	98	Domicile	+3 mois	totale	ra-ra-ra
Mathilde	Veuve,b-fille-pte-fille	99	MDR	1-2 mois	partielle	tca-ra-tca
Dominique	Veuve- 3 enfants	99	Domicile	1-2 mois	partielle	tca-tca-tca
Gabrielle	Célibataire- neveux-	100	Lg séjour	+3 mois	totale	tca-tca-tca

D'après ce tableau, on note que :

- 38 personnes viennent de leur domicile au moment de leur hospitalisation.
- 8 sont en long séjour
- 3 viennent de maison de retraite.



Graphique I. Répartition des sujets selon leur lieu d'habitation avant l'hospitalisation

IV.2.4. Premier critère : l'âge des personnes interrogées

Le tableau ci-dessous donne l'âge de chaque personne à son arrivée à l'hôpital ou lors de notre première entrevue pour les personnes en long séjour, leur comportement alimentaire.

Tableau 4 : Age des personnes interrogées

en vertu de la loi du droit d'auteur.

Personnes en TCA				Personnes en RA			
Ages	Hommes	Femmes	Total	Ages	Hommes	Femmes	Total
72	0	2	2	72	0	1	1
73	0	1	1	73	0	0	0
76	0	3	3	76	0	0	0
78	0	0	0	78	0	1	1
79	0	2	2	79	0	1	1
80	0	1	1	80	1	2	3
81	0	0	0	81	0	1	1
82	0	0	0	82	1	1	2
83	0	1	1	83	0	0	0
84	0	1	1	84	0	0	0
85	0	1	1	85	1	0	1
87	0	1	1	87	0	1	1
88	0	0	0	88	1	2	3
89	0	2	2	89	0	1	1
90	0	3	3	90	1	0	1
91	0	1	1	91	0	2	2
92	0	2	2	92	1	0	1
94	0	1	1	94	1	0	1
95	0	1	1	95	0	0	0
96	0	0	0	96	0	1	1
97	0	1	1	97	0	0	0
98	0	0	0	98	0	1	1
99	0	2	2	99	0	0	0
100	0	1	1	100	0	0	0
Total	0	27	27	Total	7	15	22
Age moyen	0	91,5 ans	91,5 ans	Age moyen	87ans	85 ans	86ans

L'âge moyen des personnes interrogées lors du premier entretien est de :

- **91,5 ans** pour les personnes en troubles du comportement alimentaire. On constate qu'il n'y a que des femmes, d'un âge élevé.
- **86 ans** pour les personnes en refus alimentaire :
  - **87 ans** pour les hommes
  - **85 ans** pour les femmes.

On remarque que l'écart moyen entre les hommes et les femmes qui sont en refus alimentaire est très faible.

Reprenons l'étalonnage des âges du tableau 1 (cf. p.8) en inscrivant le comportement alimentaire des hommes et des femmes de notre population :

en vertu de la loi du droit d'auteur.

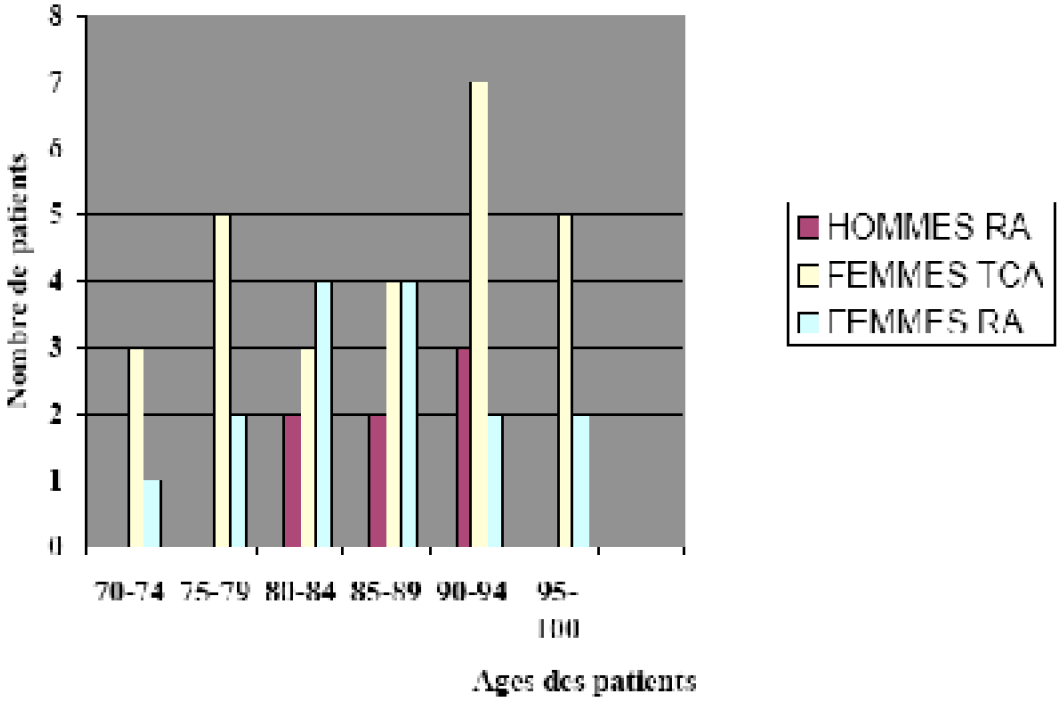
AGES	HOMMES		FEMMES	
	TCA	RA	TCA	RA
70-74	0	0	3	1
75-79	0	0	5	2
80-84	0	2	3	4
85-89	0	2	4	4
90-94	0	3	7	2
95-100	0	0	5	2

Tableau 5. Répartition en fonction de l'âge des sujets et des comportements alimentaires

Ce tableau montre que le nombre de refus alimentaires chez les hommes se situe dans la tranche d'âge de 80-89 ans et de 90-94 ans. C'est dans cette même tranche d'âges que se situe le plus grand nombre de femmes en troubles du comportement alimentaire.

Les résultats de ce tableau mis sous forme d'histogramme permettent de bien visualiser cette répartition des troubles alimentaires et des refus alimentaires dans notre population, en fonction de l'âge.

Copyright GRIVEL Claudie et Université Lumière - Lyon 2 - 2003.Ce document est protégé



Graphique II. Répartition des TCA et RA selon l'age des personnes interrogées,

Ce graphique donne le comportement alimentaire à leur entrée à l'hôpital, pour chaque tranche d'âges L'histogramme le plus élevé de la tranche d'âge des 90-94 ans, montre que ce sont des personnes qui sont probablement plus fragilisées du fait de leur grand âge et savent que leur avenir est compté quelque soient les décisions prises.

Le tableau ci-dessous donne la totalité des troubles du comportement alimentaire et des refus alimentaires, hommes et femmes réunis.

Tableau 6. Le nombre de TCA et RA en fonction des tranches d'âges.

ages	tca	ra
70-74	3	1
75-79	5	2
80-84	3	6
85-89	4	6
90-94	7	5
95-100	5	2

On observe, d'après les résultats de ce tableau, que pour chaque tranche d'âge les chiffres des troubles alimentaires sont plus élevés que ceux des refus alimentaires, sauf pour les 85-89 et 90-94ans où les données sont inversées : les refus alimentaires sont supérieurs aux troubles alimentaires.

On relève que :

- Pour chaque tranche d'âges, une population plus importante en troubles du

Copyright GRIVEL Claudie et Université Lumière - Lyon 2 - 2003.Ce document est protégé

comportement alimentaire chez les femmes avec un maximum pour les 90-94 ans.

- La population de femmes en refus alimentaire se retrouve dans toutes les tranches d'âges, avec deux maximums : 80-84 et 85-89 ans.
- Il n'y a pas d'hommes en troubles du comportement alimentaire.
- Les hommes en refus alimentaire sont dans la tranche d'âges 80-84 ans avec un point culminant à 90-94 ans.

Nous allons reprendre chacun de nos critères et les mettre en lien avec les différentes tranches d'âges.

Nous donnerons les appellations de domicile, long séjour, résidence et placement.

Nous employons les termes de long séjour et résidences pour les personnes qui viennent de résidences ou de longs séjours et qui doivent y retourner.

Le terme de placement, beaucoup plus général, est employé pour les personnes arrivant soit de leur domicile et qui sont placées, soit de résidences, maison de retraite, foyers, soit de long séjour… Nous ne saurons pas, dans la plupart des cas, quelles structures les accueilleront.

IV.2.4.1. L'âge et le changement de lieu.

Reprenons chaque tranche d'âges en fonction du changement ou non de lieu et observons les comportements alimentaires dans notre population.

IV.2.4.1.1. POPULATION DES 90-94 ANS EN FONCTION DU CHANGEMENT DE LIEU.

Comme nous avons pu l'observer dans le tableau 6 et l'histogramme précédent, dans cette tranche d'âges, nous avons un plus grand nombre d'hommes en refus alimentaire et de femmes en troubles alimentaires. Nous avons cru intéressant d'observer séparément les hommes des femmes.

a) chez les femmes.

Reprenons la population de femmes des 90-94 ans en troubles du comportement alimentaire en intégrant le lieu d'arrivée, le lieu de sortie.

en vertu de la loi du droit d'auteur.

Noms	Ages	Lieu avant et après l'hospitalisation		comportement alimentaire		
		Lieu d'arrivée	Lieu de destination	Début	milieu	fin
Joséphine	91	domicile	placement	ra	ra	ra
Annette	91	domicile	domicile	ra	ra	ra
Gabrielle	90	long séjour	long séjour	ta	ra	ra
Marthe	92	Long Séjour	domicile	tra	ra	ra
Camille	91	Domicile	Placement	tra	tra	tra
Gisèle	90	Domicile	domicile	ta	ra	ra
Raymonde	90	Domicile	placement	tra	tra	tra
Pierrette	92	Domicile	placement	tra	tra	tra
Sophie	94	Résidence	résidence	ta	ra	ra

Tableau 7. La tranche d'âge des femmes de 90-94 ans, leur lieu de vie avant et après l'hospitalisation et leurs comportements alimentaires.

Dans ce tableau, on remarque :

- 4 personnes, âgées de 90 à 92 ans, changent de lieu de vie,
- 2, âgée de 90 et 91 ans, repartent à leur domicile,
- 1 quitte le long séjour pour habiter chez ses enfants (92 ans)
- 1, âgée de 94 ans, repart dans sa résidence
- 1 reste en long séjour (90 ans)

Le comportement alimentaire des 4 personnes qui sont placées : :

- 3 sont en troubles alimentaires.
- 1 est en refus alimentaire.

Pour les trois personnes qui repartent à leur domicile

- 1 reste avec des troubles alimentaires
- 1 est en troubles alimentaire avec un épisode de refus.
- 1 est en refus alimentaire avec une reprise alimentaire en fin d'hospitalisation.

Dans ce tableau on remarque:

- La personne qui rentre à sa résidence, garde des troubles alimentaires.

en vertu de la loi du droit d'auteur.

- La personne en long séjour, passe des troubles alimentaires au refus.

Les refus alimentaires s'observent :

- Chez la personne (91 ans) qui change de lieu : domicile - placement.
- Chez la personne qui rentre chez elle, mais qui a une reprise alimentaire, au moment de sa sortie de l'hôpital.
- Chez la personne qui est en long séjour (90 ans) avec un épisode de troubles pour basculer dans le refus.

On note que dans cette tranche d'âges, le changement de lieu n'est pas le seul critère responsable des troubles alimentaires puisqu'ils se répartissent dans toutes les situations de lieu.

Quels sont les facteurs qui influencent les personnes qui oscillent entre TCA et RA ?

Que se passe t-il chez les hommes et dans les autres tranches d'âges ?

b) chez les hommes

Pour la même tranche d'âge, on note l'importance du nombre de refus alimentaire chez les hommes.

Noms	Ages	Lieu avant et après l'hospitalisation		Comportement alimentaire		
		Lieu d'arrivée	Lieu de destination	Début	milieu	fin
Jean	92	Domicile	Placement	Ra	Ra	ra
Georges	84	Domicile	placement	Ra	Ra	ra
François	90	Domicile	domicile	Ra	Ra	ra

Tableau 8. Population des hommes de 90-94 ans en refus alimentaire et leur lieu de vie avant et après l'hospitalisation.

- Ces trois hommes seront en refus alimentaire dès leur entrée en milieu hospitalier. Deux sont placés.
- Un seul reprendra une prise alimentaire, à la suite de la décision de son retour au domicile.

Chez les hommes, il semble que le critère « changement de lieu» pour les 90-94 ans soient source de refus alimentaire.

Peut-on penser que leur âge avancé associé au changement de lieu, influence ce comportement ?

Nos résultats vont dans ce sens.

Copyright GRIVEL Claudie et Université Lumière - Lyon 2 - 2003.Ce document est protégé

IV.2.4.1.2. POPULATION DES 75-79 ANS ET 95-100 ANS ET LE CHANGEMENT DE LIEU.

Nous avons réuni ces deux tranches d'âges car l'histogramme montre des résultats identiques, en troubles du comportement alimentaire et en refus alimentaire chez les femmes, puisque nous n'avons pas d'hommes dans cette population.

Noms	Ages	lieu avant et après l'hospitalisation		comportement alimentaire		
		Lieu d'arrivée	Lieu de destination	Début	milieu	fin
Dolphine	78	domicile	placement	ra	ra	tca
Estelle	79	domicile	placement	ra	ra	tca
[illegible]	76	Domicile	domicile	tca	ra	tca
[illegible]	76	domicile	placement	tca	ra	tca
[illegible]	79	Domicile	placement	tca	ra	tca
[illegible]	79	domicile	placement	tca	ra	tca
[illegible]	76	domicile	domicile	tca	tca	tca
[illegible]	96	Domicile	placement	ra	ra	ra
[illegible]	98	Domicile	Placement	ra	ra	ra
Mathilde	99	Résidence	Résidence	tca	ra	tca
Monique	97	Domicile	placement	tca	ra	tca
Hélène	95	Long séjour	Long séjour	tca	ra	tca
[illegible]	99	Domicile	domicile	tca	tca	tca
Gabrielle	100	Long séjour	Long séjour	tca	tca	tca

Tableau 9.Population des femmes de 75-79 et 95-100 ans en troubles et refus alimentaire et leur lieu de vie avant et après l'hospitalisation.

Pour la tranche d'âge des 75-79 ans, on observe :

- 2 personnes qui sont placées et qui sont en refus alimentaires puis qui reprennent une alimentation.
- 4 personnes en troubles alimentaires avec un épisode de refus alimentaire
  - 3 sont placées

Copyright GRIVEL Claudie et Université Lumière - Lyon 2 - 2003.Ce document est protégé

- 1 retourne à son domicile.

· 1 personne qui reste en troubles alimentaire. Elle repart chez elle.

Pour la tranche d'âge des 95-100ans, on observe que :

· 2 sont en refus alimentaire. Elles sont placées toutes les deux.
· 3 personnes sont en troubles alimentaires avec un épisode de refus alimentaire

- 1 est placée
- 1 repart dans sa résidence.
- 1 reste en long séjour

· 2 sont en troubles alimentaires

- 1 repart chez elle
- 1 reste en long séjour.

De ce tableau, on peut relever que, dans cette tranche d'âges avancés, les refus alimentaires se remarquent pour les personnes qui sont placées.

On remarque que, dans la tranche d'âge des 75-79 ans, les personnes placées font un épisode de refus, puis s'améliorent à leur sortie. Deux personnes sont en refus alimentaires lors de leur entrée, puis s'améliorent; alors que, dans les mêmes conditions, dans la tranche d'âges des 95-100ans, on observe deux personnes en refus alimentaires.

Les personnes qui sont en troubles alimentaires ne changent pas de lieu. Une, fait un épisode de refus.

Ces différences de comportement alimentaire, pour une même tranche d'âge et des situations similaires laisse entrevoir que d'autres facteurs sont à prendre en considération.

Peut-on parler de renoncement pour la tranche d'âge des 95-100ans qui n'ont plus d'avenir comparativement aux 75-79 ans ?

IV.2.4.1.3. POPULATION DES 80-84 ANS ET 85-89 ANS ET LE CHANGEMENT DE LIEU.

Nous avons réuni ces deux tranches d'âges qui se répartissent également entre troubles du comportement et refus alimentaires.

a)Femmes en troubles et en refus alimentaire.

en vertu de la loi du droit d'auteur.

Noms	Ages	lieu avant et après l'hospitalisation		Comportement alimentaire		
		Lieu de départ	Lieu de destination	Début	milieu	fin
[illegible]	80	domicile	placement	[illegible]	[illegible]	[illegible]
[illegible]	82	domicile	placement	[illegible]	[illegible]	[illegible]
[illegible]	80	domicile	placement	[illegible]	[illegible]	[illegible]
[illegible]	81	domicile	placement	[illegible]	[illegible]	[illegible]
[illegible]	80	long séjour	long séjour	[illegible]	[illegible]	[illegible]
[illegible]	84	long séjour	long séjour	[illegible]	[illegible]	[illegible]
[illegible]	83	résidence	résidence	[illegible]	[illegible]	[illegible]
[illegible]	87	domicile	placement	[illegible]	[illegible]	[illegible]
[illegible]	83	domicile	placement	[illegible]	[illegible]	[illegible]
[illegible]	89	domicile	placement	[illegible]	[illegible]	[illegible]
[illegible]	88	domicile	placement	[illegible]	[illegible]	[illegible]
[illegible]	85	domicile	placement	[illegible]	[illegible]	[illegible]
[illegible]	87	domicile	placement	[illegible]	[illegible]	[illegible]
[illegible]	80	domicile	domicile	[illegible]	[illegible]	[illegible]
[illegible]	89	long séjour	long séjour	[illegible]	[illegible]	[illegible]

Tableau 10.Population des femmes de 80-84 ans et 85-89 ans en troubles et refus alimentaires et leur lieu de vie avant et après l'hospitalisation.

Nous remarquons dans ce tableau que quelque soit l'âge, nous avons :

- 10 personnes qui sont placées :
  - 5 sont en refus alimentaire.
  - 3 sont dans le refus puis reprennent une alimentation.
  - 1 personne qui bascule dans le refus,
  - 1 personne est en troubles alimentaires avec un épisode de refus.

- 1 personne rentre chez elle et présente des troubles alimentaires avec un épisode de refus.
- 3 sont en long séjour

en vertu de la loi du droit d'auteur.

– 2 sont en troubles alimentaires et basculent dans le refus
– 1 est en troubles alimentaires avec un épisode de refus.

· 1 repart à sa résidence et garde des troubles alimentaires.

Dans cette tranche d'âges, l'âge ne semble pas être un facteur prédominant Il n'influence pas vraiment le comportement alimentaire lors du changement de lieu, puisque les troubles se répartissent dans les deux tranches d'âges, quelque soit le changement ou non de lieu. Notons tout de même le nombre non négligeable de refus alimentaire, des personnes qui passent de leur domicile au placement.

Dans ces tranches d'âges, l'âge et le changement de lieu ne semblent pas être les seuls responsables des troubles alimentaires. D'autres critères doivent intervenir pour expliquer les épisodes de refus alimentaires chez certaines. La seule personne qui ne fait aucun épisode de refus ne change pas de lieu de vie.

Que s'est-il passé pour les deux personnes en long séjour ?

Pourquoi, est- ce la personne qui repart chez elle, qui fait un épisode de refus ?

b) Hommes en refus alimentaire.

Noms	Ages	Lieu avant et après l'hospitalisation		Comportement alimentaire		
		Lieu d'arrivée	Lieu de destination	Début	milieu	fin
christian	80	domicile	placement	ra	ra	ra
pierre	82	domicile	placement	ra	ra	ra
andre	85	domicile	placement	ra	ra	ra
emile	83	domicile	placement	ra	ra	ra

Tableau 11. Population des hommes de 80-84 ans et 85-89 ans en refus alimentaires et leur lieu de vie avant et après l'hospitalisation.

Ce tableau révèle une certaine uniformité dans le comportement masculin quelle que soit la tranche d'âge. Il reste bien difficile de dire si, dans ce cas là, l'âge joue un rôle prépondérant dans la décision de refus. L'avenir de placement semble avoir une importance dans le comportement alimentaire chez l'homme.

Nous verrons que ce ne sont pas les seuls critères qui déterminent ce choix de refus alimentaire.

IV.2.4.1.4 POPULATION DES 70-74 ANS ET LE CHANGEMENT DE LIEU.

Cette population a peu d'effectif.

Copyright GRIVEL Claudie et Université Lumière - Lyon 2 - 2003.Ce document est protégé

Noms	Ages	lieu avant et après l'hospitalisation		comportement alimentaire		
		Lieu d'arrivée	Lieu de destination	Début	milieu	fin
ernestine	72	domicile	placement	ra	ra	ra
huguette	72	domicile	placement	tca	ra	tca
eugénie	73	domicile	placement	tca	ra	tca
angele	72	long séjour	long sejour	tca	ra	tca

Tableau 12. Population des femmes de 70-74 ans en troubles alimentaires et en refus alimentaires et leur lieu de vie avant et après l'hospitalisation.

Sur les 4 personnes interrogées :

- 3 sont placées
  - 2 sont en troubles alimentaires avec un épisode de refus.
  - 1 est en refus alimentaire
- 1 personne en long séjour montre des troubles alimentaires avec un épisode de refus.

Dans ce tableau, nous observons que la personne en refus est celle qui est placée, les deux autres personnes ne font que des épisodes de refus, avec pour ainsi dire le même âge. La personne en long séjour a le même comportement que les autres qui sont placées.

Pourquoi est-ce que l'une est en refus alimentaire et les autres en troubles alimentaires avec un épisode de refus ? Est-ce une adaptation au nouveau milieu ?

IV.2.4.1.5 SYNTHÈSE DES RÉSULTATS OBTENUS EN FONCTION DE L'ÂGE ET DU CHANGEMENT DE LIEU.

L'âge semble avoir une incidence principalement sur la tranche d'âge des 90-94ans lorsque l'avenir se résume à un placement d'office, surtout chez les hommes.

Mais, d'après les différents résultats obtenus ils ne semblent pas que ce soit le seul critère responsable du refus alimentaire.

La prise de décision du placement en lien avec l'âge n'explique pas, dans la majorité des cas, les troubles alimentaires et les refus alimentaires de cette population.

D'autres causes sont à prendre en considération.

Ces chiffres sont beaucoup plus parlant pour tous âges confondus, ce qui permet d'affirmer que le comportement alimentaire n'est pas spécifiquement lié à l'âge, sauf lorsque l'on étudie spécifiquement cette population dite du troisième et quatrième âge.

Copyright GRIVEL Claudie et Université Lumière - Lyon 2 - 2003.Ce document est protégé

	Entrée			Sortie			
Lieu	Comportement alimentaire	Ages	Nombres de sujets	Lieu	Comportement alimentaire	Ages	Nombre de sujets
Domicile n=38	TCA	72-97	18	Domicile n=8	TCA	78-92	8
	RA	79-99	22		RA		0
Long Séjour n=8	TCA	72 100	8	Long Séjour n=7	TCA	72 100	4
	RA		0		RA		3
MTR n=3	TCA	83-99	3	Placement résidence n=31+2	TCA	72-99	18
	ra		0		RA	72-93	10

Tableau 13. Synthèse des résultats a l'entrée et à la sortie de l'hôpital.

Ce tableau montre que :

- Les personnes, hommes et femmes confondus, venant de leur domicile ont majoritairement une période de refus alimentaire dès leur entrée à l'hôpital. (22sur 38)
- On note qu'il ne reste que 8 (dont une qui vient du long séjour) sur 38 personnes qui retournent à leur domicile et qui gardent des troubles alimentaires. Les autres personnes sont placées (31) et elles se répartissent entre troubles et refus (18 et 16)
- On observe que les personnes qui sont déjà en long séjour ou qui arrivent de maison de retraite gardent des troubles du comportement alimentaire.

A la vue de ces résultats, le passage du long séjour ou de la maison de retraite à l'hôpital semble être moins traumatisant pour l'âgé que le passage du domicile à l'hôpital où l'on note le plus de refus alimentaire.

en vertu de la loi du droit d'auteur.

Deux questions se posent :

Est-ce que ces personnes ont plus ou moins fait le deuil de leur domicile ?

Ont-elles connu un épisode de refus alimentaire lors de la perte de leur domicile ?

Quelles sont les causes qui expliquent que 18 personnes sont en troubles alimentaires, alors que 16 sont en refus et qu'elles ont toutes un avenir de placement ?

On observe que ces données valident notre hypothèse, dans le sens que la perte du domicile, quel que soit l'âge, est vécue comme traumatisante et ébranle le monde interne de l'individu âgé.

Il se retrouve déplacé d'un univers contenant à un univers angoissant. Il perd tous ses repères. La décision de placement, après un temps d'hospitalisation plus ou moins long, une santé qui reste précaire, déstabilise de nouveau l'âgé qui ne perçoit plus l'avenir qu'il s'était donné.

Si l'hospitalisation a une incidence sur le comportement alimentaire, est-ce que le temps d'hospitalisation plus ou moins long est un critère dans l'émergence des troubles alimentaires ?

IV.2.4.2. L'âge et le temps d'hospitalisation.

Le temps d'hospitalisation de notre population se répartit de la façon suivante :

- moins d'un mois
- un à deux mois
- deux à trois mois
- plus de trois mois.

Reprenons les tranches d'âge de notre population et observons l'influence du temps d'hospitalisation sur le comportement alimentaire.

IV.2.4.2.1. LES 70-74 ANS.

Noms	Ages	temps d'hospitalisation	comportement alimentaire		
			Début	milieu	fin
ernestine	72	2-3 mois	ra	ra	ra
huguette	72	2-3 mois	tca	ra	tca
angele	72	2-3 mois	tca	ra	tca
eugénie	73	2-3 mois	tca	ra	tca

Tableau 14. Evolution des troubles et refus alimentaire pour les 70-74 ans avec le temps

en vertu de la loi du droit d'auteur.

d'hospitalisation

Sur les quatre personnes, toutes sont hospitalisées sur la durée de 2-3 mois :

- 1 est en refus alimentaire.
- 3 sont en troubles alimentaires avec 3 fois, un épisode de refus.

Peut-on soumettre que le temps d'hospitalisation étant relativement long et leur avenir indécis, cette population, pouvant encore espérer une autre destinée du fait de leur âge, signifie par le refus alimentaire un mal-être ?

IV.2.4.2.2. LES 75-79 ANS.

Noms	Ages	temps d'hospitalisation	comportement alimentaire		
			Début	milieu	fin
Delphine	78	- 1 mois	ra	ra	tca
amélie	76	- 1 mois	tca	ra	tca
Estelle	79	1-2 mois	ra	ra	tca
yvonne	76	1-2 mois	tca	ra	tca
germaine	79	-2 mois	tca	Ra	tca
aimée	76	1-2 mois	tca	tca	tca
marguerite	79	– 3 mois	tca	Ra	tca

Tableau 15. Evolution des troubles et refus Alimentaire pour les 75- 79 ans avec le temps d'hospitalisation

- Les personnes hospitalisées de moins d'un mois :
  - 1 est en refus puis reprend une alimentation.
  - 1 est en troubles alimentaires avec un épisode de refus.

- Pour les 1-2 mois :
  - 1 est en refus avec retour à l'alimentation.
  - 2 sont en troubles avec épisode de refus.
  - 1 reste en troubles alimentaires.

Copyright GRIVEL Claudie et Université Lumière - Lyon 2 - 2003.Ce document est protégé

- Pour la personne hospitalisée de plus de trois mois, elle est en troubles alimentaires avec un épisode de refus.

Le critère «temps d'hospitalisation» et celui de l'âge ne semblent pas être significatif pour les comportements alimentaires.

Les épisodes de refus alimentaires se repèrent dans toutes les durées d'hospitalisation. Nous n'avons aucune personne en refus alimentaire.

IV.2.4.2.3. LES 80-84 ANS.

Tableau 16 Evolution des troubles et refus alimentaire pour les 80- 84 ans avec le temps d'hospitalisation.

Noms	Ages	temps d'hospitalisation	comportement alimentaire		
			Début	milieu	fin
christian	80	- 1 mois	ra	ra	ra
solange	82	- 1 mois	ra	ra	ra
pierre	82	1-2 mois	ra	ra	ra
marie	80	1-2 mois	ra	ra	ra
marcelle	81	1-2 mois	ra	ra	tca
carmen	80	1-2 mois	ra	ra	tca
alexandra	83	1-2 mois	tca	tca	tca
bernadette	80	+3 mois	tca	ra	ra
martine	84	+ 3 mois	tca	ra	ra

Pour les moins d'un mois, on repère :

- 2 personnes en refus alimentaire.

- Pour les 1 à 2 mois :
  - 2 personnes en refus alimentaire.
  - 2 personnes en refus puis en troubles alimentaires
  - 1 personne en troubles alimentaires.

- Pour celles de plus de 3 mois.
  - 2 personnes en troubles puis en refus alimentaire.

Comme pour les âges précédents, cette tranche d'âge est peu significative sur le lien entre temps d'hospitalisation et comportement alimentaire, puisque l'on remarque des refus alimentaires aussi bien pour la période de moins d'un mois que pour celles de 1 à 2 mois et de plus de 3 mois.

Le temps d'hospitalisation en fonction de cette tranche d'âge ne semble pas influencer les comportements alimentaires.

Copyright GRIVEL Claudie et Université Lumière - Lyon 2 - 2003.Ce document est protégé

IV.2.4.2.4. LES 85-89 ANS.

Tableau 17. Evolution des troubles et refus alimentaire pour les 85-89 ans avec le temps d'hospitalisation.

Noms	Ages	temps d'hospitalisation	comportement alimentaire		
			Début	milieu	fin
regine	87	- 1 mois	ra	ra	ra
alexandrine	89	- 1 mois	ra	ra	ra
emile	88	1-2 mois	ra	ra	ra
pauline	88	1-2 mois	ra	ra	tca
catherine	89	1-2 mois	tca	ra	tca
denise	88	2-3 mois	ra	ra	ra
andre	85	2-3 mois	ra	ra	ra
lucille	85	2-3 mois	tca	ra	ra
paulette	87	2-3 mois	tca	ra	tca
honorine	89	+ 3 mois	tca	ra	tca

On remarque,

- Pour moins d'un mois d'hospitalisation :
  - 2 personnes sont en refus.
- Pour 1 à 2 mois d'hospitalisation :
  - 1 est en refus
  - 1 personne en refus puis en troubles alimentaires.
  - 1 personne en troubles alimentaires avec un épisode de refus.
- Pour 2 à 3 mois d'hospitalisation :
  - 2 sont en refus alimentaire.
  - 1 personne en troubles puis en refus alimentaire.
  - 1 personne en troubles alimentaires avec un épisode de refus.
- Pour plus de 3 mois :
  - 1 personne en troubles alimentaires avec un épisode de refus.

Dans cette tranche d'âge, on observe que le refus alimentaire apparaît dans tous les temps d'hospitalisation, avec plus ou moins de gravité...

Dans chaque temps d'hospitalisation, on remarque la même variabilité dans les comportements alimentaires.

en vertu de la loi du droit d'auteur.

IV.2.4.2.5. LES 90-94 ANS ET LES 95-100ANS.

Nous avons réuni volontairement ces deux groupes d'âges pour faciliter la lecture des tableaux. Nous avons une population de 18 personnes.

Tableau 18. Evolution des troubles et refus alimentaire pour les 90-94 ans et les 95-100 ans avec le temps d'hospitalisation

Noms	Ages	temps d'hospitalisation	comportement alimentaire		
			Début	milieu	fin
Georges	94	- 1 mois	ra	ra	ra
thérèse	96	- 1 mois	ra	ra	ra
Gisèle	90	- 1 mois	tca	tca	tca
Sophie	94	-1 mois	tca	tca	tca
Camille	91	- 1 mois	tca	tca	tca
Joséphine	91	1-2 mois	ra	ra	ra
Jean	92	1-2 mois	ra	ra	ra
Renée	91	1-2 mois	ra	ra	tca
Mathilde	99	1-2 mois	tca	ra	tca
dominique	99	1-2 mois	tca	tca	tca
François	90	2-3 mois	ra	ra	tca
Monique	97	2-3 mois	tca	ra	tca
Raymonde	90	2-3 mois	tca	tca	tca
Pierrette	92	2-3 mois	tca	tca	tca
odette	98	+ 3 mois	ra	ra	ra
domitille	90	+ 3 mois	tca	ra	ra
Marthe	92	+ 3 mois	tca	RA	tca
Hélène	95	+ 3 mois	tca	ra	tca
Gabrielle	100	+ 3 mois	tca	tca	tca

Pour le temps de moins d'un mois, on relève :

- 2 personnes en refus alimentaire.
- 3 personnes en troubles alimentaires.

- Pour la période de 1 à 2 mois :
  - 2 personnes en refus alimentaire.
  - 1 personne en refus puis en troubles alimentaires.
  - 1 personne en troubles alimentaires avec un épisode de refus.
  - 1 personne en troubles alimentaires.

- Pour la période de 2 à 3 mois :

en vertu de la loi du droit d'auteur.

- 1 personne en refus puis en troubles alimentaires
- 1 personne en troubles alimentaires avec un épisode de refus
- 2 personnes en troubles alimentaires.

· Pour la période de plus de 3 mois :

- 1 personne en refus alimentaire.
- 1 personne en troubles alimentaires puis en refus alimentaire.
- 2 personnes en troubles alimentaires avec un épisode de refus.
- 1 personne en troubles alimentaires.

Les refus alimentaires se situent dans les périodes de moins d'un mois, 1 à 2 mois et plus de 3 mois.

De ces deux groupes d'âges d'individus très âgés, nous n'observons aucune particularité qui peut permettre de penser que le temps d'hospitalisation influence le comportement alimentaire pour cette tranche d'âge, dans la mesure où chaque comportement alimentaire se retrouve dans les différentes périodes d'hospitalisation, avec tout de même, une interrogation pour la période des 1-2 mois où il s'observe plus d'épisode voire de refus alimentaire.

IV.2.4.2.6. SYNTHÈSE: L'ÂGE ET LE TEMPS D'HOSPITALISATION ONT-ILS UNE INFLUENCE SUR LE COMPORTEMENT ALIMENTAIRE ?

D'après les résultats obtenus, le temps d'hospitalisation et l'âge n'ont pas d'influence sur les troubles du comportement alimentaire et le refus alimentaire.

Copyright GRIVEL Claudie et Université Lumière - Lyon 2 - 2003.Ce document est protégé

	entrée			sortie		
temps	Comportement alimentaire	Ages	Nombres de sujets	Comportement alimentaire	Ages	Nombres de sujets
> 1 mois	TCA	76-91	4	TCA	76-91	5
	RA	78-96	7	RA	81-95	5
1-2 mois	TCA	76--99	7	TCA	76-99	11
	RA	80-92	10	RA	75-92	6
2-3 mois	TCA	72-97	8	TCA	72-97	8
	RA	72-90	4	RA	72-88	4
> 3 mois	TCA	79-100	8	TCA	79-100	8
	RA	98	1	RA	98	1

Tableau 19. Synthèse des résultats, du comportement alimentaire, à l'entrée et à la sortie de l'hôpital en fonction de l'âge, du temps d'hospitalisation.

Dans ce tableau récapitulatif mettant en lien l'âge et le temps d'hospitalisation, nous remarquons :

- Une faible variation sur le comportement alimentaire entre l'arrivée et la sortie des personnes hospitalisées, quel que soit l'âge et les temps d'hospitalisations de moins d'un mois, 2 à 3 mois et plus de 3 mois.
- Par contre, nous pouvons observer, pour la période de 1 à 2 mois, une variation dans le comportement alimentaire. Les troubles passent de 7 à 11 et les refus de 10 à 6.

Est-ce que la période d'hospitalisation de 1 à 2 mois est un critère dans le comportement alimentaire ?

Peut-on penser que ce temps est une période charnière pour la personne âgée hospitalisée ?

Ces personnes sont hospitalisées pour des pathologies précises qui les affaiblissent et peuvent les rendre dépendantes.

Nous allons mettre en lien maintenant l'âge et la perte d'autonomie. Nous avons cru important de mentionner une différence dans cette dépendance. Nous parlerons de perte d'autonomie partielle et totale. Nous en formulons la différence dans le paragraphe suivant.

Copyright GRIVEL Claudie et Université Lumière - Lyon 2 - 2003.Ce document est protégé

IV.2.4.3. L'âge et la perte d'autonomie.

Nous allons, dans un premier temps, préciser les causes de l'hospitalisation et les différentes pathologies qui ont conduit le déplacement à l'hôpital

IV.2.4.3.1. LES ANTÉCÉDENTS MÉDICAUX

Les antécédents médicaux ont été recueillis dans les dossiers médicaux des patients.

Antécédents médicaux observés à leur entrée n=46		Nombres de personnes en TCA concernées n=32	Nombres de personnes en NA concernées n=17
Chutes	Fractures du col du fémur	7	0
	pour malaises	1	0
	autres	4	3
Syndromes déficitaires (neurologiques et apparentés)	Alzheimer et démences	2	3
	Parkinson	1	0
	troubles de la marche	6	[illegible]
Dépression		3	4
Pathologies cardio-vasculaires	AVC	2	1
	Pathologies veineuses	3	2
Pathologies cardio-respiratoires	insuffisance cardiaque	2	2
	insuffisance respiratoire	2	1
	embolie pulmonaire- asthme	1	1
Pathologies digestives	Vomissement- occlusion	4	1
Pathologies urinaires	Prostate-sein	1	1
Pathologie du diabète		0	2

Tableau 20. Les antécédents médicaux

- Les chutes regroupent
  - Les malaises qui les ont provoquées comme les chutes de tension…
  - Les handicaps physiques comme la diminution de l'acuité visuelle, l'arthrose, qui perturbent la marche.

en vertu de la loi du droit d'auteur.

- Dans les syndromes déficitaires, nous avons regroupé :

  – La démence.
  – La maladie d'Alzheimer.
  – Les troubles neurologiques et cognitifs.
  – La maladie de Parkinson.

  Nous avons volontairement dégagé les dépressions des maladies psychiatriques car leur importance, surtout au niveau des personnes en refus alimentaires ne peut qu'attirer notre attention.

  Nous n'avons pas à proprement parler de sujets atteints de maladies psychiatriques. Une personne a présenté un délire hallucinatoire après quelques jours d'hospitalisation. Ce n'est donc pas la cause de son hospitalisation.

- Dans les pathologies cardiologiques nous avons regroupé :

  – Les maladies vasculaires.
  – Les AVC (accident vasculaire cérébral)
  – Les maladies veineuses.
  – L'hypertension artérielle.
  – Les insuffisances cardiaques.

- Dans les pathologies cardio-respiratoires, nous avons regroupé :

  – Les insuffisances respiratoires (bronchites)
  – Les embolies pulmonaires.
  – L'asthme.

  Nous avons classé l'asthme dans les pathologies cardio-respiratoires car l'asthme sévère qui oblige une hospitalisation a des répercussions aussi bien dans le domaine respiratoire que cardiologique.

  Cependant, nous n'occultons pas le fait que l'asthme fasse aussi partie des maladies psychosomatiques et donc de l'importance du psychologique dans cette maladie.

- Dans les pathologies digestives, nous rassemblons tout ce qui concerne

  – Les ennuis digestifs comme les nausées, les vomissements qui peuvent être dus aux médicaments par exemple,
  – Les occlusions.

  Dans ce tableau, nous avons comptabilisé les différentes pathologies présentées par

en vertu de la loi du droit d'auteur.

chacune des personnes. Ainsi une personne ayant chuté suite à un malaise, peut avoir une fracture du col du fémur, une maladie cardiaque ou autres.

Il nous a paru important de noter les poly-pathologies rencontrées chez la personne âgée et la difficulté de traiter la personne dans son ensemble, surtout comme nous le verrons, si celle-ci prend comme moyen de communication : la plainte somatique, qui reste, il est vrai une des solutions les plus efficaces pour se faire entendre par la famille et l'équipe hospitalière.

«Le patient âgé est toujours atteint de plusieurs maladies, 4 ou 5 en moyenne à 80 ans dont beaucoup adhérent à l'état nutritionnel. La poly-pathologie n'est pas une juxtaposition de maladies, mais plutôt leur intrication.» (T.Constans, 2003)

Dans le tableau 20, on remarque que le plus grand nombre de poly-pathologies se situe dans le groupe des personnes ayant des troubles du comportement alimentaire.

Ajoutons, que certaines pathologies provoquent des perturbations alimentaires, du fait même de la maladie.

Tableau 21. Nombre de poly-pathologies en fonction des personnes en TCA et en RA

	Nombre de personnes. en TCA	Nombre de personnes en RA
poly-pathologies	32	17

Reprenons notre critère de l'âge et mettons- le, en lien avec la perte d'autonomie.

IV.2.4.3.2. L'ÂGE, LA PERTE D'AUTONOMIE ET LE COMPORTEMENT ALIMENTAIRE.

Nous avons cru bon de les dissocier en perte totale et partielle d'autonomie.

Une personne qui a une perte totale d'autonomie est dépendante dans tous les actes quotidiens :

- Elle ne peut pas s'habiller seule
- Elle ne peut pas se laver seule
- Elle a besoin d'aide pour manger.
- Elle ne peut plus marcher même avec l'aide d'un déambulateur.

Une personne en autonomie partielle est dans la capacité de faire un ou plusieurs de ces actes. Elle reste cependant dépendante d'autrui pour certains actes. En effet certains patients, du fait de leur pathologie, ne peuvent plus marcher et restent alités. Ceux-là seront mis dans la catégorie perte d'autonomie totale. La perte d'autonomie partielle sera plutôt de l'ordre transitoire. Ils ne seront pas totalement dépendants pour les actes quotidiens.

Volontairement nous regroupons des tranches d'âges pour faciliter la lecture car certaine de nos populations n'ont pas un effectif suffisant.

a).les 70 74ans.et les 75-80ans.

Copyright GRIVEL Claudie et Université Lumière - Lyon 2 - 2003.Ce document est protégé

Tableau 22. Evolution du comportement alimentaire pour les 70-74 ans et les 75-80 ans en fonction de l'âge et de la perte d'autonomie.

Noms	Ages	perte d'autonomie partielle ou totale	comportement alimentaire		
			Début	milieu	fin
ernestine	72	partielle	ra	ra	ra
huguette	72	partielle	tca	ra	tca
angele	72	totale	tca	ra	tca
eugénie	73	totale	tca	ra	tca
Delphine	78	partielle	ra	ra	tca
Estelle	79	partielle	ra	ra	tca
amélie	76	partielle	tca	ra	tca
yvonne	76	partielle	tca	ra	tca
germaine	79	partielle	tca	ra	tca
marguerite	79	totale	tca	ra	tca
aimée	76	partielle	tca	tca	tca

Nous remarquons dans ce tableau, pour ces deux tranches d'âges, constituées de 11 personnes :

- 3 sont en perte d'autonomie totale :
- 3 sont en troubles alimentaires avec un épisode de refus, quelle que soit la tranche d'âge.
- 8 sont en perte d'autonomie partielle :
  - 1 est en refus
  - 2 sont en refus puis reprennent une alimentation.
  - 4 sont en troubles alimentaires avec un épisode de refus
  - 1 est en troubles alimentaires.

On remarque que la personne en refus est en perte d'autonomie partielle alors que les trois personnes qui ont des troubles alimentaires sont en perte d'autonomie totale.

Dans cette tranche d'âge, il ne semble pas que la perte d'autonomie qu'elle soit partielle ou totale, soit entièrement responsable des troubles alimentaires, puisque nous retrouvons des refus et des troubles alimentaires dans chaque catégorie.

b).Les 80-84 ans et les 85-89ans..

Tableau 23. Evolution du comportement alimentaire pour les 80-84 ans et les 85-89 ans en fonction de l'âge et de la perte d'autonomie.

Noms	Ages	perte d'autonomie partielle ou totale	comportement alimentaire		
			Début	milieu	fin

Copyright GRIVEL Claudie et Université Lumière - Lyon 2 - 2003.Ce document est protégé

christian	80	totale	ra	ra	ra
marie	80	partielle	ra	ra	ra
pierre	82	partielle	ra	ra	ra
solange	82	partielle	ra	ra	ra
carmen	80	partielle	ra	ra	tca
marcelle	81	partielle	ra	ra	tca
martine	84	totale	tca	ra	ra
bernadette	80	totale	tca	ra	ra
alexandra	83	partielle	tca	tca	tca
andre	85	totale	ra	ra	ra
regine	87	totale	ra	ra	ra
emile	88	totale	ra	ra	ra
alexandrine	89	totale	ra	ra	ra
denise	88	totale	ra	ra	ra
pauline	88	partielle	ra	ra	tca
lucille	85	totale	tca	ra	ra
paulette	87	partielle	tca	ra	tca
catehrine	89	partielle	tca	ra	tca
honorine	89	totale	tca	ra	tca

Dans ce tableau, nous avons 19 personnes, dans deux tranches d'âge (80-84 et 85-89 ans):

- 10 personnes en perte d'autonomie totale dont 9 en refus alimentaire.
- 9 personnes en perte d'autonomie partielle.

- Sur ces 10 personnes, en perte d'autonomie totale :
  - 6 personnes sont en refus alimentaire, dont 3 hommes.
  - 3 sont en troubles alimentaires et basculent dans le refus
  - 1 est en troubles alimentaires avec un épisode de refus.

- Sur les 9 personnes en autonomie partielle :
  - 3 sont en refus alimentaire, dont 1 homme.
  - 3 sont en refus puis reprennent une alimentation.
  - 2 sont en troubles avec un épisode de refus
  - 1 reste en troubles alimentaires.

Les 9 personnes en autonomie partielle, malgré 3 personnes en refus alimentaire, reprennent une prise alimentaire. Il semble que le grand âge et la perte d'autonomie influence dans ce cas le comportement alimentaire, car dans ce groupe, nous n'observons qu'une seule personne qui ne fait aucun épisode de refus.

en vertu de la loi du droit d'auteur.

Nous retrouvons une majorité de refus alimentaire (9) chez les personnes en perte d'autonomie totale, avec 3 personnes qui après une période de troubles basculent dans le refus.

Notons que nous retrouvons 4 hommes de notre population de 7 hommes. Les quatre sont en refus alimentaire.

Il semblerait que la perte d'autonomie, liée à l'âge aurait une influence importante sur le comportement alimentaire chez l'homme.

c) Les 90-94 ans et les 95-100ans.

Tableau 24. Evolution du comportement alimentaire pour les 90-94 ans et les 95-100 ans en fonction de l'âge et de la perte d'autonomie.

Noms	Ages	perte d'autonomie partielle ou totale	comportement alimentaire		
			Début	milieu	fin
Joséphine	91	partielle	ra	ra	ra
Jean	92	totale	ra	ra	ra
Georges	94	totale	ra	ra	ra
François	90	totale	ra	ra	tca
Renée	91	partielle	ra	ra	tca
domitille	90	totale	tca	ra	ra
Marthe	92	totale	tca	ra	tca
Gisèle	90	partielle	tca	tca	tca
Raymonde	90	partielle	tca	tca	tca
Camille	91	partielle	tca	tca	tca
Pierrette	92	partielle	tca	tca	tca
Sophie	94	partielle	tca	tca	tca
odette	98	totale	ra	ra	ra
thérese	96	totale	ra	ra	ra
Hélène	95	totale	tca	ra	tca
Monique	97	partielle	tca	ra	tca
Mathilde	99	partielle	tca	ra	tca
dominique	99	partielle	tca	tca	tca
Gabrielle	100	totale	tca	tca	tca

Ce tableau comprend 19 personnes entre 90 et 100ans.

- Sur ces 19 personnes :
  - 9 sont en perte d'autonomie totale
  - 10 en perte d'autonomie partielle.

- Sur les 9 personnes en perte d'autonomie totale :

en vertu de la loi du droit d'auteur.

- 4 sont en refus alimentaire.
- 1 est en refus puis reprend une alimentation.
- 1 est en troubles alimentaires puis bascule dans le refus.
- 2 ont des troubles alimentaires avec un épisode de refus
- 1 reste en troubles alimentaires.

· Sur les 10 personnes en perte d'autonomie partielle :

- 1 est en refus alimentaire.
- 1 est en refus puis reprend une alimentation.
- 2 sont troubles alimentaires avec un épisode de refus.
- 6 restent en troubles alimentaires.

Nous pouvons observer que la perte d'autonomie totale affecte les hommes qui sont tous en refus alimentaire, comme nous avons pu le remarquer dans la tranche d'âge précédente.

Par contre, comme pour les âges précédents, le lien âge et perte d'autonomie n'est pas significatif, puisque la variabilité des comportements alimentaires se retrouve aussi bien dans la perte d'autonomie totale que partielle. Remarquons que dans ce groupe, nous retrouvons plus de refus alimentaire associés à une perte d'autonomie totale.

IV.2.4.3.3. SYNTHÈSE L'ÂGE, LA PERTE D'AUTONOMIE ET LE COMPORTEMENT ALIMENTAIRE.

Comme pour le critère précédent, l'âge et la perte d'autonomie ne semblent pas aggraver ou améliorer la prise alimentaire.

Si nous regroupons comme précédemment les âges en fonction de la perte d'autonomie, nous obtenons le tableau suivant :

perte d'autonomie	entrée			sortie		
	Comportement alimentaire	Ages	Nombres de sujets	Comportement alimentaire	Ages	Nombre de sujets
totale	TCA	72-107	1[illegible]	TCA	72-100	8
	RA	80-98	1[illegible]	RA	80-98	14
partielle	TCA	72-99	16	TCA	72-95	22
	RA	72-9[illegible]	1[illegible]	RA	72-91	5

Tableau 25. Synthèse des résultats, du comportement alimentaire, à l'entrée et à la sortie de l'hôpital en fonction de l'âge, de la perte d'autonomie.

D'après ce tableau, l'âge en lien avec la perte d'autonomie n'influence pas le comportement alimentaire.

Par contre ce tableau montre que :

- Pour la perte totale d'autonomie, quel que soit l'âge, les refus alimentaires s'aggravent entre l'entrée et la sortie de l'hôpital (11 à 14) La tranche d'âge se situe entre 80 et 98 ans.

Les troubles alimentaires passent de 11 à 8, ce qui signifie que trois personnes ont basculé dans le refus et cela pour toute notre population (72-100 ans)

- Pour la perte partielle d'autonomie, quel que soit l'âge, les refus alimentaires s'améliorent entre l'entrée et la sortie de l'hôpital. En observant ces données, on peut dire que six personnes se sont remises à s'alimenter.

IV.2.4.4. Synthèse sur le critère de l'âge en lien avec les critères du changement de lieu, du temps d'hospitalisation et de la perte d'autonomie.

Le critère âges en fonction du changement de lieu, du temps d'hospitalisation et de la perte d'autonomie n'interfère pas vraiment dans le comportement alimentaire. Comme nous l'avons mentionné, cette population âgée est devenue vulnérable sur le plan physique et psychique et a peut-être moins de possibilités pour lutter. L'âge entre 70 et 100ans, a alors une incidence sur les comportements alimentaires.

Il semble que :

- La tranche d'âge des 90-94 ans, est plus vulnérable au changement de lieu.
- Les 80-92 ans sont sensibles au temps d'hospitalisation de 1 à 2 mois.
- Les 80-92 ans sont fragiles à la perte d'autonomie

La perte du domicile et sa représentation, est un facteur important dans l'apparition des troubles du comportement alimentaire et du refus alimentaire.

Le nombre de troubles et de refus alimentaires sont importants lors de l'entrée à l'hôpital :

- TCA : 16
- RA : 22.

Et lors de la sortie puisque la majorité de ces personnes est placée (31 sur 38) **:**

- TCA : 18
- RA : 16.

Atteignant le grand âge, les personnes hospitalisées vivent une situation de stress qui

Copyright GRIVEL Claudie et Université Lumière - Lyon 2 - 2003.Ce document est protégé

aggrave l'état nutritionnel (T.Constans, 2003)

Pour la perte d'autonomie, on relève une certaine homogénéité dans les résultas, entre l'entrée et la sortie. Le nombre de troubles alimentaires et de refus alimentaires reste assez élevé, avec un maximum dans la perte d'autonomie partielle à l'entrée et à la sortie

- TCA : 16
- TCA : 22.

Nous verrons ultérieurement si le changement de lieu et la perte d'autonomie sont responsables des comportements alimentaires et ceci indépendamment du critère de l'âge.

Le temps d'hospitalisation n'influence pas, contrairement à ce que l'on pourrait penser, le comportement alimentaire.

Par contre, on peut remarquer une variation des données qui n'est pas négligeable pour la période de 1 à 2 mois d'hospitalisation.

On peut ajouter, qu'il y a probablement un lien entre durée d'hospitalisation et perte d'autonomie. L'âgé perd rapidement sa capacité d'autonomie et d'autant plus qu'il reste hospitalisé longtemps. Nous étudierons ces deux critères lors que nous aborderons le temps d'hospitalisation et la perte d'autonomie..

Y a t-il d'autres événements qui expliquent ce comportement ?

Que se passe t-il entre l'entrée à l'hôpital et la sortie ?

Nous allons étudier le critère changement de lieu avec celui du temps d'hospitalisation.

IV.2.5. Deuxième critère : Le changement de lieu.

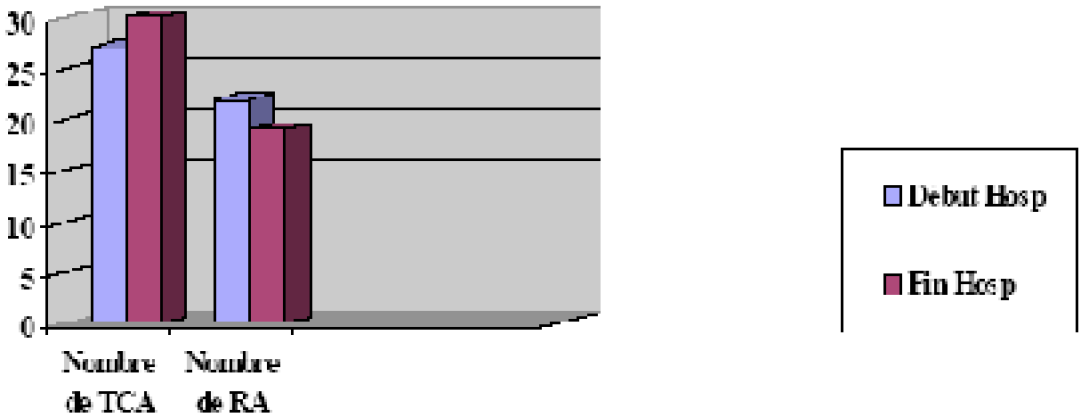
Si nous prenons notre population dans sa globalité, nous obtenons les chiffres ci-dessous.

Tableau 26 . Répartition des TCA et RA entre le début et la fin de l'hospitalisation

comportement alimentaire	debut d'hospitalisation	fin d'hospitalisation
TCA	27	30
RA	22	19

On note, d'après ce tableau, que la population, à l'entrée de l'institution, se répartit entre les troubles alimentaires et les refus alimentaires. Il semblerait que certains s'améliorent en fin d'hospitalisation, ce qui va à l'encontre de notre hypothèse et qui laisse supposer que le changement de lieu n'est pas le seul critère en cause dans le refus alimentaire.

en vertu de la loi du droit d'auteur.



Graphique IV. Evolution du nombre de RA et TCA au cours de l'hospitalisation

On remarque, tout de même et l'histogramme le montre bien, qu'il y a très peu d'évolution entre le début et la fin de l'hospitalisation que ce soit pour les troubles du comportement alimentaire et les refus alimentaires.

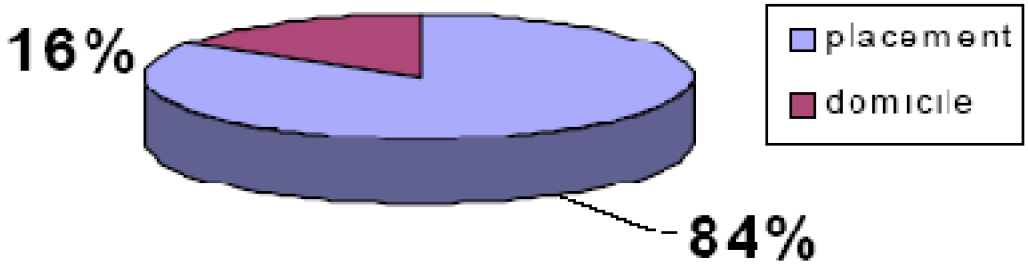
Il est intéressant de noter leur importance à l'entrée et à la sortie de l'hôpital, ce qui laisse supposer que la personne nous signifie par ce comportement, un mal-être, une souffrance non verbalisée et qu'elle est à prendre en compte dans ses soins.

Aucune des personnes interrogées ne reprendra une alimentation satisfaisante (selon les critères médicaux) pendant la période d'hospitalisation.

Reprenons notre population plus en détails.

Nous avons vu que :

- 38 personnes viennent de leur domicile.
- 8 sont en long séjour.
- 3 vivent en résidence



Graphique V. Répartition des sujets selon leur lieu d'habitation en fin d'hospitalisation

Sur les 38 personnes :

- 16 restent en troubles du comportement alimentaire avec pour certains des épisodes de refus alimentaire.

en vertu de la loi du droit d'auteur.

- 7 sont en refus alimentaire dès leur entrée, puis se stabilisent à leur sortie
- 15 restent en refus alimentaire et malgré un avenir de placement programmé pour eux. Ils décéderont.

Sur les 8 personnes en long séjour :

- 5 ont des troubles alimentaires.
- 3 se mettent en refus alimentaire

Sur les 3 personnes venant de résidences :

- 2 gardent leurs troubles.
- 1 est en troubles alimentaires avec un épisode de refus alimentaire.

lieu	entrée		sortie	
	TCA	RA	TCA	ra
Domicile (n=38)	16	22	23	15
Long séjour (n=8)	8	0	6	2
Résidence (n=3)	3	0	3	0

Tableau27. Répartition des TCA et des RA dans la population observée en fonction du changement de lieu

De ce tableau, nous pouvons dire que la majorité des troubles alimentaires viennent du changement de lieu. On observe que certaines personnes se dégradent pendant le temps d'hospitalisation et d'autres pas du tout.

Ceci nous amène à nous interroger sur l'influence du temps d'hospitalisation sur cette population «déportée»

IV.2.5.1. Le changement de lieu et le temps d'hospitalisation, ont-ils une influence sur le comportement alimentaire ?.

Tableau 28. Le comportement alimentaire, le changement de lieu et le temps d'hospitalisation

Copyright GRIVEL Claudie et Université Lumière - Lyon 2 - 2003.Ce document est protégé

Noms	Changement de lieu			temps hospitalisation	comportement alimentaire		
	Lieu d'origine	Placement	Retour au domicile		entrée	milieu	sortie
Alexandrine	Domicile	□		- 1 mois	ra	ra	ra
Régine	Domicile	□		- 1 mois	ra	ra	ra
Georges	Domicile	□		- 1 mois	ra	ra	ra
Christian	Domicile	□		- 1 mois	ra	ra	ra
Solange	Domicile	□		- 1 mois	ra	ra	ra
Thérèse	Domicile	□		- 1 mois	ra	ra	ra
delphine	domicile	×		-1 mois	ra	ra	tca
Amélie	Domicile		□	- 1 mois	tca	ra	TCA
Gisèle	Domicile		□	- 1 mois	tca	TCA	TCA
Camille	Domicile	□		- 1 mois	TCA	TCA	TCA
Sophie	résidence	résidence		- 1 mois	tca	tca	tca
Joséphine	Domicile	□		1-2 mois	ra	ra	ra
Marie	Domicile	□		1-2mois	ra	ra	ra
Pierre	Domicile	□		1-2 mois	ra	ra	ra
Emile	Domicile	□		1-2 mois	ra	ra	ra
Jean	Domicile	□		1-2 mois	ra	ra	ra
Estelle	Domicile	□		1-2 mois	ra	ra	tca
Renée	Domicile		□	1-2 mois	ra	ra	tca
Carmen	Domicile	□		1-2 mois	ra	ra	TCA
Marcelle	Domicile	□		1-2 mois	ra	ra	TCA
Pauline	Domicile	□		1-2 mois	ra	ra	TCA
Mathilde	résidence	résidence		1-2 mois	tca	ra	tca
Yvonne	Domicile	□		1-2 mois	TCA	ra	TCA
Catherine	Domicile		□	1-2 mois	TCA	ra	TCA
Germaine	Domicile	□		1-2 mois	TCA	ra	tca
Aimée	Domicile		□	1-2 mois	TCA	TCA	TCA
Dominique	Domicile		□	1-2 mois	TCA	TCA	TCA
Alexandra	résidence	résidence		1-2 mois	tca	tca	tca
André	Domicile	□		2-3mois	ra	ra	ra
Ernestine	Domicile	□		2-3 mois	ra	ra	ra
Denise	Domicile	□		2-3 mois	ra	ra	ra
François	Domicile		□	2-3 mois	ra	ra	TCA
Eugénie	Domicile	□		2-3 mois	TCA	ra	tca
Monique	Domicile	□		2-3 mois	TCA	ra	tca
Lucille	Domicile	□		2-3 mois	Tca	ra	tca
Paulette	Domicile	□		2-3 mois	TCA	ra	tca
Huguette	Domicile	□		2-3 mois	TCA	ra	tca
Pierrette	Domicile	□		2-3 mois	TCA	TCA	TCA
Raymonde	Domicile	□		2-3 mois	TCA	TCA	TCA
Odette	Domicile	□		+ 3 mois	ra	ra	ra
Domitille	Lg. séjour	Lg. séjour		+ 3 mois	tca	ra	ra
Bernadette	Lg. séjour	Lg. séjour		+ 3 mois	tca	ra	ra

Copyright GRIVEL Claudie et Université Lumière - Lyon 2 - 2003.Ce document est protégé

Marthe	Lg. séjour		□	+ 3 mois	Tca	ra	tca
Marguerite	Domicile	□		+3 mois	Tca	ra	TCA
Angèle	Lg. séjour	Lg. séjour		+ 3 mois	tca	ra	tca
Hélène	Lg. séjour	Lg. séjour		+ 3 mois	tca	ra	tca
Honorine	Lg. séjour	Lg. séjour		+ 3 mois	tca	ra	tca
Martine	Lg. séjour	Lg. séjour		+ 3 mois	tca	ra	tca
Gabrielle	Lg. séjour	Lg. séjour		+ 3 mois	tca	tca	tca

Reprenons chaque patient et observons son comportement alimentaire en fonction du temps d'hospitalisation.

IV.2.5.1.1. LE CHANGEMENT DE LIEU, LE TEMPS D'HOSPITALISATION DE MOINS D'UN MOIS ET LE COMPORTEMENT ALIMENTAIRE.

Nous relevons 11 personnes, dont 10 qui viennent de leur domicile et une qui vient d'une maison de retraite. Elles sont réparties de la façon suivante.

- 8 sont placées
- 2 retournent à leur domicile.
- 1 retourne à sa résidence.

en vertu de la loi du droit d'auteur.

Temps d'hospitalisation	noms	destination	comportement alimentaire		
			début	milieu	fin
moins d'1 mois n=11	Christian	placement	Ra	Ra	Ra
	Georges	placement	Ra	Ra	Ra
	Solange	placement	Ra	Ra	Ra
	Régine	placement	Ra	Ra	Ra
	Alexandrine	placement	Ra	Ra	Ra
	Thérèse	placement	Ra	Ra	Ra
	Delphine	placement	Ra	Ra	tca
	Camille	placement	tca	tca	tca
	Amelie	domicile	tca	Ra	tca
	gisèle	domicile	tca	tca	tca
	sophie	residence	tca	tca	tca

Tableau 29. Evolution du comportement alimentaire en fonction du changement de lieu et du temps d'hospitalisation de moins d'un mois

D'après ce tableau sur les 8 personnes, venant de leur domicile et qui ont un avenir de placement :

- 6 sont en refus alimentaire.
- 1 reprend une prise alimentaire avec des troubles, en fin d'hospitalisation.
- 1 reste en trouble alimentaire.

Pour les deux personnes qui repartent à leur domicile :

- 1 est en troubles alimentaires avec un épisode de refus.
- 1 est en troubles alimentaires.

Pour la personne qui repart à sa résidence :

en vertu de la loi du droit d'auteur.

- Elle reste en troubles alimentaires.

On peut penser que les facteurs changement de lieu et temps d'hospitalisation, a pour cette population, une influence, puisque les 6 personnes en refus alimentaires se situent chez les personnes placées, mais rien ne laisse supposer que le temps d'hospitalisation est une influence supplémentaire sur les comportements alimentaires.

IV.2.5.1.2. LE CHANGEMENT DE LIEU, LE TEMPS D'HOSPITALISATION ENTRE UN ET DEUX MOIS ET LE COMPORTEMENT ALIMENTAIRE.

Ils sont au nombre de 17 répartis :

- 11 sont placés
- 4 repartent à leur domicile.
- 2 repartent dans leur résidence.

Copyright GRIVEL Claudie et Université Lumière - Lyon 2 - 2003.Ce document est protégé

Temps d'hospitalisation	noms	destination	comportement alimentaire		
			début	milieu	fin
deux et trois mois n=11	andre	placement	Ra	Ra	Ra
	ernestine	placement	Ra	Ra	Ra
	denise	placement	Ra	Ra	Ra
	eugenie	placement	tca	Ra	tca
	huguette	placement	tca	Ra	tca
	monique	placement	tca	Ra	tca
	paulette	placement	tca	Ra	tca
	lucille	placement	tca	ra	tca
	raymonde	placement	tca	tca	tca
	pierrette	placement	tca	tca	tca
	francois	domicile	ra	ra	tca

Tableau 30. Evolution du comportement alimentaire en fonction du changement de lieu et du temps d'hospitalisation entre un et deux mois

Dans ce temps d'hospitalisation de un mois à deux mois.

Pour les 11 personnes placées, on retrouve :

- 5 personnes en refus alimentaire.
- 4 personnes en refus alimentaire et qui reprennent une prise alimentaire
- 2 sont en troubles alimentaires avec un épisode de refus

Pour les 4 personnes qui rentrent à leur domicile,

- 2 sont en troubles alimentaires
- 1 est en troubles alimentaires avec un épisode de refus.
- 1 est en refus puis en troubles alimentaires.

Copyright GRIVEL Claudie et Université Lumière - Lyon 2 - 2003.Ce document est protégé

Pour les 2 personnes qui retournent à leur résidence :

- 1 reste avec des troubles alimentaires
- 1 est en troubles alimentaires avec un épisode de refus.

Sur les 11 personnes placées, la moitié environ est en refus alimentaire, l'autre moitié reprend un peu d'aliments ou reste avec des troubles.

Le temps d'hospitalisation ne semble pas être le facteur déterminant pour ce groupe, bien qu'il y ait, comme pour le groupe précédent de sérieux problèmes alimentaires.

IV.2.5.1.3. LE CHANGEMENT DE LIEU, LE TEMPS D'HOSPITALISATION ENTRE DEUX ET TROIS MOIS ET LE COMPORTEMENT ALIMENTAIRE.

Ils sont au nombre de 11 répartis de la façon suivante : :

- 10 sont placés
- 1 repart à son domicile.

en vertu de la loi du droit d'auteur.

Temps d'hospitalisation	noms	destination	comportement alimentaire		
			debut	milieu	fin
deux et trois mois n=11	andre	placement	Ra	Ra	Ra
	ernestine	placement	Ra	Ra	Ra
	denise	placement	Ra	Ra	Ra
	eugenie	placement	tca	Ra	tca
	huguette	placement	tca	Ra	tca
	monique	placement	tca	Ra	tca
	paulette	placement	tca	Ra	tca
	lucille	placement	tca	ra	tca
	raymonde	placement	tca	tca	tca
	pierrette	placement	tca	tca	tca
	françois	domicile	ra	ra	tca

Tableau 33. Evolution du comportement alimentaire en fonction du changement de lieu et du temps d'hospitalisation entre deux et trois mois

Sur les 10 personnes placées :

- 3 sont en refus alimentaire
- 5 sont en troubles alimentaires avec un épisode de refus.
- 2 sont en troubles alimentaires.

Une seule personne rentre à son domicile, malgré une période de refus.

Dans cette période d'hospitalisation, nous relevons que les refus apparaissent principalement chez les personnes qui ont un avenir de placement.

IV.2.5.1.4. LE CHANGEMENT DE LIEU, LE TEMPS D'HOSPITALISATION DE PLUS DE TROIS MOIS ET LE COMPORTEMENT ALIMENTAIRE POUR LES PERSONNES EN LONG SÉJOUR.

en vertu de la loi du droit d'auteur.

Ils sont au nombre de 10. Une seule personne rentrera à son domicile.

Ces personnes sont hospitalisées depuis plus de trois mois. Huit de ces personnes sont en long séjour dans le milieu hospitalier. Deux viennent de leur domicile. Elles sont en général, très dépendantes et demandent des soins constants.

Temps d'hospitalisation	noms	destination	comportement alimentaire		
			début	milieu	fin
de plus de trois mois n=10	odette	placement	ra	ra	ra
	angele	placement	rca	Ra	rca
	hélène	placement	rca	Ra	rca
	bernadette	placement	rca	Ra	rca
	marguerite	placement	rca	ra	rca
	marcelle	placement	rca	Ra	rca
	bernadette	placement	rca	Ra	ra
	domicile	placement	rca	Ra	ra
	gabrielle	placement	rca	rca	rca
	marcelle	domicile	rca	ra	rca

<u>Tableau 34</u> Evolution du comportement alimentaire en fonction du changement de lieu et du temps d'hospitalisation de plus de trois mois

Sur les 8 personnes en long séjour :

- 5 sont en troubles alimentaires avec un épisode de refus.
- 2 passent des troubles au refus alimentaire.
- 1 reste en troubles alimentaires.

Pour la personne qui retournent à son domicile, elle reprend une prise alimentaire à la suite de la décision de son départ de l'hôpital.

Copyright GRIVEL Claudie et Université Lumière - Lyon 2 - 2003.Ce document est protégé

Pour les 2 personnes qui sont placées

- 1 est en refus alimentaire
- 1 est en troubles avec un épisode de refus.

On observe dans ce groupe un seul refus alimentaire, qui vient de la personne qui change de lieu. On remarque la reprise alimentaire de celle qui peut rentrer à son domicile.

Dans ce groupe, on peut avancer qu'il y a moins de refus alimentaire que pour les personnes qui changent de lieu.

IV.2.5.1.5. SYNTHÈSE : LE CHANGEMENT DE LIEU ET TEMPS D'HOSPITALISATION., ONT-ILS UNE INFLUENCE SUR LE COMPORTEMENT ALIMENTAIRE ?

Tableau 35.Synthèse des différents tableaux mettant en lien le temps d'hospitalisation, le changement de lieu et le comportement alimentaire

Copyright GRIVEL Claudie et Université Lumière - Lyon 2 - 2003.Ce document est protégé

	début d'hospitalisation			fin d'hospitalisation		
temps	lieu d'arrivée	Comportement alimentaire		lieu	comportement alimentaire	
- 1 mois n=11	domicile	tca	1	placement	tca	2
		ra	7		ra	6
	domicile	tca	2	domicile	tca	2
		ra	0		ra	0
	Long séjour	tca	0	Long séjour	tca	0
		ra	0		ra	0
	résidence	tca	1	résidence	tca	1
		ra	0		ra	0
1-2 mois n= 17	domicile	tca	2	placement	tca	6
		ra	9		ra	5
	domicile	tca	3	domicile	tca	4
		ra	1		ra	0
	Long séjour	tca	0	Long séjour	tca	0
		ra	0		ra	0
	résidence	tca	2	résidence	tca	2
		ra	0		ra	0
2-3 mois n=11	domicile	tca	7	placement	tca	7
		ra	3		ra	3
	domicile	tca	0	domicile	tca	1
		ra	1		ra	0
	Long séjour	tca	0	Long séjour	tca	0
		ra	0		ra	0
	résidence	tca	0	résidence	tca	0
		ra	0		ra	0
+ 3 mois n=10	domicile	tca	1	placement	tca	1
		ra	1		ra	1
	Long séjour	tca	7	Long séjour	tca	5
		ra	0		ra	2
	résidence	tca	0	résidence	tca	0
		ra	0		ra	0
	long sejour	tca	1	domicile	tca	1

Pour moins d'un mois d'hospitalisation, on observe que 7/10 personnes arrivant du domicile, sont en refus alimentaire et 3/10 en troubles alimentaires. Aucun changement pour les personnes qui repartent dans leur résidence.

Remarquons qu'à la sortie de l'hôpital, nous retrouvons 6/10 personnes qui sont en refus alimentaires et qui sont placées. Il est intéressant de noter que les 2 personnes qui rentrent à leur domicile restent en troubles alimentaires.

Que s'est-il passé de différent, pour la personne venant de son domicile puis placée, qui est passé du refus en troubles alimentaires ?

en vertu de la loi du droit d'auteur.

Pour la période de 1 à 2 mois, nous retrouvons le même schéma que pour la période précédente. Les refus alimentaires sont au nombre de 10/15 et les troubles alimentaires de 5/15 pour les personnes venant de leur domicile. Lorsque la décision de placement est prise, il est intéressant de noter que les refus passent à 5/11 et les troubles à 6/11 et 4 personnes qui rentrent chez elles, qui sont d'ailleurs en troubles alimentaires. On peut donc dire que sur les 10 refus du départ, 5 se sont transformés en troubles, en sachant que sur ces 5, 4 personnes rentrent chez elles. La même interrogation que précédemment se pose pour cette personne qui vient de son domicile, qui est en refus et qui au moment de la décision de placement se remet à manger.

Rappelons que précédemment, nous avions observé que cette période d'hospitalisation était la plus critique pour les comportements alimentaires.

Aucun changement pour les résidentes.

Pour la période de 2 à 3 mois, on observe une certaine stabilité dans les comportements.

Pour la période de plus de 3 mois, qui rappelons-le, est une période charnière puisque le temps d'hospitalisation en moyen séjour prend fin et que des décisions sont prises sur l'avenir de la personne. Dans ce groupe, nous avons une majorité de personne en long séjour avec peu d'espoir de partir de celui-ci.

Nous observons une certaine dégradation puisque les deux personnes qui étaient en troubles alimentaires se sont mises en refus alimentaire.

En résumé, on pourrait penser que

- Pendant la durée de un mois et de 1 à 2 mois, l'âgé montre une réaction, par rapport à son avenir. Les troubles du comportement alimentaire traduisent une zone de crise, de difficultés, nous aurions envie de dire «une zone de turbulences internes» Ils sont l'expression d'une souffrance d'autant plus exprimée que le temps d'hospitalisation devient plus long. Les refus caractérisent le rejet de cette décision prise pour lui.
- Les périodes suivantes montrent une certaine stabilité dans les comportements. Est-ce un phénomène de résignation, d'abandon ?

De cette observation se dégage que le temps d'hospitalisation a une certaine influence sur les comportements alimentaires, en lien avec le changement de lieu.

Notons que, contrairement à ce que l'on aurait pu supposer, ce sont dans les premiers mois d'hospitalisation que les réactions apparaissent.

Etudions maintenant, les comportements alimentaires lorsque les critères changement de lieu et perte d'autonomie sont en lien.

Le tableau suivant renomme chaque personne de notre population, en fonction du changement de lieu, de son degré de perte d'autonomie et de son comportement alimentaire.

IV.2.5.2. Le changement de lieu et la perte d'autonomie.

en vertu de la loi du droit d'auteur.

Tableau 36. Rapport chez les patients entre les troubles alimentaires, le changement de lieu et la perte d'autonomie

Copyright GRIVEL Claudie et Université Lumière - Lyon 2 - 2003.Ce document est protégé

Noms	changement de lieu	Perte d'autonomie	Comportement alimentaire		
			Début	milieu	Fin
Régine	oui	totale	ra	ra	ra
Alexandrine	oui	totale	ra	ra	ra
Thérèse	oui	totale	ra	ra	ra
Christian	oui	totale	ra	ra	ra
Georges	oui	totale	ra	ra	ra
Joséphine	oui	totale	ra	ra	ra
Jean	oui	totale	ra	ra	ra
Denise	oui	totale	ra	ra	ra
André	oui	totale	ra	ra	ra
Odette	oui	totale	ra	ra	ra
Lucille	oui	totale	tca	ra	ra
Eugénie	oui	totale	tca	ra	tca
Marthe	oui (retour domicile)	totale	tca	ra	tca
Marguerite	oui	totale	tca	ra	tca
Solange	oui	partielle	ra	ra	ra
Marie	oui	partielle	ra	ra	ra
Pierre	oui	partielle	ra	ra	ra
Emile	oui	partielle	ra	ra	ra
Ernestine	oui	partielle	ra	ra	ra
Estelle	oui	partielle	ra	ra	tca
Carmen	oui	partielle	ra	ra	tca
Marcelle	oui	partielle	ra	ra	tca
Pauline	oui	partielle	ra	ra	tca
Delphine	oui	partielle	ra	ra	tca
Germaine	oui	partielle	tca	ra	tca
Yvonne	oui	partielle	tca	ra	tca
Huguette	oui	partielle	tca	ra	tca
Paulette	oui	partielle	tca	ra	tca
Monique	oui	partielle	tca	ra	tca
Camille	oui	partielle	tca	tca	tca
Raymonde	oui	partielle	tca	tca	tca
Pierrette	oui	partielle	tca	tca	tca
Martine	non (long séjour)	totale	tca	ra	ra
Bernadette	non (long séjour)	totale	tca	ra	ra
Domitille	non (long séjour)	totale	tca	ra	ra
Angèle	non (long séjour)	totale	tca	ra	tca
Honorine	non (long séjour)	totale	tca	ra	tca
Hélène	non (long séjour)	totale	tca	ra	tca
Gabrielle	non (long séjour)	totale	tca	tca	tca
François	non (retour domicile)	totale	ra	ra	tca

Copyright GRIVEL Claudie et Université Lumière - Lyon 2 - 2003.Ce document est protégé

Renée	**non (retour domicile)**	**partielle**	**ra**	**ra**	**tca**
Amélie	**non (retour domicile)**	**partielle**	**tca**	**ra**	**tca**
Catherine	**non (retour domicile)**	**partielle**	**tca**	**ra**	**tca**
Mathilde	**non (retour résidence)**	**partielle**	**tca**	**ra**	**tca**
Gisèle	**non (retour domicile)**	**partielle**	**tca**	**tca**	**tca**
Sophie	**non (retour résidence)**	**partielle**	**tca**	**tca**	**tca**
Aimée	**non (retour domicile)**	**partielle**	**tca**	**tca**	tca
Alexandra	**non (retour résidence)**	**partielle**	**tca**	**tca**	**tca**
Dominique	**non (retour domicile)**	**partielle**	**tca**	**tca**	**tca**

D'après ce tableau, nous avons une répartition en deux groupes :

- les personnes qui ont changé de lieux et qui ont une perte d'autonomie
- les personnes qui n'ont pas changé de lieux et qui ont une perte d'autonomie.

IV.2.5.2.1. LES PERSONNES QUI ONT CHANGÉ DE LIEUX ET QUI ONT UNE PERTE D'AUTONOMIE

Elles sont au nombre de 32 réparties de la façon suivante :

- 14 ont une perte d'autonomie totale
- 18ont une perte d'autonomie partielle.

Tableau 37. Rapport chez les patients entre les troubles alimentaires, le changement de lieu et la perte d'autonomie

en vertu de la loi du droit d'auteur.

Noms	**changement de lieu**	**Perte d'autonomie**	**Comportement alimentaire**		
			Début	**milieu**	**Fin**
Régine	**oui**	**totale**	**ra**	**ra**	**ra**
Alexandrine	**oui**	**totale**	**ra**	**ra**	**ra**
Thérèse	**oui**	**totale**	**ra**	**ra**	**ra**
Christian	**oui**	**totale**	**ra**	**ra**	**ra**
Georges	**oui**	**totale**	**ra**	**ra**	**ra**
Joséphine	**oui**	**totale**	**ra**	**ra**	**ra**
Jean	**oui**	**totale**	**ra**	**ra**	**ra**
Denise	**oui**	**totale**	**ra**	**ra**	**ra**
André	**oui**	**totale**	**ra**	**ra**	**ra**
odette	**oui**	**totale**	**ra**	**ra**	**ra**
Lucille	**oui**	**totale**	**tca**	**ra**	**ra**
Eugénie	**oui**	**totale**	**tca**	**ra**	**tca**
Marthe	**oui** (reour domicile)	**totale**	**tca**	**ra**	**tca**
marguerite	**oui**	**totale**	**tca**	**ra**	**tca**
Solange	**oui**	**partielle**	**ra**	**ra**	**ra**
Marie	**oui**	**partielle**	**ra**	**ra**	**ra**
Pierre	**oui**	**partielle**	**ra**	**ra**	**ra**
Emile	**oui**	**partielle**	**ra**	**ra**	**ra**
Ernestine	**oui**	**partielle**	**ra**	**ra**	**ra**
Carmen	**oui**	**partielle**	**ra**	**ra**	**tca**
Marcelle	**oui**	**partielle**	**ra**	**ra**	**tca**
Pauline	**oui**	**partielle**	**ra**	**ra**	**tca**
Delphine	**oui**	**partielle**	**ra**	**ra**	**tca**
Estelle	**oui**	**partielle**	**ra**	**ra**	**tca**
Germaine	**oui**	**partielle**	**tca**	**ra**	**tca**
Yvonne	**oui**	**partielle**	**tca**	**ra**	**tca**
Huguette	**oui**	**partielle**	**tca**	**ra**	**tca**
Paulette	**oui**	**partielle**	**tca**	**ra**	**tca**
Monique	**oui**	**partielle**	**tca**	**ra**	**tca**
Camille	**oui**	**partielle**	**tca**	**tca**	**tca**
Raymonde	**oui**	**partielle**	**tca**	**tca**	**tca**
Pierrette	**oui**	**partielle**	**tca**	**tca**	**tca**

Sur les 14 personnes qui ont perdu leur domicile et qui ont une perte totale d'autonomie,

- 10 sont en refus total
- 1 bascule dans le refus
- 3 ont des troubles alimentaires avec des épisodes de refus.

1 personne, en long séjour, regagne son domicile, après un épisode de refus.

Sur les 18 personnes qui ont perdu leur domicile et ont une perte partielle

en vertu de la loi du droit d'auteur.

d'autonomie.

- 5 sont en refus alimentaire
- 5 sont en refus alimentaire et reprennent une prise alimentaire
- 5 sont en troubles du comportement avec des épisodes de refus
- 3 sont en troubles du comportement alimentaire.

Ce tableau est intéressant car il montre bien l'accroissement du refus alimentaire lors du changement de lieu, aussi bien à l'entrée qu'à la sortie. On note un nombre plus important (le double) de refus chez les personnes en perte d'autonomie totale

IV.2.5.2.2. LES PERSONNES QUI NE CHANGENT PAS DE LIEU OU QUI RETOURNENT DANS LEUR LIEU D'ORIGINE.

Dans ce groupe se situent les personnes qui peuvent rentrer chez elles, celles qui sont en long séjour et les personnes qui sont hospitalisées pour un problème somatique mais qui repartent ensuite dans leur maison de retraite.

Tableau 38. Rapport chez les patients entre les troubles alimentaires, le changement de lieu et la perte d'autonomie

Copyright GRIVEL Claudie et Université Lumière - Lyon 2 - 2003.Ce document est protégé

Noms	changement de lieu	Perte d'autonomie	Comportement alimentaire		
			Début	milieu	Fin
François	**non (retour domicile)**	**totale**	**ra**	**ra**	**tca**
Martine	**non (long séjour)**	**totale**	**tca**	**ra**	**ra**
Bernadette	**non (long séjour)**	**totale**	**tca**	**ra**	**ra**
Domitille	**non (long séjour)**	**totale**	**tca**	**ra**	**ra**
Angèle	**non (long séjour**	**totale**	**tca**	**ra**	**tca**
Honorine	**non ((long séjour)**	**totale**	**tca**	**ra**	**tca**
Hélène	**non (long séjour)**	**totale**	**tca**	**ra**	**tca**
Gabrielle	**non (long séjour)**	**totale**	**tca**	**tca**	**tca**
Renée	**non (retour domicile)**	**partielle**	**ra**	**ra**	**tca**
Catherine	**non (retour domicile)**	**partielle**	**tca**	**ra**	**tca**
Mathilde	**non (retour résidence)**	**partielle**	**tca**	**ra**	**tca**
Amélie	**non (retour domicile)**	**partielle**	**tca**	**ra**	**tca**
Gisèle	**non (retour domicile)**	**partielle**	**tca**	**tca**	**tca**
Sophie	**non(retour résidence)**	**partielle**	**tca**	**tca**	**tca**
Aimée	**non (retour domicile)**	**partielle**	**tca**	**tca**	**tca**
Alexandra	**non (retour résidence)**	**partielle**	**tca**	**tca**	**tca**
Dominique	**non(retour domicile)**	**partielle**	**tca**	**tca**	**tca**

Dans ce tableau, on observe :

- 8 personnes en perte d'autonomie totale. Elles se répartissent :
  - 3 basculent dans le refus alimentaire.
  - 3 sont en troubles alimentaires avec des épisodes de refus
  - 1 est en troubles alimentaires.
  - 1 est en refus et reprend une prise alimentaire

- 9 personnes sont en perte d'autonomie partielle.
  - 1 passe du refus aux troubles
  - 3 ont des troubles avec des épisodes de refus

Copyright GRIVEL Claudie et Université Lumière - Lyon 2 - 2003.Ce document est protégé

– 5 restent avec des troubles alimentaires.

Dans ce tableau, on note que les refus alimentaires sont présents dans la population en perte d'autonomie totale.

On sait que ces personnes sont toutes en long séjour et qu'elles n'ont pas subi dans l'immédiat un changement de lieu, sauf pour François qui après une période de refus, a repris une alimentation à la suite de la décision de son retour à son domicile.

La population en perte d'autonomie partielle reste en troubles alimentaires avec des épisodes de refus pour certains.

IV.2.5.2.3. SYNTHÈSE : L'INFLUENCE DU CHANGEMENT DE LIEU ET DE LA PERTE D'AUTONOMIE SUR LE COMPORTEMENT ALIMENTAIRE.

perte d'autonomie	changement de lieu	comportement alimentaire			
		début d'hospitalisation		fin d'hospitalisation	
totale (n=22)	domicile → placement	tca	3	tca	2
		ta	11	ta	1
	long séjour → long séjour	tca	1	tca	1
		ta	0	ta	0
	domicile → domicile	tca	0	tca	1
		ta	1	ta	0
	long séjour → long séjour	tca	7	tca	4
		ta	0	ta	3
	résidence → résidence	tca	0	tca	0
		ta	0	ta	0
partielle (n=27)	domicile → placement	tca	8	tca	13
		ta	10	ta	2
	domicile → domicile	tca	5	tca	6
		ta	1	ta	0
	long séjour → long séjour	tca	0	tca	0
		ta	0	ta	0
	résidence → résidence	tca	3	tca	3
		ta	0	ta	0

Tableau 39. Synthèse des différents tableaux mettant en lien le temps d'hospitalisation, le

en vertu de la loi du droit d'auteur.

changement de lieu et le comportement alimentaire

De ce tableau, on remarque l'importance des refus pour la population en perte d'autonomie totale et ayant subi un changement de lieu. Ce résultat reste inchangé entre le début de l'hospitalisation et la fin de celle-ci, à 1 personne près.

On peut donc penser que la perte d'autonomie totale et le changement de lieu ont une influence sur le comportement alimentaire.

On retrouve ces résultats pour les personnes en perte d'autonomie partielle, au début de leur hospitalisation. Par contre, on remarque que les refus passent de 10 à 5 en fin d'hospitalisation.

Pourquoi cette population en perte d'autonomie partielle choisit-elle de se nourrir à nouveau, même si cette prise alimentaire reste précaire ?

Enfin, notons la stabilité des résultats entre le début et la fin d'hospitalisation pour les personnes ne changeant pas de lieu.

IV.2.5.3. Synthèse. Le changement de lieu en lien avec les autres critères et le comportement alimentaire...

L'ÂGE ET LE CHANGEMENT DE LIEU :

nous avons vu lors de notre étude (p.23-24) sur ces deux critères que les tranches d'âge n'influençaient pas le comportement alimentaire, mais que par contre le plus grand nombre de problèmes alimentaire se situaient dans le changement de lieu.

LE CHANGEMENT DE LIEU ET LE TEMPS D'HOSPITALISATION :

nous avons pu relever que le nombre de troubles et de refus alimentaires se situaient dans la période de moins d'1 mois et de 1 à 2 mois. Nous avions émis l'hypothèse que ces deux périodes étaient peut-être vécues pour l'âgé comme un «temps charnière et de turbulences» dans la perspective de son devenir.

LE CHANGEMENT DE LIEU ET LA PERTE D'AUTONOMIE :

nous avons remarqué l'importance des troubles et des refus alimentaires dans le passage du domicile à l'hôpital et de celui-ci au placement surtout lorsque la personne est en perte d'autonomie totale. Nous avons noté une différence pour les personnes en perte d'autonomie partielle.

Il semblerait, pour ces derniers, que les refus s'améliorent au profit des troubles alimentaires en fin d'hospitalisation, même avec un avenir de placement.

De ces différents constats, il semble bien que le changement de lieu et la perte d'autonomie totale soient responsables des troubles du comportement alimentaire, chez des personnes d'un âge avancé.

Nos critères ne sont pas suffisants pour rendre compte de tous les cas observés et d'autres facteurs plus individuels à chaque patient sont à considérer.

en vertu de la loi du droit d'auteur.

Travaillons maintenant notre dernier critère : le temps d'hospitalisation et la perte d'autonomie.

IV.2.6. Troisième critère : Le temps d'hospitalisation.

Nous avons déjà précédemment, travaillé les différents critères entre eux. Il reste maintenant à mettre en lien le temps d'hospitalisation et la perte d'autonomie.

IV.2.6.1. Le temps d'hospitalisation et la perte d'autonomie.

Nous avons vu précédemment les différentes pathologies rencontrées lors de l'hospitalisation des personnes interrogées.

Tableau 41 . Rapport chez les patients entre les troubles alimentaires, la perte d'autonomie et le temps d'hospitalisation

Copyright GRIVEL Claudie et Université Lumière - Lyon 2 - 2003.Ce document est protégé

Noms	Temps d'hospitalisation	Perte d'autonomie	Comportement alimentaire		
			Début	milieu	Fin
Régine	**-1m**	**totale**	**RA**	**RA**	**RA**
Alexandrine	**-1m**	**totale**	**RA**	**RA**	**RA**
Thérèse	**-1m**	**totale**	**RA**	**RA**	**RA**
Christian	**-1m**	**totale**	**RA**	**RA**	**RA**
Georges	**-1m**	**totale**	**RA**	**RA**	**RA**
Solange	**-1m**	**partielle**	**RA**	**RA**	**RA**
Delphine	**-1m**	**partielle**	**RA**	**RA**	**TCA**
Amélie	**-1m**	**partielle**	**TCA**	**RA**	**TCA**
Gisèle	**-1m**	**partielle**	**TCA**	**TCA**	**TCA**
Camille	**-1m**	**partielle**	**TCA**	**TCA**	**TCA**
Sophie	**-1m**	**partielle**	**TCA**	**TCA**	**TCA**
Joséphine	**1-2m**	**totale**	**RA**	**RA**	**RA**
Jean	**1-2m**	**totale**	**RA**	**RA**	**RA**
Marie	**1-2m**	**partielle**	**RA**	**RA**	**RA**
Pierre	**1-2m**	**partielle**	**RA**	**RA**	**RA**
Emile	**1-2m**	**partielle**	**RA**	**RA**	**RA**
Carmen	**1-2m**	**partielle**	**RA**	**RA**	**TCA**
Marcelle	**1-2m**	**partielle**	**RA**	**RA**	**TCA**
Pauline	**1-2m**	**partielle**	**RA**	**RA**	**TCA**
Renée	**1-2m**	**partielle**	**RA**	**RA**	**TCA**
Estelle	**1-2m**	**partielle**	**RA**	**RA**	**TCA**
Germaine	**1-2m**	**partielle**	**TCA**	**RA**	**TCA**
Catherine	**1-2m**	**partielle**	**TCA**	**RA**	**TCA**
Mathilde	**1-2m**	**partielle**	**TCA**	**RA**	**TCA**
Yvonne	**1-2m**	**partielle**	**TCA**	**RA**	**TCA**
Aimée	**1-2m**	**partielle**	**TCA**	**TCA**	**TCA**
Alexandra	**1-2m**	**partielle**	**TCA**	**TCA**	**TCA**
Dominique	**1-2m**	**partielle**	**TCA**	**TCA**	**TCA**
Denise	**2-3m**	**totale**	**RA**	**RA**	**RA**
André	**2-3m**	**totale**	**RA**	**RA**	**RA**
Ernestine	**2-3m**	**partielle**	**RA**	**RA**	**RA**
François	**2-3m**	**totale**	**RA**	**RA**	**TCA**
Lucille	**2-3m**	**totale**	**TCA**	**RA**	**RA**
Eugénie	**2-3m**	**totale**	**TCA**	**RA**	**TCA**
Huguette	**2-3m**	**partielle**	**TCA**	**RA**	**TCA**
Paulette	**2-3m**	**partielle**	**TCA**	**RA**	**TCA**
Monique	**2-3m**	**partielle**	**TCA**	**RA**	**TCA**
Raymonde	**2-3m**	**partielle**	**TCA**	**TCA**	**TCA**
Pierrette	**2-3m**	**partielle**	**TCA**	**TCA**	**TCA**
Odette	**+3m**	**totale**	**RA**	**RA**	**RA**
Martine	**+3m**	**totale**	**TCA**	**RA**	**RA**
Bernadette	**+3m**	**totale**	**TCA**	**RA**	**RA**
Domitille	**+3m**	**totale**	**TCA**	**RA**	**RA**

Copyright GRIVEL Claudie et Université Lumière - Lyon 2 - 2003.Ce document est protégé

Angèle	**+3m**	**totale**	**TCA**	**RA**	**TCA**
Marguerite	**+3m**	**totale**	**TCA**	**RA**	**TCA**
Honorine	**+3m**	**totale**	**TCA**	**RA**	**TCA**
Marthe	**+3m**	**totale**	**TCA**	**RA**	**TCA**
Hélène	**+3m**	**totale**	**TCA**	**RA**	**TCA**
Gabrielle	**+3m**	**totale**	**TCA**	**TCA**	**TCA**

IV.2.6.1.1. LE TEMPS D'HOSPITALISATION DE MOINS D'UN MOIS ET LA PERTE D'AUTONOMIE.

Tableau 42. Rapport chez les patients entre les troubles alimentaires, la perte d'autonomie et le temps d'hospitalisation de moins d'un mois.

Noms	**Temps d'hospitalisation**	**Perte d'autonomie**	**Comportement alimentaire**		
			Début	**milieu**	**Fin**
Régine	**-1m**	**totale**	**RA**	**RA**	**RA**
Alexandrine	**-1m**	**totale**	**RA**	**RA**	**RA**
Thérèse	**-1m**	**totale**	**RA**	**RA**	**RA**
Christian	**-1m**	**totale**	**RA**	**RA**	**RA**
Georges	**-1m**	**totale**	**RA**	**RA**	**RA**
Solange	**-1m**	**partielle**	**RA**	**RA**	**RA**
Delphine	**-1m**	**partielle**	**RA**	**RA**	**TCA**
Amélie	**-1m**	**partielle**	**TCA**	**RA**	**TCA**
Gisèle	**-1m**	**partielle**	**TCA**	**TCA**	**TCA**
Camille	**-1m**	**partielle**	**TCA**	**TCA**	**TCA**
Sophie	**-1m**	**partielle**	**TCA**	**TCA**	**TCA**

Nous avons une population de 11 personnes réparties :

- 5 personnes en perte totale d'autonomie et qui sont tous en refus alimentaire.
- 6 personnes en perte partielle
  - 2 en refus alimentaire dont une qui reprendra une certaine alimentation.
  - 1 qui fera un épisode de refus.
  - 3 qui resteront avec des troubles alimentaires.

Les refus alimentaires sont prédominants chez les personnes en perte d'autonomie totale (5/5) Pour les personnes en perte d'autonomie partielle, nous n'avons qu'une personne en refus et une autre qui reprend une alimentation.

Le temps d'hospitalisation n'est pas le facteur qui induit le refus alimentaire mais plutôt la perte d'autonomie.

IV.2.6.1.2. LE TEMPS D'HOSPITALISATION ENTRE UN ET DEUX MOIS ET LA PERTE

en vertu de la loi du droit d'auteur.

AUTONOMIE.

Tableau 43. Rapport chez les patients entre les troubles alimentaires, la perte d'autonomie et le temps d'hospitalisation entre un et deux mois.

Noms	Temps d'hospitalisation	Perte d'autonomie	Comportement alimentaire		
			Début	milieu	Fin
Joséphine	**1-2m**	**totale**	**ra**	**ra**	**ra**
Jean	**1-2m**	**totale**	**ra**	**ra**	**ra**
Marie	**1-2m**	**partielle**	**ra**	**ra**	**ra**
Pierre	**1-2m**	**partielle**	**ra**	**ra**	**RA**
Emile	**1-2m**	**partielle**	**ra**	**ra**	**ra**
Carmen	**1-2m**	**partielle**	**ra**	**ra**	**tca**
Marcelle	**1-2m**	**partielle**	**ra**	**ra**	**tca**
Pauline	**1-2m**	**partielle**	**ra**	**ra**	**tca**
Renée	**1-2m**	**partielle**	**ra**	**ra**	**tca**
Estelle	**1-2m**	**partielle**	**ra**	**ra**	**tca**
Germaine	**1-2m**	**partielle**	**tca**	**ra**	**tca**
Catherine	**1-2m**	**partielle**	**tca**	**ra**	**tca**
Mathilde	**1-2m**	**partielle**	**tca**	**ra**	**tca**
Yvonne	**1-2m**	**partielle**	**tca**	**ra**	**tca**
Aimée	**1-2m**	**partielle**	**tca**	**tca**	**tca**
Alexandra	**1-2m**	**partielle**	**tca**	**tca**	**tca**
Dominique	**1-2m**	**partielle**	**tca**	**tca**	**tca**

Cette population de 17 personnes se répartit :

- 2 personnes en perte totale d'autonomie et en refus alimentaire.
- 15 personnes en perte partielle
  - 3 sont en refus alimentaire
  - 5 reprennent une prise alimentaire lors de la décision de leur sortie.
  - 4 sont en troubles alimentaires avec un épisode de refus alimentaire.
  - 3 restent en troubles alimentaires.

Pour cette période d'hospitalisation, les personnes en perte totale d'autonomie sont en refus alimentaire.

On en relève 8 dans l'autre groupe, dont 3 en complet refus et 5 qui reprennent une prise alimentaire en fin d'hospitalisation.

La perte d'autonomie totale est une cause du refus. Elle l'est aussi pour une partie des personnes en perte partielle. On peut donc penser que pour cette population, ce n'est pas le seul facteur.

Comme précédemment, il ne semble pas que le temps d'hospitalisation ait une influence sur le comportement alimentaire.

en vertu de la loi du droit d'auteur.

IV.2.6.1.3. LE TEMPS D'HOSPITALISATION ENTRE DEUX ET TROIS MOIS ET LA PERTE D'AUTONOMIE.

Tableau 44. Rapport chez les patients entre les troubles alimentaires, la perte d'autonomie et le temps d'hospitalisation entre deux trois mois.

Noms	Temps d'hospitalisation	Perte d'autonomie	Comportement alimentaire		
			Début	milieu	Fin
Denise	**2-3m**	**totale**	**RA**	**RA**	**RA**
André	**2-3m**	**totale**	**RA**	**RA**	**RA**
François	**2-3m**	**totale**	**RA**	**RA**	**TCA**
Lucille	**2-3m**	**totale**	**TCA**	**RA**	**RA**
Eugénie	**2-3m**	**totale**	**TCA**	**RA**	**TCA**
Ernestine	**2-3m**	**partielle**	**RA**	**RA**	**RA**
Huguette	**2-3m**	**partielle**	**TCA**	**RA**	**TCA**
Paulette	**2-3m**	**partielle**	**TCA**	**RA**	**TCA**
Monique	**2-3m**	**partielle**	**TCA**	**RA**	**TCA**
Raymonde	**2-3m**	**partielle**	**TCA**	**TCA**	**TCA**
Pierrette	**2-3m**	**partielle**	**TCA**	**TCA**	**TCA**

Cette population de 14 personnes se répartit :

- 5 personnes en perte totale d'autonomie
  - 3 sont en refus alimentaire, dont 1 qui reprend une prise alimentaire.
  - 1 qui passe des troubles au refus alimentaire
  - 1 qui est en troubles alimentaires mais qui fait un épisode de refus.

- 6 personnes en perte partielle d'autonomie.
  - 1 est en refus
  - 5 sont en troubles alimentaires dont 3 qui font un épisode de refus.

Dans cette période, nous retrouvons de nouveau, les refus alimentaires dans le groupe en perte totale d'autonomie, pour un seul dans le deuxième groupe.

IV.2.6.1.4. LE TEMPS D'HOSPITALISATION DE PLUS DE TROIS MOIS ET LA PERTE D'AUTONOMIE.

Tableau 45 Rapport chez les patients entre les troubles alimentaires, la perte d'autonomie et le temps d'hospitalisation de plus de trois mois.

Noms	Temps d'hospitalisation	Perte d'autonomie	

Copyright GRIVEL Claudie et Université Lumière - Lyon 2 - 2003.Ce document est protégé

			Comportement alimentaire		
			Début	milieu	Fin
Odette	**+3m**	**totale**	**RA**	**RA**	**RA**
Domitille	**+3m**	**totale**	**TCA**	**RA**	**RA**
Bernadette	**+3m**	**totale**	**TCA**	**RA**	**RA**
Martine	**-+3m**	**totale**	**TCA**	**RA**	**RA**
Marguerite	**+3m**	**totale**	**TCA**	**RA**	**TCA**
Honorine	**+3m**	**totale**	**TCA**	**RA**	**TCA**
Marthe	**+3m**	**totale**	**TCA**	**RA**	**TCA**
Angèle	**+ 3m**	**totale**	**TCA**	**RA**	**TCA**
Hélène	**+3m**	**totale**	**TCA**	**RA**	**TCA**
Gabrielle	**+3m**	**totale**	**TCA**	**TCA**	**TCA**

Nous avons une population de 10 personnes qui sont tous en perte d'autonomie totale.

- 1 est en refus alimentaire
- 3 sont en troubles et basculent dans le refus
- 5 sont en troubles alimentaires avec un épisode de refus.
- 1 restes en troubles alimentaires.

Contrairement à ce que l'on aurait pu supposer, les personnes accumulant une perte totale d'autonomie et un temps d'hospitalisation de longue durée ne présentent pas un grand nombre de refus alimentaire. Ces personnes se sont plus ou moins adaptées à leur milieu avec tout de même des épisodes de refus pour certains.

IV.2.6.1.5. SYNTHÈSE : LE TEMPS D'HOSPITALISATION ET LA PERTE D'AUTONOMIE ONT-ILS UNE INFLUENCE SUR LES COMPORTEMENTS ALIMENTAIRES ?.

Tableau 46. Synthèse du temps d'hospitalisation et de la perte d'autonomie et le comportement alimentaire

Copyright GRIVEL Claudie et Université Lumière - Lyon 2 - 2003.Ce document est protégé

perte d'autonomie	Temps d'hospitalisation	comportement alimentaire			
		Début		fin	
totale n=22	- 1 mois	tca	0	tca	0
		ra	5	ra	5
	1-2 mois	tca	0	tca	0
		Ra	2	ra	2
	2-3 mois	tca	2	tca	2
		ra	3	ra	3
	+3 mois	tca	9	tca	6
		ra	1	ra	4
partielle n=27	- 1 mois	tca	4	tca	5
		ra	2	ra	1
	1-2 mois	tca	7	tca	12
		ra	8	ra	3
	2-3 mois	tca	5	tca	5
		ra	1	ra	1
	+ 3 mois	tca	0	tca	0
		ra	0	ra	0

En ce qui concerne la perte d'autonomie totale, la population se répartit sur chaque période d'hospitalisation sans de grands écarts entre l'entrée et la sortie de l'hôpital., ce qui laisse supposer que les personnes ont renoncé à vivre, qu'elles n'ont plus le désir de vivre de cette manière et que leur désir est de choisir leur propre mort : elles ont le désir de non-vivre.

Par contre, on note pour les plus de trois mois, une aggravation des refus alimentaires, qui passent de 1 à 4, ce qui signifie que trois personnes en troubles alimentaires se mettent en refus alimentaire. Est-ce aussi un abandon de leur part ?

Pour la population en perte d'autonomie partielle, nous retrouvons la période critique des 1 à 2 mois de temps d'hospitalisation. Les troubles alimentaires augmentent -7 à 12- et les refus alimentaires diminuent -8 à 3- Peut-on penser pour ces personnes qu'il y ait une adaptation à leur nouvelle vie ?

Après avoir travaillé chaque critère les uns avec les autres, pouvons-nous penser que les troubles alimentaires et les refus alimentaires sont la conséquence de l'hospitalisation ?

IV.2.6.1.6. SYNTHÈSE GÉNÉRALE SUR LES DIFFÉRENTS CRITÈRES ÉTUDIÉS ET LES COMPORTEMENTS ALIMENTAIRES.

Est-ce que les critères de l'âge, du changement de lieu, du temps d'hospitalisation et de la perte d'autonomie sont responsables de l'émergence du refus alimentaire ?

L'âge:

L'âge avancé de notre population a une influence sur le comportement alimentaire dans la

en vertu de la loi du droit d'auteur.

mesure où il y a traumatisme et donc une difficulté à lutter contre celui-ci. Chaque tranche d'âges proposée n'a pas spécifiquement une incidence sur le comportement alimentaire, mais associée aux autres critères, elles sont un facteur supplémentaire dans l'apparition des troubles et refus alimentaires.

Le changement de lieu :

Nous avons observé que le passage du domicile à l'hôpital puis de celui-ci au placement, sont source de troubles alimentaires et de refus alimentaires. Par contre, les personnes en long séjour ou regagnant leur résidence ou réintégrant leur domicile, sont moins sujettes aux refus alimentaires. Pourtant, on remarque que certaines personnes font des épisodes de refus alimentaires ou sont en troubles alimentaires. Une analyse des données permettra peut-être de comprendre le sens donné à ces comportements, sans omettre, comme nous l'avons déjà mentionné, la prise en compte de l'histoire de vie de chaque individu.

Le temps d'hospitalisation :

Contrairement à l'idée première, le temps d'hospitalisation n'a pas une incidence prépondérante sur le comportement alimentaire. Nous avons noté, cependant, que les périodes de moins d'1 mois et de 1 à 2 mois montrent des chiffres plus élevés de troubles et de refus alimentaires.

Les premiers mois d'hospitalisation semblent être des temps «charnières» C'est pendant ces premiers mois que l'âgé doit gérer la cause de son hospitalisation, le départ de son domicile et l'entrée dans un univers angoissant. Cette période semble être un temps charnière pour les personnes hospitalisées.

La perte d'autonomie :

la perte d'autonomie liée à la maladie, aux chutes, à une dégradation psychique et ayant pour conséquence l'hospitalisation puis le placement, provoque des troubles du comportement alimentaire.

La distinction entre perte d'autonomie partielle et totale, montre que les personnes en perte d'autonomie totale sont majoritairement en refus alimentaire. Par contre, les troubles alimentaires se répartissent dans les deux groupes.

Nous observons donc, l'importance des critères de changement de lieu et de perte d'autonomie, dans le comportement alimentaire de la personne âgée institutionnalisée. D'après cette synthèse des différents critères, nous remarquons que certaines personnes de notre population pourraient basculer dans le refus alimentaire mais restent dans les troubles du comportement alimentaires et inversement.

Est-ce que d'autres facteurs tel que l'environnement familial, les deuils non résolus peuvent influencer ces comportements ?

Quels sont les traumatismes particuliers qui permettent d'appréhender ces comportements ?

en vertu de la loi du droit d'auteur.

IV.2.7. Analyse des données de notre population.

Reprenons notre population, relevons les traumatismes et analysons les données que nous avons établies.

IV.2.7.1.Traumatismes particuliers relevés chez les 49 personnes.

Chez les personnes interrogées, nous avons retrouvé une souffrance qui a différente source, comme nous avons pu le décrire dans les parties précédentes :

- Rupture due à l'hospitalisation qui a pour conséquence :
  - Une perte du domicile pour l'institution
  - Une crise et une rupture familiale
  - Une exclusion, une marginalisation.
  - Une aggravation de la situation personnelle par la perte des repères sociaux
  - Parfois une dépression
- Perte d'autonomie physique et psychique qui implique :
  - Une perte d'identité
  - Une blessure narcissique
- Expression des deuils.

IV.2.7.1.1. DEUILS REPÉRABLES ET DEUILS EXPRIMÉS.

On retrouve des deuils chez ces personnes d'un grand âge : deuils du conjoint, parfois d'un enfant, de parents très tôt dans leur enfance. Certains l'expriment, surtout lorsque c'est la perte douloureuse d'un enfant, d'un père ou d'une mère, décédés au cours de leur enfance. La perte du conjoint est exprimée comme un moment difficile mais qui est dans la logique de la vie, sauf si celui-ci est mort très tôt dans leur histoire de couple.

Ces deuils interfèrent dans le vécu de la personne, bien qu'aucun élément concret ne permet de penser qu'il y ait un lien entre les deuils plus ou moins bien résolus et les troubles du comportement alimentaire, au moment où nous rencontrons les patients. Comme nous avons pu l'écrire dans le chapitre sur la crise, le sujet a souvent des pertes qui sont plus ou moins résolues et qui font partie de son vécu, même s'elles ne sont pas exprimées.

Par contre, les troubles du comportement alimentaire sont des indicateurs d'un mal-être. Le traumatisme de l'hospitalisation peut être vécu comme une douleur supplémentaire qui remet en scène des anciennes blessures.

Le tableau suivant montre les deuils relevés pour chaque patient. Les deuils

Copyright GRIVEL Claudie et Université Lumière - Lyon 2 - 2003.Ce document est protégé

repérables sont les deuils exprimés par un membre de la famille, le dossier médical sur lequel est mentionné si la personne est mariée, célibataire ou veuve.

	tca		ra	
	Deuils exprimés	Deuils repérables	Deuils exprimés	Deuils repérables
Deuil du conjoint	9	12	5	4
Deuil d'un parent (frère, mère, frère, sœur)	8	0	3	2
Deuil d'un enfant	3	2	1	0

Tableau 47 Rapport entre les deuils et les comportements alimentaires

Nous notons que le chiffre le plus élevé se situe dans les deuils repérables de celui des conjoints et chez les personnes en troubles alimentaires. Vient ensuite, les deuils exprimés toujours celui du conjoint, pour la même population. Cette constatation n'est pas étonnante car cette population est dans la parole alors que les personnes en refus, sont bien souvent dans le refus de paroles.

Notons aussi, l'importance des deuils exprimés d'un parent, d'un enfant, d'un frère, d'une sœur.

Nous avons vu que nos critères n'étaient pas suffisants pour rendre compte de tous les cas observés et que d'autres facteurs plus individuels à chaque personne étaient à considérer.

Nous allons étudier ces cas en analysant nos données.

IV.2.7.2. Analyse des données : une répartition en deux groupes.

Reprenons notre population que nous divisons en deux groupes.

- Une population qui présente des troubles alimentaires au début de leur hospitalisation et qui se modifient en refus alimentaire ou qui restent en troubles alimentaires.
- Une population qui présente un refus alimentaire qui les conduit à la mort ou vers des troubles alimentaires.

IV.2.7.2.1.PREMIER GROUPE : PERSONNES AYANT DES TROUBLES DU COMPORTEMENT ALIMENTAIRE.

Nous avons noté que cette population correspond au plus grand nombre de patients : 27 personnes, au début de leur hospitalisation. Parmi ceux-ci, 18 ont eu des épisodes de refus alimentaire, 9 sont restées avec leurs troubles. En fin d'hospitalisation, nous

Copyright GRIVEL Claudie et Université Lumière - Lyon 2 - 2003.Ce document est protégé

retrouvons 25 personnes en troubles et 2 en refus.

Tableau 48. Répartition de la population des TCA.

comportments alimentaires	Début d'hospitalisation	Période intermédiaire	Fin de l'hospitalisation
TCA	27	9	24
RA	0	18	3

D'après ce tableau, on s'aperçoit que pendant la période intermédiaire, qui correspond pour chaque patient pratiquement à la moitié de leur temps d'hospitalisation, il y a une aggravation des refus alimentaires. Neuf personnes sont passées des troubles alimentaires au refus alimentaire. Puis, il y a une amélioration en fin d'hospitalisation.

Deux points posent un questionnement :

Que s'est-il passé dans la période intermédiaire qui a provoqué le passage des troubles en refus ?

Pourquoi la majorité s'est remise à manger et deux sont restés en refus ?

IV.2.7.2.1.1.Persistance des troubles du comportement alimentaire.

Rappelons les données pour mémoire : sur cette population de 23 personnes qui ont gardé leurs troubles alimentaires.

- 15 viennent de leur domicile,
  - 5 retournent à leur domicile.
  - 10 sont placées.
- 3 retournent en maison de retraite
- 5 sont en long séjour
  - 4 restent en long séjour.
  - 1 personne, repart au domicile d'un enfant

Les 15 personnes venant de leur domicile.

a)Les 5 personnes qui retournent à leur domicile.

Rappelons que ces 5 personnes sont en perte d'autonomie partielle.

en vertu de la loi du droit d'auteur.

Noms	Comportement alimentaire		
	debut	milieu	fin
Catherine	tca	ra	tca
Amélie	tca	ra	tca
Gisèle	tca	tca	tca
Aimée	tca	tca	tca
Dominique	tca	tca	tca

Tableau 49. Comportement alimentaire de 5 personnes non placées

- On observe que ce groupe reste en troubles alimentaires sauf deux personnes qui font un épisode de refus alimentaire durant la période alimentaire : Amélie et Catherine.
- Pour Amélie, on note une rupture avec son environnement, elle se retrouve isolée, hors de son environnement protecteur. Sa demande est de rentrer chez elle, pourtant aucune famille ne semble l'attendre.

Sa perte d'autonomie due à une fracture du col du fémur, la rend dépendante et dans l'impossibilité d'assumer le quotidien. Le refus alimentaire exprime ce moment de découragement avec une perspective d'avenir qui n'est pas le sien.

Amélie restera dans la plainte somatique et l'agressivité vis-à-vis de soignants, ce qui lui permettra sans doute de résister et de pouvoir retourner chez elle. (cf. annexe)

- Pour Catherine, il semble qu'une certaine lassitude, un découragement de ne pouvoir se rétablir rapidement, provoque son abattement. Le refus alimentaire apparaît au moment où elle exprime sa peur de ne plus pouvoir «sortir de l'hôpital»

Catherine est très entourée par ses enfants. Lorsqu'elle apprend son retour à domicile, bien qu'elle ne soit pas complètement rétablie, elle reprend tout doucement les repas qui lui sont proposés.

Il faut rajouter que le refus alimentaire de Catherine a été renforcé par la perte simultanée de deux voisines de chambre. Ces deux décès ont fait resurgir le décès d'une sœur lorsqu'elle était adolescente et celui de son époux. (cf. annexe)

- Aimée, Gisèle et Dominique n'ont pas de problèmes liés à la perte d'autonomie physique. Aimée est dans un état dépressif, Gisèle est soignée pour une bronchite et

en vertu de la loi du droit d'auteur.

Dominique pour des problèmes pulmonaires. Toutes les trois savent qu'elles vont repartir à leur domicile : Aimée avec sa mère, Gisèle et Dominique entourées par leurs enfants. (cf. annexe)

Les troubles du comportement alimentaire sont probablement liés :

- Pour Aimée, à sa dépression due à l'hospitalisation de sa mère (hospitalisée dans le même service)
- Pour Gisèle et Dominique, les problèmes de santé, ainsi qu'une certaine anxiété liée à l'hospitalisation et peut-être une difficulté à s'adapter à la vie du service : refus de partager le repas en salle à manger et peu d'appétit pour la cuisine hospitalière.

Pour les 5 personnes ont retrouvent :

- Une rupture traumatisante avec leur domicile et leur environnement.
- Un environnement familial et environnemental contenant qui permet de sauvegarder leurs repères sociaux, leur identité.
- Les deux personnes qui font un refus alimentaire, ont une perte d'autonomie momentanée due à des chutes.
- Ces deux personnes qui ont une période de refus alimentaire sont dans la plainte alors que les trois autres attendent patiemment leur guérison avec cependant quelques troubles alimentaires.

b) Les 10 personnes qui sont placées.

Parmi ces 10 personnes, 7 font un épisode de refus alimentaire.

Tableau 50. Comportement alimentaire de 10 personnes placées.

Noms	Comportement alimentaire		
	debut	milieu	fin
Camille	tca	tca	tca
Raymonde	tca	tca	tca
pierrette	tca	tca	tca
germaine	tca	ra	tca
huguette	tca	ra	tca
eugenie	tca	ra	tca
paulette	tca	ra	tca
monique	tca	ra	tca
marguerite	tca	ra	tca
yvonne	tca	ra	tca

Dans ce tableau, la colonne intermédiaire est intéressante dans la mesure où elle montre un effondrement du comportement alimentaire pour 7 personnes sur 10.

Rappelons que ces 10 personnes venaient de leur domicile et qu'elles apprennent

Copyright GRIVEL Claudie et Université Lumière - Lyon 2 - 2003.Ce document est protégé

suite à leur hospitalisation qu'elles ne retourneront pas chez elle. Sur ces 7 personnes, 2 sont en perte d'autonomie totale.

Observations des trois personnes en TCA Camille, Raymonde, Pierrette.

- Les trois ont une rupture avec la famille, pour des causes différentes. Raymonde est isolée du fait du décès de sa fille et de son gendre malade.
- Pour Camille, il semble qu'il y ait une absence de liens familiaux et pour Pierrette, elle est conflit avec sa fille.
- Camille, Raymonde et Pierrette ont aussi perdu une certaine autonomie (chutes) qui les empêche de reprendre leur vie quotidienne comme auparavant, mais elles ne sont pas complètement dépendantes.
- Une seule est dans la plainte somatique (Pierrette)

Elles ne sont pas dans le renoncement, malgré leur grand âge (90, 91,92ans) qui pourrait laisser supposer qu'elles ne veulent plus lutter. Elles gardent malgré tout un comportement à risque sur le plan alimentaire, lié à la perte du domicile, mais sans doute aussi à la perte partielle de leur autonomie.

Cette perte partielle peut expliquer, à la différence des sept personnes suivantes, qu'elles ne font pas de refus alimentaire, car elles gardent une certaine indépendance motrice.

Observations des 7 personnes qui font un épisode de refus.

Deux d'entre elles ont une perte totale d'autonomie et ne peuvent plus assumer les actes quotidiens. (Lucille, Eugénie et Marguerite)

Sur le plan familial :

- 3 n'ont pas de famille (Germaine, Huguette, Paulette)
- 2 ont de la famille mais elles n'en disent rien. (Eugénie et Monique)
- 1 est en conflit avec son fils (Marguerite)
- 1 semble assez bien entourée par son fils et ses petits-enfants (Yvonne)

Toutes sont dans la plainte somatique sauf peut-être Eugénie qui a des difficultés à s'exprimer.

Après l'épisode de refus alimentaire, 3 deviennent de plus en plus confuses (Germaine, Huguette, Eugénie)

Synthèse des observations de ce groupe.

- L'épisode de refus alimentaire montre la prise de conscience de la perte du domicile et de son autonomie physique, sociale et psychique.
- Sur le plan familial, une seule personne semble être soutenue (Yvonne) Ce sera d'ailleurs la seule qui acceptera d'être placée et de quitter son domicile. On note ici l'importance du tissu familial pour l'acceptation du devenir.

Copyright GRIVEL Claudie et Université Lumière - Lyon 2 - 2003.Ce document est protégé

- La plainte se retrouve chez les personnes qui font un épisode de refus alimentaire.

L'avenir d'un placement en maison de retraite, est-il le facteur suffisant pour une reprise alimentaire ? Il serait intéressant de connaître le comportement de ces personnes une fois admises en maison de retraite.

Pourquoi 3 choisissent de s'évader de cette réalité trop angoissante ?

les trois personnes qui repartent dans leur résidence.

Tableau 51. Comportement alimentaire de 3 personnes déjà placées.

Noms	Comportement alimentaire		
	Début	Milieu	fin
alexandra	tca	tca	tca
mathilde	tca	ra	tca
Sophie	tca	tca	tca

Toutes les trois ont une perte d'autonomie qui est responsable de leur placement antérieur. Leur hospitalisation due à des problèmes somatiques particuliers ne remettent pas en cause leur retour à leur résidence.

- Sur le plan familial, seule Mathilde est en rupture familiale (perte du fils et conflit avec la belle-fille) Nous observons d'ailleurs que c'est la seule qui fait un épisode de refus alimentaire.
- Sur le plan somatique, une seule est dans la plainte, c'est Sophie. Elle a très peur de ne pouvoir repartir dans sa résidence.
- Aucune n'est dans le renoncement.

Les cinq personnes en long séjour.

Tableau 52. Comportement alimentaire de personnes placées *en long séjour et qui sont en TCA.*

Noms	**Comportement alimentaire**		
	Début	**Milieu**	**fin**
Gabrielle	**tca**	**tca**	**tca**
Angèle	**tca**	**RA**	**tca**
Hélène	**tca**	**RA**	**tca**
Honorine	**tca**	**RA**	**tca**
Marthe	**tca**	**RA**	**tca**

Ce tableau montre qu'une seule personne reste en troubles alimentaires, 4 autres font un épisode de refus.

a)Le cas Gabrielle.

en vertu de la loi du droit d'auteur.

Gabrielle vit en long séjour depuis de nombreuses années. Elle est devenue la «mascotte» du service surtout depuis ses 100ans.

- Le service est devenu sa maison
- Les soignants sont sa famille bien que des neveux et nièces viennent parfois la voir.
- Elle a gardé une certaine autonomie motrice assez longtemps.
- Il semble que son comportement alimentaire soit resté identique depuis son hospitalisation. : elle mange juste ce qu'il faut, parfois plus, parfois moins. Elle a développé un équilibre alimentaire.
- Aucun élément n'est venu perturber son comportement alimentaire depuis son placement. Nous pourrions même dire qu'il s'est amélioré grâce à sa longévité : elle «fait partie des murs» (cf. annexe)

b) Les quatre autres personnes.

- Elles connaissent la rupture avec leur domicile, leur environnement : elles en parlent avec nostalgie.
- Toutes sont entourées par leurs enfants et petits-enfants, Elles ont une perte d'autonomie qui les laisse dépendante d'autrui dans les actes quotidiens (repas, toilette, se vêtir…)
- Seule Angèle est dans la plainte somatique. Elle refuse son placement en milieu hospitalier et donne en échange ses plaintes somatiques douloureuses pour justifier sa présence.
- Hélène choisit peu à peu de se retirer de cette réalité.
- Honorine et Marthe sont tristes. Honorine répète en essayant de trouver une solution : «je ne sais plus quoi faire»
- Marthe pleure et demande avec insistance de sortir de l'hôpital. elle sera d'ailleurs entendue par ses enfants et partira vivre chez l'un d'eux.

Synthèse de ce groupe.

- Les quatre personnes qui font un épisode de refus vivent une période de découragement, de plaintes.
- Il semble que l'environnement familial a une importance dans le fait qu'elles se remettent à manger. Marthe pourra même les convaincre à l'emmener chez eux.
- La seule personne en troubles alimentaires, est une pensionnaire de longue date qui semble s'être adaptée au milieu institutionnelle.

Nous allons aborder plus spécifiquement, les trois personnes qui restent en refus alimentaire.

IV.2.7.2.1.2.Basculement dans le refus alimentaire.

en vertu de la loi du droit d'auteur.

Quatre personnes après des troubles alimentaires basculent dans le refus alimentaire.

Tableau 53 Changement des troubles alimentaires *en refus alimentaires*

noms	comportement alimentaire		
	debut	milieu	fin
bernadette	tca	ra	ra
domitille	tca	ra	ra
lucille	tca	ra	ra
martine	tca	ra	ra

De ces quatre personnes, une seule vient de son domicile (Lucille). Les trois autres sont déjà en long séjour. Elles sont toutes en perte totale d'autonomie.

- Pour Bernadette et Lucille, on retrouve des conflits sur le plan familial.
- Martine a choisi de s'évader dans la démence.
- Pour Domitille, aucune raison apparente n'explique son refus alimentaire. Peu à peu, elle s'est retirée et à tout refuser.

IV.2.7.2.2 DEUXIÈME GROUPE : PERSONNES EN REFUS ALIMENTAIRE.

Ce groupe est formé de 22 personnes. Ils sont en refus alimentaire dès le début de leur hospitalisation et le restent, sauf pour 7 personnes qui en fin d'hospitalisation se remettent à manger plus ou moins bien.

Tableau 54. Population en refus alimentaire

	comportment alimentaire		
	Début	Milieu	fin
tca	0	0	7
ra	22	22	15

Ces 22 personnes viennent toutes de leur domicile. Nous avons deux groupes :

- 7 personnes qui sont en refus alimentaire et qui reprennent une alimentation
- 15 personnes qui refusent de se nourrir.

a) retour vers des troubles alimentaires. (cf.annexe)

Observation des 7 personnes.

Tableau 55. Troubles alimentaires en refus alimentaire *de 4 personnes*

Copyright GRIVEL Claudie et Université Lumière - Lyon 2 - 2003.Ce document est protégé

noms	Comportement alimentaire		
	Début	Milieu	fin
François	Ra	Ra	tca
Delphine	Ra	Ra	tca
Estelle	Ra	Ra	tca
Carmen	Ra	Ra	tca
Marcelle	Ra	Ra	tca
Pauline	Ra	Ra	tca
renée	Ra	Ra	tca

Ils sont tous très entourée par leur famille.

- Ils sont tous en perte d'autonomie partielle, sauf pour François.
- Deux repartent chez eux : François et Renée. Pour ces deux personnes, cela justifie leur reprise alimentaire. François a tellement été soutenu par sa femme qu'il a repris le goût de vivre pour elle.
- Renée vit en symbiose avec sa fille Aimée. Pour la santé des deux, il a été décidé de leur permettre de vivre à leur domicile.
- Après un temps d'adaptation, les 5 autres personnes ont accepté, semble t-il, le placement.

b)Persistance du refus alimentaire.

Tableau 57. refus alimentaire de 15 personnes

noms	Comportement alimentaire		
	Début	milieu	fin
Alexandrine	ra	ra	ra
marie	ra	ra	ra
Denise	ra	ra	ra
Ernestine	ra	ra	ra
Joséphine	ra	ra	ra
Odette	ra	ra	ra
Régine	ra	ra	ra
Solange	ra	ra	ra
Thérèse	ra	ra	ra
André	ra	ra	ra
Christian	ra	ra	ra
Emile	ra	ra	ra
Georges	ra	ra	ra
Jean	ra	ra	ra
Pierre	ra	ra	ra

Chez les hommes aucun placement n'a pu être effectué même si la décision a été

Copyright GRIVEL Claudie et Université Lumière - Lyon 2 - 2003.Ce document est protégé

prise... Ils savent que leur retour au domicile est impossible soit à cause de leur pathologie, soit à la demande de leur famille. Il est important de noter que les hommes interrogés, ont pris leur décision quant à leur «désir de non-vivre» ce qui leur a été imposé. Sur le plan familial, ils étaient tous très entourés par leur famille bien que quelques conflits sous-jacents ont pu être exprimés par certains membres de la famille.

C'est le cas d'Emile, de Pierre, dont les épouses ne veulent pas d'un retour au domicile. Pour André, c'est un conflit avec sa fille. Pour les autres, ils sont très entourés, mais ils n'ont le courage de continuer à vivre ainsi.

Pour les 9 femmes :

- Odette, Denise, Alexandrine, Régine, Ernestine et Thérèse, sont dans le refus de tout : paroles, soins nourriture. Sur le plan familial, il est très difficile de connaître son implication.
- Sur le plan familial : Marie se sent abandonné par eux, bien qu'ils soient très présents. Solange est très entourée
- Trois d'entre elles, n'ont pas accepté la mort d'un proche : pour Marie c'est la mort de son père quand elle avait 5 ans, pour Joséphine, c'est le suicide de son fils, pour Solange, c'est le décès de son mari. On observe pour les trois, un effondrement de leur Moi. Cette vie n'a plus de sens. Comme pour les hommes, elles ne se sentent plus utiles et plus à leur place.

IV.3. Conclusion de la clinique du refus alimentaire.

De l'analyse de notre population de 49 personnes, nous avons pu observer que :

- Les personnes en refus alimentaire et ayant des troubles alimentaires associés, sont des personnes qui arrivent majoritairement de leur domicile. On peut donc admettre que l'hospitalisation et le départ du domicile sont des traumatismes pour l'âgé qui le déstabilise.
- Ces mêmes personnes sont placées pour la grande majorité. La plupart restent en refus alimentaire à la suite de cette décision prise pour elles. Le refus alimentaire devient leur choix de vie dans la mort : **un désir de non-vivre.** Pourtant, certaines ont une certaine reprise alimentaire, ce qui signifie que d'autres facteurs tels que l'environnement familial contenant, un travail du vieillir qui se réalise, avec la possibilité d'une adaptation à ce nouvel environnement.
- Les personnes déjà placées en résidence ont des troubles alimentaires, parfois des épisodes de refus, mais lorsque la décision de leur retour à la résidence est prise, elles ne sombrent pas dans le refus.
- Pour les personnes en long séjour, nous avons vu que la plupart réagissent comme pour la population précédente, mais certaines s'effondrent. Ce sont souvent des

en vertu de la loi du droit d'auteur.

personnes très âgées, qui ont un nouvel accident somatique. D'autres s'enfuient dans la démence.

Ces remarques argumentent notre hypothèse, bien qu'elle ne soit pas entièrement validée. En effet, nous avons évoqué, une catégorie de personnes, qui placées dans les mêmes conditions, ne développe pas forcément un refus alimentaire. Nous avons pu entrevoir que d'autres paramètres de l'ordre de l'intrapsychique et de l'interindividuel étaient à prendre en compte.

Pourtant, d'après nos observations, nous pouvons valider notre hypothèse dans le sens qu'elle pose le problème :

- Du placement pour la personne âgée,
- De la prise de décision par un autre qu'elle,
- Des conséquences que cette décision entraîne,
- Du sens du refus alimentaire.

De ces différents points, il est donc important de faire un travail sur la question de l'hospitalisation et du placement chez la personne âgée.

Nous allons voir maintenant, les différentes perspectives d'intervention à visée thérapeutique.

en vertu de la loi du droit d'auteur.

Cinquième partie. Perspectives d'interventions à visée thérapeutiques

V.1. Un travail sur la question du placement.

Dans la partie précédente, nous avons pu identifier que la plupart des personnes en refus alimentaire étaient des sujets âgés qui venaient de leur domicile pour être hospitalisés, suite à des problèmes somatiques et qui se retrouvaient face à un avenir de placement.

Nous avons observé que la personne âgée, dès son entrée à l'hôpital redoute la maladie, la perte d'autonomie qui la conduira à se séparer de son lieu de vie pour l'institution. Nous avons pu constater que ses doutes se transformaient en une réalité, qu'elle n'était pas préparée à assumer.

Par le refus alimentaire, la personne âgée nous a signifié son désarroi, son impossibilité à gérer ces événements et son opposition à cette décision qui n'est pas la sienne. Il nous était donc impossible d'évacuer ce refus, en le reléguant simplement comme un symptôme d'une pathologie somatique ou psychique, traité essentiellement sur le plan médical.

De ces constatations, il paraît nécessaire de réfléchir sur un travail concernant la question du placement. Les réflexions que nous allons exposer sont des axes sur

Copyright GRIVEL Claudie et Université Lumière - Lyon 2 - 2003.Ce document est protégé

lesquels pourraient se développer des programmes d'interventions à visées thérapeutiques.

Il paraît donc important d'élaborer un travail avec l'âgé sous forme d'entretiens, avec la famille qui a besoin d'être soutenue pendant cette période difficile et avec l'équipe, afin que chaque membre qui la compose, en lien avec l'âgé puisse apporter ses observations, ses difficultés et ses souffrances devant tel ou tel patient.

- Avec l'âgé.

Durant ce temps d'hospitalisation, la personne hospitalisée doit pouvoir verbaliser en entretien, tout d'abord, les causes de son hospitalisation, les événements relatifs à celui-ci, son angoisse due à sa maladie. Elle a besoin que l'on reconnaisse ses besoins, ses désirs, ses souffrances. Elle a le désir d'être acceptée telle qu'elle est, telle qu'elle veut continuer à être et à pouvoir vivre sa vie telle qu'elle la voit.

Puis, lorsque la décision du placement est soulevée par l'équipe, la famille et parfois par la personne âgée, elle-même, elle doit être préparée à cette «nouvelle place» afin de devenir sienne. Lorsqu'elle était chez elle, sa vie lui appartenait.

Elle remédiait à une certaine perte d'autonomie liée à l'âge, par des aides qui lui permettaient de garder une certaine indépendance.

La demande de placement rompt cet équilibre qu'elle était arrivée à établir même s'il restait fragile. Cette admission en institution lui confirme ce à quoi elle est déjà préparée : l'avancée de sa propre vieillesse qui la conduira à la mort. Cet avenir est inquiétant car il est mortifère et il ne correspond pas à ce qu'elle avait prévu pour sa fin de vie.

La préparation à ce nouvel environnement est donc primordiale pour l'adaptation à celui-ci. Il est nécessaire de permettre à la personne âgée de se constituer sa nouvelle identité dans un milieu dépourvu de son passé. Elle ne connaît pas les règles du jeu, elle ne sait pas se situer dans cet univers. Elle doit établir de nouvelle relation avec les soignants qui sont déterminante sur l'estime qu'elle a d'elle-même. En effet, il est difficile d'être dépendant des autres dans les actes quotidiens de la vie : se laver, aller aux toilettes, manger, marcher…sans perdre une partie de sa dignité.

Elle doit être préparée à quitter son domicile pour l'institution où elle finira ses jours. Elle ne sait pas le temps qu'elle y vivra, mais elle veut pouvoir vivre sa vie comme elle l'a organisé pour elle.

- Avec la famille.

Le placement, c'est aussi une période de crise pour la famille. Notre recherche a effleuré les problèmes des familles qui doivent prendre la décision de placement pour son parent âgé et la difficulté que nous avons eu, avec certaine famille, pour aborder cette question du placement, de leur ressenti vis-à-vis de la rupture avec le parent, de l'institution.

Après une période où chaque membre se trouvait en accord sur la nécessité du placement pour le parent, on voit apparaître les rivalités pour le choix de l'établissement, de son coût, de sa proximité ou au contraire de son éloignement. La famille se trouve, dans la majorité des cas, en souffrance. Le travail de séparation entre la famille et le

Copyright GRIVEL Claudie et Université Lumière - Lyon 2 - 2003.Ce document est protégé

parent doit être engagé. Et comme l'exprime P.Charazac (1998) le travail de séparation ne commencera que lorsque la famille et le parent pourront accepter et se dire que le placement fait penser à la mort mais que le parent a encore du temps à vivre.

De nombreux sentiments, tels que l'isolement, la culpabilité, l'inquiétude, la gêne, habitent la famille qui ne peut accepter la déchéance de son parent.

Éprouvée, cette famille est en désarroi, en peine, et cherche le chemin d'une véritable communication avec l'équipe soignante.

Elle a besoin d'être soutenue dans l'accompagnement de son parent, car elle ne sait plus comment se comporter devant son parent en fin de vie.

La famille est soumise à des tensions internes lors de la mort d'un proche. Elle aura besoin de soutien pour traverser cette étape difficile.

Il est donc important, d'associer la famille dans ce travail sur la question du placement, dans un entretien préalable à l'admission, afin que la famille puisse verbaliser ce que l'entrée en institution fait vivre au couple parent- famille.

Des groupes d'expression pour les familles peuvent être mis en place pour soutenir la famille. Ch. Joubert (1997) a montré que ces groupes soutiennent l'investissement objectal du parent et sensibilisent la famille à l'importance des séparations.

Son propre vécu et son ressenti devant un conjoint, un père ou une mère que l'on ne reconnaît plus, doit être écouté. Elle doit se sentir soutenue devant une décision qu'elle ressent comme incontournable mais culpabilisante, car responsable de ce placement. Elle doit savoir écouter les désirs de vie de son conjoint, de son parent et l'éventualité de trouver d'autres solutions que le placement.

- Avec l'équipe soignante

Enfin, il est nécessaire que l'équipe soignante puisse apporter ses observations, ses ressentis, ses difficultés en lien avec la personne âgée. Son avis sur l'éventualité d'un retour au domicile ou l'obligation d'un placement.

La famille et l'équipe sont dépendantes l'une de l'autre. La famille attend de l'institution qu'elle prenne soin de son parent et l'équipe a besoin que celle-ci lui renvoie une bonne image d'elle-même et de ses capacités. Elle a besoin de pouvoir évacuer les récriminations de la famille, les plaintes de l'âgé. Elle devra aussi accepter la mort d'une personne âgée investie.

le médecin sera à même de valider ou non un éventuel retour à domicile ou d'appuyer sur un placement en fonction de l'état somatique du sujet, mais il devra tenir compte des désirs de cette même personne.

Chaque membre de l'équipe, dans sa spécificité contribuera à une meilleure prise en compte des possibilités du sujet.

Dans le cas d'une décision de placement, la personne âgée doit avoir le temps de se préparer à cette nouvelle rupture dans son vécu.

Cette préparation au devenir de la personne âgée n'éliminera sans doute pas les

en vertu de la loi du droit d'auteur.

troubles du comportement alimentaire liés aussi à l'angoisse de la maladie, de l'hospitalisation, d'un devenir inconnu, mais pourra probablement faire diminuer le refus alimentaire lié au traumatisme du placement.

Partant de ce constat de refus alimentaire et du placement, quels sont les axes sur lesquels pourraient se développer les programmes d'intervention à visée thérapeutique ?

V.2. Un travail sur les possibles dégagements sous-jacents.

Nous venons d'aborder la préparation du travail de séparation avec le domicile, avec l'environnement familial, en vue du placement. Nous devons penser un travail psychologique en amont de l'hôpital et du placement, afin que le refus alimentaire ne soit pas pris que comme un problème médical, mais dans sa globalité.

Nous avons observé, dans cette recherche, le refus alimentaire et les troubles du comportement alimentaire essentiellement lié au placement, à la perte d'autonomie. Il ne faut pas ignorer que certaines personnes âgées développent celui-ci dès leur domicile, mais dans ce cas d'autres facteurs sont à prendre en considération.

Dans le cas de cette recherche, nous pensons que le travail effectué avant la décision de placement peut retarder celui-ci.

- Au domicile.

Actuellement, des professionnels ont pour fonction de venir en aide à la personne âgée en perte d'autonomie, ce sont les auxiliaires de vie, les aides ménagères, parfois des infirmières. Lors de périodes sensibles pour l'âgé, il serait important que les «équipes de vie» puissent s'en référer au médecin, mais aussi au psychologue. Une formation permanente, une réflexion seraient ainsi mises en place. Elles permettraient de remettre en cause certaines idées préconçues, comme le refus alimentaire et de progresser pour le bien-être de l'âgé. Le psychologue pourrait alors se rendre au domicile de la personne âgée, l'accompagner dans son travail du vieillir, prendre en compte l'environnement familial souvent épuisé par le maintien au domicile.

Ainsi, l'institution se déplacerait sur le lieu de vie de l'âgé, dans la perspective d'un maintien dans son environnement le plus longtemps possible.

Lorsque la décision de placement devient inéluctable, l'âgé doit être préparé à cette rupture, ainsi que son environnement familial.

Si des périodes sensibles où se développent des troubles alimentaires, le psychologue ainsi que l'équipe doit décrypter ces signes.

Bien que ce ne soit pas souvent facile, par manque de places, un éloignement trop important, un coût trop élevé, il serait bien que la personne puisse choisir son lieu de vie, le visiter, être accueilli par le personnel.

en vertu de la loi du droit d'auteur.

· En institution.

L'accueil est important lorsque la personne est admise dans sa nouvelle structure. Le personnel doit être vigilant pendant les premiers mois qui sont souvent des périodes sensibles car c'est le temps d'adaptation qu'il faut pour que la personne établisse ses nouveaux repères.

Nous pensons que le psychologue a un réel travail d'élaboration à effectuer avec le personnel, la famille, l'âgé et l'équipe soignante.

La formation du personnel soignant ainsi que son soutien sont autant indispensables que pour les aides à domicile. Il peut du fait même de son travail de proximité de l'âgé et de son environnement familial, tenir informer des difficultés, des interrogations et des craintes de ceux-ci et de leur besoin d'être soutenu.

Un réseau institutionnel où chaque membre, acteur dans sa spécificité, en lien avec les autres pourra permettre d'être à l'écoute de la personne âgée et de transformer dans la mesure du possible, son désir de non-vivre en désir de vivre sa fin de vie.

Copyright GRIVEL Claudie et Université Lumière - Lyon 2 - 2003.Ce document est protégé

Copyright GRIVEL Claudie et Université Lumière - Lyon 2 - 2003.Ce document est protégé

Conclusion

Au terme de cette recherche, nous avons conscience d'avoir soulevé des problèmes importants touchant au vécu de la personne âgée, d'avoir été confrontée à des difficultés venant peut-être du décalage entre le vécu affectif de deux générations, des angoisses véhiculées entre l'écoutant et l'écouté.

Nous nous sommes retrouvée impliquée dans notre relation avec le vieillard comme représentant d'une image dont il a fait le deuil et qui réactive son passé et celle qu'il nous projette, celle de notre déchéance future et notre angoisse de mort.

Nous avons pris conscience du vécu de la personne âgée en milieu institutionnel, nous avons posé le problème important chez l'âgé de l'articulation entre le physiologique et le psychologique.

Nous resterons humble devant les nombreux points que cette recherche a soulevés et qui sont restés dans l'ombre. Nous en exposerons quelques-uns au terme de cette conclusion.

Nous pouvons tout de même affirmer que :

- L'hypothèse que nous avions formulée à propos du refus alimentaire comme étant un comportement révélateur d'un mal-être chez la personne âgée, est confirmée.
- Cette étude a mis en évidence l'importance : de la rupture avec le domicile et par conséquent, avec l'environnement affectif et social; des conséquences de l'hospitalisation; de la décision de placement dans des structures spécialisées pour

en vertu de la loi du droit d'auteur.

des personnes non consultées et pas préparées à une telle échéance.

- La dépendance, cause de l'institutionnalisation est aussi responsable de l'émergence du refus alimentaire. Ce constat s'est révélé frappant pour les hommes.
- Le refus alimentaire est un mode d'expression, choisit par le sujet pour signifier à son environnement, le refus de se voir déplacé de sa destinée et dépossédé de sa mort.

Ces différents points mis en relief, ne nous font pas oublier que nous sommes en lien avec une population, d'hommes et de femmes, âgés, fragilisés et que par conséquent des facteurs intra et intersubjectifs sont à prendre en considération, ce qui explique que certains sont en refus alimentaire, que certains développent des troubles du comportement alimentaire et d'autres s'adaptent relativement bien aux nouvelles structures.

Ceci pour dire que des facteurs inhérents à la personnalité de chaque individu sont à prendre en considération.

De ce constat, il semble difficile de parler de refus alimentaire au singulier, mais plutôt des refus alimentaires en lien avec des personnalités, des vécus différents.. En effet, la rupture avec le domicile et le placement ainsi que la dépendance, sont souvent les causes premières du refus alimentaire pour une grande majorité de personnes, nous avons pu observer qu'il se conjugue différemment d'un individu à un autre.

Un autre regard peut être porté sur le refus alimentaire, si l'on se place du point de vue des soignants, celui-ci est perçu et traité différemment selon les spécificités des professionnels qui s'occupent de la personne âgée.

Ce constat nous a fait distinguer le refus alimentaire chez l'âgé de l'anorexie et des problèmes alimentaires dus à des pathologies somatiques. Cette réflexion nous a permis de ne pas éluder l'importance des poly-pathologies constatées chez l'individu âgé et donc de l'importance du travail en équipe pour ne pas privilégier un champ au détriment d'un autre.

En effet, le vieillissement est le siège de mouvements internes qui a pour but de réaménager le monde interne éprouvé par des pertes, des crises successives. La personne âgée devient fragile et vulnérable, que ce soit sur le plan physique avec des pertes sensori-motrices ou le plan psychologique : des pertes, des deuils, des crises.

Nous avons pu voir l'importance du travail du vieillir, qui est un travail de deuil, de renoncements, du maintien de l'identité nécessaire à la réalisation de cette dernière étape de la vie. C'est par ce travail que l'individu peut accepter les modifications physiques, psychologiques, demeurer un être de désirs et continuer à construire la fin de sa vie.

Ce travail est long et difficile. Pour certains, il est d'autant plus difficile que des deuils, des crises qui ont jalonné leur existence, sont restés dans l'ombre, sans véritable résolution.

C'est donc, de cette convergence de la vieillesse, de la maladie, d'un contexte psychologique et environnemental (placement) propre à chaque individu qu'émerge le refus alimentaire.

Nous avons postulé, que le sens du refus alimentaire émergeait comme réponse au

en vertu de la loi du droit d'auteur.

placement institutionnel. En effet, la personne âgée exprime par ce comportement une opposition à cette décision de placement, un refus d'être dépossédée de son identité. Le refus alimentaire serait alors compris sur un registre défensif de type maniaque. La personne âgée, mise en échec dans la résolution de son travail du vieillir, se voit contrainte de contrôler l'échéance de sa fin de vie pour réinvestir sa propre mort.

Pour cela, le sujet âgé fait un repli narcissique, avec un désinvestissement des objets externes. Le refus s'est installé, non seulement, le refus alimentaire mais aussi le refus de paroles, de soins, le refus des autres.

Les observations cliniques ont argumenté notre théorie. Notre population en refus alimentaire, âgée entre 72 et 100ans, avec une majorité située entre 85-95 ans, a dans la majorité, subi un traumatisme qui est dû à l'hospitalisation. La perte d'autonomie souvent causée par des chutes, une dégradation physique et/ou psychique, rend la personne dépendante et dans l'incapacité de vivre comme elle en avait l'habitude.

Au cours de la période d'hospitalisation, elle s'aggrave bien souvent sur le plan physique, dû au manque de stimulations corporelles et sur le plan psychologique, car l'hospitalisation ne lui laisse plus de doute s'elle en avait encore, quant à sa perte d'autonomie progressive liée au vieillissement et accentuée par les causes de l'hospitalisation.

Les résultats de nos observations cliniques, sur une population présentant des troubles du comportement alimentaire et des refus alimentaires, au moment de son hospitalisation, ont mis en évidence plusieurs points importants dans la compréhension du refus alimentaire.

Nous avons pu remarquer que :

- L'hospitalisation provoque sur une population âgée :
  - Un traumatisme important, qui est porteur d'angoisses, de déséquilibres internes, à une période de sa vie où elle se trouve fragilisée par les crises successives, les pertes subies.. (cf. question du vieillissement, partie II)
  - Une prise de conscience d'une perte d'autonomie plus ou moins totale, qui remet en cause son lieu de vie, c'est-à-dire son domicile pour une structure adaptée.
  - Une rupture avec l'environnement plus ou moins longue, selon les causes de son hospitalisation et de son niveau de psychisation face à cette épreuve.
  - Une décision de placement qui est suggérée par l'environnement médical et familial comme seule alternative bénéfique à la personne âgée.

- Cette décision de placement en institution provoque :
  - Une épreuve supplémentaire qui arrive au moment d'une vulnérabilité extrême.
  - Une séparation avec les seuls liens qui la maintenaient dans une vie affective et sociale :
  - Une rupture avec le domicile, la famille, le conjoint.

Copyright GRIVEL Claudie et Université Lumière - Lyon 2 - 2003.Ce document est protégé

– Une rupture avec une vie sociale peut-être réduite, mais existante pour elle.
– Un travail d'élaboration de cette dernière étape de la vie qui a été interrompu. Cette décision surgit pendant une période de déséquilibre interne. La personne déjà fragilisée avant l'hospitalisation, par une quête ou la mise en place de nouveaux repères, se voit brusquement détournée de son choix de fin de vie.

Le début du travail du vieillir est contrarié, la personne âgée n'a plus la capacité, l'énergie pour gérer cette épreuve supplémentaire, le placement. Pour elle, cette décision n'est pas la sienne et ne correspond pas à ce qu'elle voulait pour elle.

La personne se replie sur son monde interne, elle se ferme au monde extérieur (refus de paroles, refus des soins, refus de l'institution, refus du groupe social) de qui elle n'attend plus rien. Elle ferme la bouche qui ne laissera plus «la place» aux mots et aux aliments puisque cet acte devient inutile.

De ces observations nous avons pu entrevoir des possibilités d'action à visées thérapeutiques dans différents axes :

En amont de l'hospitalisation c'est-à-dire dès le domicile de la personne avec la perspective d'un maintien à domicile le plus longtemps possible. Nous pensons que le psychologue a un rôle important :

· Dans le soutien de la personne et des familles quand elle traverse des épreuves douloureuses qui peuvent être un deuil, une dépression, un handicap, une préparation à la retraite, une préparation à l'entrée en institution, un accompagnement en fin de vie.
· Pour les institutions et leurs équipes qui sont confrontées à des situations professionnelles difficiles. Ces groupes de paroles permettront de mettre des mots sur leur ressenti, d'appréhender différemment la personne âgée et les situations qu'elle génère, à éviter l'épuisement professionnel, etc.…

Dans l'institution, le psychologue prend alors le rôle de médiateur entre l'équipe institutionnelle et la personne âgée, l'institution et l'extérieur, sans omettre comme nous avons pu l'écrire dans la partie précédente un travail sur l'accueil de l'âgée au moment de son entrée.

Nous avons mentionné précédemment que des points sont restés volontairement dans l'ombre.

En effet, il serait intéressant de travailler le refus alimentaire chez les personnes qui restent à leur domicile. Quelles en sont les causes qui ont déclenché ce comportement qui met leur vie en danger ? Certaines des personnes que nous avons pu voir en milieu hospitalier, avaient débuté un refus alimentaire à leur domicile. Ces personnes ont bien souvent refusé les entretiens et sont décédées très rapidement.

Le refus alimentaire chez les hommes nous a posé de nombreuses interrogations dans la mesure où leur comportement semblait être décidé et ressemblait plus à un équivalent suicidaire. Dans un premier temps, le sujet est plutôt agressif, opposant à toute manifestation d'aide, puis il désinvestit le monde extérieur.

Copyright GRIVEL Claudie et Université Lumière - Lyon 2 - 2003.Ce document est protégé

Il paraît déterminé dans son choix. Il semble qu'il n'accepte pas les conséquences d'une pathologie, des changements psychosociaux tel qu'un changement de milieu.

Peut-on parler de personnalité différente qui justifierait le refus alimentaire alors que d'autres choisiraient un «compromis démentiel» ou autre ?

En effet, ce comportement de refus alimentaire de la personne âgée qui exprime un rejet violent du verdict de placement nous a souvent fait réfléchir sur d'autres conduites qui émergent dans ces mêmes conditions : «compromis démentiel,» chutes, régressions psychosomatiques ou syndrome de glissement, suicides avérés, tous comportements graves qui précipitent à une mort brutale ou une mort psychique.

Un travail pourrait mettre en lien ces situations à risque et la mort brutale qui les accompagnent en opposition à celles, et nous pensons à la démence, etc…, qui précipitent vers une mort psychique. Un des facteurs de ces comportements «catastrophiques» serait le placement imposé de personnes âgées qui n'ont pas pris part à cette décision.

en vertu de la loi du droit d'auteur.

en vertu de la loi du droit d'auteur.

Bibliographie

ABRAHAM N., TOROK M.,.1972, Introjecter- Incorporer. Deuil ou mélancolie, *Nouvelle Revue de Psychanalyse*, 6,111-122.

ABRAHAM N., TOROK M., 1987, L'écorce et le noyau, Paris, Flammarion, 480p.

ALVIM F, 1962, Troubles de l'identification et image corporelle, in *Revue Française de Psychanalyse,* Tome.26, numéro spécial, 22ème Congrès des psychanalystes

AMELLA EJ, DIMARIA RA,. 1997, La nutrition, in *L'Encyclopédie du vieillissement*, Paris, Serdi Springer, pp504- 507.

AMELLA EJ, DIMARIA RA, 1997, Le comportement alimentaire,.*L'Encyclopédie du vieillissement* Paris, Serdi- Springer, pp.148-150.

ANZIEU D., 1972, La fantasmatique orale dans le groupe, In Destins du cannibalisme, Nouvelle Revue Psychanalyse, n°6, Gallimard, pp.203-214.

ANZIEU D., 1981,Le groupe et l'inconscient. L'imaginaire groupal, Paris, Dunod,

ANZIEU D., 1985, Le moi-peau, Paris, Bordas, Dunod, 254p.

ARBOUSSE-BASTIDE, LE GOUES, 1982, Mouvements défensifs du Moi au cours du vieillissement, in *Actualités Psychiatriques*, n°6, pp.75-79.

ARIES P., 1977, L'homme devant la mort, .Paris, Seuil, 638p.

AULAGNIER P., 1984, Les destins du plaisir, aliénation-amour-passion, Paris, Presses Universitaires de France, 268p.

Copyright GRIVEL Claudie et Université Lumière - Lyon 2 - 2003.Ce document est protégé

ASSOUN PL., 1999, Le trauma à l'épreuve de la métapsychologie, in *Psychiatrie Française,* numéro spécial, pp.7-23.

BACQUE MF.,2000, Le deuil à vivre,. Paris, :Odile Jacob, -282p.

BAILLET, BOUCLIER, BARAKE, 1994, Des équivalents suicidaires chez la personne âgée, in *La semaine des hôpitaux de Paris*, Tome70, n°23-24, pp.691-695.

BALIER C., 1970, Vie collective et vieillissement, in. *Confrontation. Psychiatrique*, n°5, pp.189-209.

BALIER C., 1970, Les comportements psychiques des personnes âgées, in *Evolution Médicale,* Tome.13, n°5.

BALIER C., 1976, Vieillissement individuel, Vieillissement social, in *cahier de la FNG*, n°4.p.108

BALIER C., 1976, Troubles névrotiques de la sénescence, in *Encyclopédie Médicale Chirurgicale Psychiatrie*, A.30.

BALIER.C., 1979, Pour une théorie narcissique du vieillissement, in *L'Information psychiatrique,* Volume.55, n°6, pp.635-645.

BALIER C., 1982, Des changements dans l'économie libidinale au cours du vieillissement, in *Le temps et la vie*, *(sous la direction de J.GUILLAUMIN et H.REBOUL*), Lyon, Chronique sociale, pp.63-69.

BALINT M., 1972, Les voies de la régression, Paris, Payot..

BARRERE H. & Coll., 1993, La relation psychosociale avec les personnes âgées, Paris,

Privat, 168p.

BASDEVANT A., LEBARZIC M., GUY-GRANDB., 1990, Comportement alimentaire: du normal au pathologique,Ardix Médical.

BEAUVOIR de S., 1970, La Vieillesse, Paris, Gallimard, 604 p.

BERGERET J. & Coll., 1972, Abrégé de Psycho-Pathologie, Paris, Masson, 338p.

BERGERET.J., 1982, La deuxième crise de l'adolescence. Sénescence et crise d'identité, in *Le temps et la vie*, *(sous la direction de J.GUILLAUMIN et H.REBOUL),* Lyon,: Chronique sociale, pp.71-78.

BERGERET J., 1984, La violence fondamentale, Paris, Dunod, 251p.

BERTAGNE, PEDINIELLI, 1986, Travail du vieillir et vieillissement dépassé, in: *Information psychiatrique*, Tome 62, numéro spécial, pp309-314.

BESANCON G., 1991, Le corps âgé et son vécu, in: *Psychologie Médicale*, Tome 23, n°7, pp.775-779.

BIANCHI.H., 1979, Remarques sur la réactivation de la problématique oedipienne à la fin de la vie,in *Dialogue*, pp.27-32.

BIANCHI.H.,.1980, Travail du vieillir et travail du trépas, .in: *Psychanalyse à l'université*, Tome 5, n°20, pp.613-619.

BIANCHI.H., 1985, Entre deuil et déni, dynamique du sujet âgé face à la situation de perte, in *Psychologie Médicale*, Tome 17, n°8, pp.1145-1147.

BIANCHI. H., 1987, Le Moi et le temps. Psychanalyse du temps et du vieillissement, Paris, Dunod, 137p.

 Copyright GRIVEL Claudie et Université Lumière - Lyon 2 - 2003.Ce document est protégé

BIANCHI.H., 1989, Vieillir ou le destin de l'attachement, in *La question du vieillissement,* Paris, Dunod, pp.33-63.

BIANCHI.H., 1992, Vieillir: s'attacher et se détacher, in *Le journal des psychologues,* n°102, pp.26-28.

BIROUSTE J., 1980, Le vieillissement, Perspective psychologique, in *Identité Individuelle et Personnelle,* Toulouse, Privat,

BIROUSTE J., 1982, Comment la restauration de leur domicile contribue à l'identité des personnes âgées, in *Psychologie et Education*, Toulouse le Mirail, Tome V.1, n°1, pp.41-53.

BIRRAUX.A., 1994, L'adolescence face à son corps, Paris, Bayard, 204p..

BLEGER J.,: 1981, Symbiose et Ambiguïté. Etudes Psychanalytiques, Paris, Presses Universitaires de France.

BOIFFIN A., LE GOUES G., 1982, L'hospitalisation et la personne âgée, in *La Revue de Gériatrie*, Tome 7, n°3, pp.138-140.

BOWLBY J., 1963, L'anxiété de la séparation, in *Psychiatrie de l'enfant*, Paris, Tome 11, n°1.

BOWLBY J., 1992, Attachement et perte. 1/ L'attachement, Paris, Presses Universitaires de France, 539p.

BREL J., 1982, Œuvre intégrale, Paris, Laffont.

BRUCH.H., 1975, Les yeux et le ventre, Paris, Payot, 450p.

BRUSSET.B., 1977, L'assiette et le miroir, Toulouse, Privat, 270p.

CABANAC.M., 1971, Physiological role of pleasure, in S*cience*, n°173, pp.1103-1107.

CANGUILHEM G., 1979, Le Normal et le Pathologique, Paris, Presses Universitaires de France.

CARON R., 1999, Comprendre la personne âgée, Gaetan, Morin, 179p.

CELERIER MC., 1989, Corps et fantasmes. Pathologie du psychosomatique, Paris, Dunod, 174p.

CHABROL.H., 1996, L'anorexie et la boulimie de l'adolescente, Paris, Presses Universitaires de France..

CHARAZAC P., MOLLARD M., 1982, Le vieillard, l'institution adoptive et l'institution soignante, 1er Colloque de Psychogériatrie, Limoges.

CHARAZAC.P., 1998, Psychothérapie du patient âgé et de sa famille, Paris, Dunod, 169p.

CICCONE M., LHOPITAL M., 1991, Naissance à la vie psychique, Paris, Dunod, 298p,

CLEMENT JP., LEGER JM., 1992, La place de la personne âgée dans la société, in *Psychiatrie Française,* Tome 13, n°3, pp.9-17.

COLLECTIF, 1999, Nutrition du Sujet Agé.

COLETTE, 1928, La Naissance du Jour, Paris, Flammarion.

COLLOMB.J., 1972, Contribution à l'étude de quelques aspects psycho-pathologiques des syndromes dépressifs de la sénescence chez la femme, Mémoire CES Psychiatrie, Université Lyon I.

en vertu de la loi du droit d'auteur.

COMBRIS P., NICHELE V., 1994, Les comportements de stockage alimentaire des ménages, in *INRA, Sciences sociales*, n°1.

CONSTANS T., 2003, Dénutrition des personnes âgées, in *La Revue du Praticien*, n°53, pp.275-279.

CORMAN L., 1975, Narcissisme et Frustration d'amour, Bruxelles, Dessart et Mardaga,

CROCQ.L, 1991, Krisis, crisis, crise. Les métamorphoses du concept, in *Revue de médecine*, n°27, pp.11-38.

CUISINIER B., 2002, Accroître le soin relationnel avec les personnes désignées démentes type Alzheimer: le travail du vieillir, Lyon, Chroniques sociales, 359 p.

CYRULNIK B., 1993, Les nourritures affectives, Paris, Odile Jacob, 244p.

CYRULNIK B., 1995, La naissance du sens, Paris, Hachette, 168p.

DEMAILLY E., 1983, Manger pour ne rien dire, in *Gérontologie et Société*, n° 34, p.73.

DOLTO F., 1984, L'image inconsciente du corps, Paris, Editions du seuil, 373p.

DORON R., PAROT F., 1991, Dictionnaire de Psychologie, Presses Universitaires de France, 781 p.

DUCARRE J., GARCIN.JN., 1997, L'éthique: acte de responsabilité inscrit dans la relation de face à face..

DUCOTTET C., 1998, L'anxiété de l'assiette ou la peur du lendemain, DEA de Psychopathologie clinique, Université Lyon 2, 60 p.

DURET L., 1998, Les conduites suicidaires de la personne âgée: un échec ou un vieillissement? Thèse de psychiatrie Université Lyon 1, 100p.

EIGUER A., 1999, Du Bon Usage du Narcissisme, Paris, Psychologie, 242p

ENOS.G, LAMBERT C, PARQUET E., 1985, L'hospitalisation de la personne âgée : cause et conséquence de « crise », in *Psychologie Médicale*, Tome 17, n°8, pp.1187-1189.

ENOS.G., 1999, L'alimentation de la personne âgée. Aspects Psychologiques, in *Gériatrics- Praticiens et 3 ème âge*, p193-196

ERIKSON.EH., 1968, Adolescence et crise. La quête de l'identité, Paris, Flammarion, 1972, 343p.

FEDIDA P., 1982, Le cannibale mélancolique, in *Destins du cannibalisme, Nouvelle Revue de Psychanalyse,* n°6, Gallimard, pp.123-127.

FENICHEL O., 1972, De la crainte d'être dévoré, in *Destins du cannibalisme*, *Nouvelle Revue de Psychanalyse,* n°6, Gallimard, p.149-152.

FERENCZI.S., 1919-1926, Psychologie collective et analyse du Moi de Freud, in *Oeuvres Complètes,* tome III, 1974, pp.183-187.

FERENCZI.S., 1919-1926, Pour comprendre les psychonévroses du retour d'âge, in *Oeuvres Complètes*, tome III, 1974, pp.150-155.

FERREY.G., LE GOUES.G., 1995, Psychopathologie du sujet âgé, Paris, Masson, 3° édition, 198p.

FERRY M., 1990, La dénutrition du sujet âgé, in *Annales de Biologie.Clinique*, volume 48, pp.303-308.

en vertu de la loi du droit d'auteur.

FERRY. M., 1995, Bien vivre. Manger sans contrainte, le poids des interdits, in *Livre Blanc. Notre temps.*

FERRY.M., 1996, Nutrition des personnes âgées. Aspects fondamentaux, cliniques et psychosociaux. Paris, Berger- Levrault,

FRANC R., FAISANT C., NACACHE L., RICHEZ A., MORON P., 1993, La maison de retraite, lieu de suicide ou lieu de prévention? in *Psychologie Médicale*, volume 25, n°4, pp.316-319

FREUD A. 1949, Le moi et les Mécanismes de défense, Paris, Presses Universitaires de France, 163p.

FREUD A., 1965, Le normal et le pathologique chez l'enfant, Paris, Gallimard.

FREUD S., 1915- 1923, Essais de psychanalyse, Paris, Payot, 1951, 278p.

FREUD S., 1914, Inhibition, Symptôme et Angoisse, Paris, Presses Universitaires de France, 1971, 103p.

FREUD S., 1914, Pour introduire le narcissisme, in *La vie sexuelle*, Paris, Presses Universitaires de France, 1962..

FREUD.S., 1915, Deuil et Mélancolie In *Métapsychologie,* Paris, Gallimard, 1952, 11ème édition, pp.189-221

GAUCHER.J., 1982, Les apports de la psychologie à l'étude du vieillissement, in *Gérontologie et Société*, n°22, pp.21-31

GAUCHER J., 1982, Le temps rompu par l'âge, in *Le temps et la vie*, *(sous la direction de J.GUILLAUMIN et H.REBOUL*) Lyon, Chroniques Sociales, pp.47-52

GAUCHER.J., 1989, Alimentation de la personne âgée: conduites de table: un acte profondément psychique, in *Vieillissement et pratiques alimentaires*, Lyon, Simep, pp.89-102

GAUCHER.J., 1995, Voir venir la crise de sénescence, in *Gérontologie*, n°3, pp.25-28.

GAUCHER.J. et PLOTON.L. 1996, Le temps dans une approche psychodynamique de la vieillesse, in *Revue Gérontologie et Société*, cahier n°77, p.22-30

GAUCHER J., 1992-1993, La vieillesse: le dernier stade de la vie- Approche du concept en gérontologie et des conditions d'élaboration d'un tel stade, Habilitation à diriger les recherches, Université Lumière Lyon 2, non publié, 141p.

GERBEAUD J., 1980, L'angoisse de mort du sujet âgé, DESS de Psychologie Clinique, Université Bordeaux II.

GERBEAUD-BOIREAU J.,1985, Narcissisme et Vieillissement, Thèse de doctorat de Psychologie Clinique, Université de Toulouse 2

GILLIERON E., 1996, Le premier entretien en Psychothérapie, Paris, Dunod, 250p.

GOGNALONS-CAILLARD M., 1976, Le rôle de malade lors de la vieillesse, in *Information psychiatrique*, volume 55, n°6.

GRINBERG L. 1992, Culpabilité et dépression, in *Les belles lettres*, 409p

GROTJAHN M. 1955, Analytic Psychotherapy with the ederly, in *Psychoanalyse.Revu*, n°42, pp. 419-427.

GROUPE DE TRAVAIL de l'Hôpital psychiatrique de l'Yonne, 1982, Personnes âgées à

l'hôpital psychiatriques, Le centurion, 166 p.

GRUNBERGER B., 1975, Le narcissisme. Essai de psychanalyse, Petite Bibliothèque Payot, 1993, 331p.

GUEYRAUD B., 1992, La diabolique beauté de l'être. Regards sur les vieux, Mémoire des Sciences Humaines, Université Paris XII, 171p.

GUILLAUMIN.J., 1979, Pour une méthodologie générale des recherches sur les crises, in *Crise, Rupture et Dépassement*, Paris, Dunod, 324p.

GUILLAUMIN.J., 1982, Le temps et l'âge, réflexions psychanalytiques sur le vieillir, in *Le Temps et la vie, (sous la direction de J. GUILLAUMIN et H.REBOUL)* Lyon, Chroniques sociales, pp.133-143.

GUILLAUMINJ., 1985, Le temps et l'âge. Réflexions psychanalytiques sur le vieillir, in *Le Journal des Psychologues*, n°26.

GUILLAUMINJ., 1989, L'Objet de la perte dans la pensée de Freud, in *Revue Française de Psychanalyse,* n°1, p.304 à 377.

GUILLEMARD AM., 1972, La retraite une mort sociale, Paris, Mouton.

HANUS Michel & Coll., 1998, Rites et rituels. Etudes sur la mort, Presses Universitaires de France, l'Esprit du Temps, 169p.

HAYNAL A., SAMITCA-DINU C., 1981, Préalables à la compréhension de la crise, in *Psychothérapies*, n°3, p.127-138.

HENAULT F., 1976, Le vécu de l'hospitalisation, in: *Actualité gérontologie*, n°7, pp.20-23.

HENNIAUX M., ERNST J., 1981, Le syndrome de glissement du sujet âgé, in *La revue de gériatrie,* Tome 6, n°7, pp.331-333.

HERFRAY.CH., 1988, La vieillesse- Une interprétation psychanalytique, Paris, Desclée de Brouwer, 230p.

HERMANN I., 1947, L'instinct filial, Paris, Denoël, 1972

HUGUET M., 1982, Hospice et maison de cure de long séjour comme institution d'ennui, Communication au colloque de psychogériatrie de Limoges.

ISRAEL L.,1980, Le vieillissement psychologique, âge et personnalité, in *Le Praticien*, n°350 pp.13-22.

JAQUES E., 1963, Mort et crise du milieu de vie, in *Crise, Rupture et Dépassement,* Paris, Dunod, 1997, pp.277-304.

JEAMMET PH., & Coll., 1984, Le devenir de l'anorexie mentale, in *Neuropsychiatrie Enfant, Adolescent,* volume.32, n°2-3, pp 97-113.

JOUBERT CH., 1997, Vers une gestion groupale de la démence sénile en institution. Prise en compte de la souffrance groupale familiale, individuelle, dans les soins, in *Psychothérapie des démences, (sous la direction de M.Grosclaude)*Paris, John Libbey Eurotext,. pp.171.178

KAES R & Coll. 1979, Crise, Rupture et Dépassement, Paris, Dunod, 1997, 324p.

KAES.R & coll., 1987, L'institution et les institutions. Etudes psychanalytiques, Paris, Dunod, 217p.

KERNBERG O. 1980, La personnalité narcissique, Toulouse, Privat.

 Copyright GRIVEL Claudie et Université Lumière - Lyon 2 - 2003.Ce document est protégé

KESTEMBERG E., KESTEMBERG J., DESCOBERT.S., 1994, La faim et le corps, Paris, Presses Universitaires de France,1992, 306p.

KLEIN.M., 1940, Essais de Psychanalyse, Paris, Payot, 1966.

KREISLER L., FAIN M., SOULE M., 1999, L'Enfant et son corps, Paris, Presses Universitaires de France, 552 p.

KUBLER-ROSS E., 1969, Les derniers instants de la vie, Genève, Labor et Fidès, 1975

LAGACHE D., 1938, La période du déclin, in *La vie sexuelle de l'homme*, Paris, Larousse, Tome VIII, pp.5-6.

LAGACHE.D., 1938, Le travail de deuil, in *Revue française de Psychanalyse*, Tome X, n°4.

LAPLANCHE J., PONTALIS JB., 1968 Métapsychologie, Paris, Gallimard.

LAPLANCHE J., PONTALIS JB., 1968, Vocabulaire de Psychanalyse, Paris, Presses Universitaires de France, 523p.

LANOE R., LIBOREL H., 1980, Identité et vieillissement, in *Actualité en gérontologie*, n°23, p.18-21.

LEGER JM., TESSIER.J., GAROUX.R., 1984, L'agressivité des personnes âgées, in *Introduction à la psychogériatrie*, Lyon, Simep, pp.56-61.

LE GOUES G. 1988, La Plainte Somatique, in *Gérontologie et Société*, cahier n°46, p.36-40.

LE GOUES G., FERREY G., 1997, Psychopathologie du Sujet Agé, Paris, Masson, 277p.

LE GOUES G., 1992, Les vieillards se suicident en silence, in *Actualité Médicale Inter.-Psychiatrie*, n° 147.

LE GOUES G., 2000, L'âge et le principe de plaisir, Paris, Dunod, 161p.

LEMPERIERE TH & Coll., 1996, Les dépressions du sujet âgé, Paris, Masson, 157p.

LEPINE N., 2002, Abord psychologique de la rétropulsion à début brutal chez les personnes âgées, Thèse de Psychologie et Pathologie Cliniques, Université Lumière Lyon2, 326 p.

LESOURD BM., 1992, La dénutrition endogène. Gérontologie fondamentale, clinique, sociale.

Paris, Maugourd.-Sauramps Médical, pp. 477-479.

LEVY A., 1977, Devant et derrière soi, in *Nouvelle Revue de Psychanalyse*.

LORENZ.K., 1969, L'agression, Histoire Naturelle du mal, Paris, Flammarion, 314p.

MACDOUGALL J., 1978, Plaidoyer pour une certaine anormalité, Paris, Gallimard, 223p

MAISONDIEU J., 1982, La démence existe-t-elle ? in *Psychiatrie Française*, volume.13, n°5, p.35-45.

MAISONDIEU J., 1988, De la Gérontophobie aux géronto-folies, in *Gérontologie et Société,*cahier n°46, p21-27.

MAISONDIEU.J., 1989, Le crépuscule de la raison, Paris, Centurion, 224p,

en vertu de la loi du droit d'auteur.

MAISONDIEU.J.,1992, Noires années, in *Psychiatrie Française*, volume. 13, n°3, pp.38-46.

MARCELLI.D et BRACONNIER.A. 1995, Adolescence et psychopathologie, Paris, Masson.

MARTY.P., 1991, Mentalisation et psychosomatique, Les Empêcheurs de Penser en Rond, 53p.

MIAS L., DECOURT E.,1993, Pour un art de vivre en long séjour, Paris, Bayard, 252p

MEYLAN F., 1982, Parent âgé, enfant perdu, in *Le Temps et la vie, (sous la direction de J.GUILLAUMIN et H.REBOUL)* Lyon, Chroniques sociales.

MISHARA BRIAN L., 1984, Le vieillissement- Psychologie d'aujourd'hui, Paris, Presses Universitaires de France, 268p.

MORLEY JE., 1988, Anorexia in the ederly, in *Neurobiologie. Aging*, n°9, pp.9 -16.

MORLEY JE.,THOMAS DR., 1999, Anorexia and aging, in *Pathophysiology Nutrition*, n°15, p.499-503.

M'UZAN (de) M., 1977, Le travail de trépas, in *De l'art à la mort*, Paris, Gallimard,

202 p.

MYSLINSKI M., 1994, Entre personne âgée et famille : une histoire d'amour ? in *Gérontologie,* n° 89, pp.2-9.

OLIEVENSTEIN C., 1999, Naissance de la vieillesse, Paris, Odile Jacob, 200p.

PARAT C. 1998, Variations sur la mort, in *Psychosomatique et pulsionnalité, Revue Française de Psychanalyse,* Tome LXII, spécial congrès, pp.1821- 1851.

PEDINIELLI JL, LERNOUT P, MOROY F, 1985, Les crises suicidaires chez les personnes âgées: narcissismes, deuil et trépas, in *Psychologie Médicale*, volume 17, n°8, p. 1137-1140.

PELLERIN J., MURE C; 1999, Troubles des conduites alimentaires, in *Psychiatrie du Sujet Agé ,* Paris, Flammarion, pp.271-283.

PELICIERY., 1981, Le syndrome de désinvestissement du sujet âgé, in *Revue de gériatrie*, Tome 6, n°7, p325-326.

PELICIERY. 1982, Aspect de la psychologie du sujet âgé, in *Revue de gériatrie*,

Tome 5.

PELICIERY., 1986, Le sujet âgé et la mort, in *Actualités Psychiatriques,* volume16, n°3, pp.11-16.

PELICIERY.,1983, Communiquer avec les personnes âgées, in *L'actualité en gérontologie*, n°36 pp.22-24

PEQUIGNOT H., 1981, Vieillir et être vieux, Paris, Vrin.

PERRON R & Coll.,1997, La Pratique de la Psychologie Clinique, Paris, Dunod, 334p..

PERSONNE. M. 1994, Le corps du malade âgé, Paris, Dunod, 232 p.

PERSONNE M., 1998, Prendre en charge les personnes âgées dépendantes, Paris, Dunod, 181p.

PERUCHON M et THOME-RENAULT A., 1992, Destins ultimes de la Pulsion de mort.

en vertu de la loi du droit d'auteur.

Singularité et Filiation chez la personne âgée en centre de jour, Paris, Dunod, 207p

PITROU A., 1982, Famille et génération, in *gérontologie et société*, n°21, pp.5-7.

PLOTON.L.,1983, La démence sénile: un piège intellectuel, in *La revue de Gériatrie*, Tome 8, n°4, pp.173-175.

PLOTON L. 1990, La personne âgée: Son accompagnement médical et psychologique et la question de la démence, Lyon, Chronique Sociale, 237p,

PLOTON.L. 1991, Le compromis démentiel, in *Psychologie Médicale*, volume 23, n°8, pp.819-821.

POMMEREAU X. 1996, Quand l'adolescent va mal, Ed. JC Lattès.

PUISAIS J, 2000, Nutrisenior, www.nutrisenior.fr .

QUINODOZ D., 1990, Figer le temps pour tuer le souvenir, in *Revue Française de Psychanalyse*.

n°4, p.1001-1006.

QUINODOZ.D. 1991, Vieillir: Appauvrissement ou enrichissement? Tout perdre sans se perdre,.in *Psychothérapie,* n°1, p.27-32.

QUINODOZ. D., 1994, Le travail du vieillir, in *L'Information Psychiatrique*, volume.70, n°4, p.319-328.

QUINODOZ.D., 1996, Etre psychanalyste et vieillir, in *Revue Française de Psychanalyse*, Tome LX, p113.

REBOUL H., 1971, L'image de la mort et le vieillissement, Thèse de Psychologie Université de Paris VII,

REBOUL H., 1973, Vieillir. Projet pour vivre, Lyon, Le Chalet- S.N.P.P, 223p

REBOUL H., 1982, Le déroulement du temps et vieillissement, in *Le temps et la vie, (sous la direction de J.GUILLAUMIN et H.REBOUL)* Lyon, Chroniques sociales.

REVERZY JF., 1981, Introduction à la psychologie de la crise, in *Perspectives Psychiatriques*, Tome 11, n°81, pp.87-89.

REYES ORTEGA G., OUSSET PJ.,GHISOLFI-MARQUE A.,VELLAS BJ.,ALBAREDE JL. 1996, Etude des troubles du comportement alimentaire chez l'alzheimer: l'échelle de Blandford, in *L'année gérontologique*, volume 10, pp.463-466.

RICHARD J., 1982, De la connaissance du corps du patient âgé, in *Le temps et la vie*, *(sous la direction de J.GUILLAUMIN et H.REBOUL)* Lyon, Chroniques sociales.

ROCHEBLAVE-SPENLE AM., 1962, La notion des rôles en psychologie sociale, Paris, Presses Universitaires de France..

ROSENBERG B., 1987, Le travail de mélancolie ou la fonction élaborative de l'identification ou le rôle du masochisme dans la résolution de l'accès mélancolique, in *Revue Française de Psychanalyse,*tome L, pp. 1523-1544.

ROSENBERG B. 1998, Pulsions et somatisation ou le moi, le masochisme et le narcissisme en psychosomatique, in *Revue Française de Psychanalyse*, Tome LXII, spécial congrès pp 1677-1698.

ROUDINESCO E., PLON M., 1997, Dictionnaire de la Psychanalyse, Paris, Fayard, 1191 p.

Copyright GRIVEL Claudie et Université Lumière - Lyon 2 - 2003.Ce document est protégé

SAGNE JC., 1990, Le repas, acte d'alliance: l'oralité fondement de la perte individuelle et lien social,Le centre Thomas More.

SEGAL H.,1972, A propos des objets internes, in *Destin du cannibalisme. Nouvelle Revue de Psychanalyse,* n°6, pp.153- 157

SELVINI M.,1963, L'anorexie mentale, Milan, Feltrinelli.

SIMEONE I., 1977, Le vieillard et son corps, in *Revue de Médecine Psychosomatique*, volume 9, n°4, pp.463-466.

SIMEONE.I., 1985, La crise, in *Psychologie Médicale*, n°17, pp.1107-1109.

SIMEONE I., 1988, Du Vieillissement, in *Gérontologie et Société*, cahier n°46, p.9-20.

SIMEONE.I.,1999, La rencontre psychothérapique dans la dépression à l'âge avancé, in *Psychothérapie*s, volume 19, n°1, pp. 13-22.

SPITZ. R.A., 1976, De la naissance à la parole, Paris, Presses Universitaires de France, 306p.

SPITZ R.A., 1976, Le non et le oui, Paris, Presses Universitaire de France, 132p.

TEISSIER JF, CLEMENT JP, LEGER JM., 1999, Le corps comme outil du suicide :Approche d'une modalité suicidaire chez l'âgé, in *Psychologie Médicale*, volume.21, n°4, pp.512-516.

TEUSSINK JP., MALHER S., 1984, Helping families cope with Alzheimer's disease, in *Hospital and community Psychiatry*, volume 35, n°2, p.152-156.

THOMAS L., 1987, Le droit à la mort et l'ambivalence du suicide, in *Psychologie Médicale*, volume 20, n°3, pp.457-463.

THOME-RENAULT A., 1992, De l'angoisse à la dépression, le vieillard en danger d'effondrement, in *Psychiatrie Française*, n°3, p.91-99.

TOPALOV.AM; APFELDORFER G., 1994, Manger le soi et le non-soi, in *Traité de l'alimentation et du corps, (sous la direction de Apfeldorfer. G*) Paris, Flammarion.. pp. 48-54.

WERTHEIMER.J, 1985, Institution psychogériatrique lieu de crise et de résolution de crise, in *Psychologie Médicale*, volume 17, n°8, pp.1171-1173

WIDLOCHER D et BRACONNIER A., 1996, Psychanalyse et Psychothérapies, in *Médecine-Sciences*, Paris, Flammarion, 170p.

WINNICOTT D.W., 1958, La capacité d'être seul, in *De la pédiatrie à la psychanalyse*, Paris, Payot, 1969, 466p.

WOLMARK G., 1984, Le suicide passif: une réalité chez le vieillard, in *Actualité en Gérontologie,* n°38, p.26-28

 Copyright GRIVEL Claudie et Université Lumière - Lyon 2 - 2003.Ce document est protégé

Annexes. Observations cliniques

Observation 1 : Alexandrine. 80 ans.

Alexandrine est âgée de 80 ans. Elle vivait seule à son domicile depuis le décès de son mari.

C'est son fils unique qui demande l'hospitalisation de sa mère car sa santé s'est détériorée rapidement.

La demande de la prise en charge est demandée par l'équipe soignante qui est confrontée à un comportement agressif, avec des paroles blessantes, un refus de participer aux repas et de se nourrir. A d'autres moments, elle a une attitude passive et mutique.

Ses paroles se résument à :

"laissez-moi"

Elle refuse qu'on la touche. Durant cette période, elle ne s'alimente pratiquement plus, elle s'hydrate cependant régulièrement.

Je n'aurai que deux entretiens avec Alexandrine. Elle tolère le premier entretien ou plutôt ma présence car elle ne parlera pas si ce n'est pour me demander s'il y a un aumônier et s'il peut venir la voir.

en vertu de la loi du droit d'auteur.

L'entretien sera court. Je lui propose de revenir la voir la semaine suivante. Elle ne répond pas.

La semaine suivante Alexandrine sera dans l'incapacité de parler.

Peu à peu, elle s'est installée dans le mutisme. L'entourage, aussi bien familial que soignants, a du mal à comprendre et à supporter ce comportement.

Alexandrine réclamera l'aumônier et décédera quelques jours plus tard, sans que nous ayons pu comprendre son comportement. Son fils et sa belle-fille n'ont pas accepté de parler de leur mère, de son vécu et de leur propre souffrance.

Analyse inférentielle de l'entretien

- Plaintes: elle ne se plaint plus.
- Vécu abandonnique : Elle a effectué un retrait narcissique qui s'est manifesté par une rupture avec son entourage, un refus de soins, de nourriture et de paroles. Alexandrine a par son refus, choisi sa mort sans rien accepter du monde extérieur. Elle a abandonné ceux qui l'avaient abandonné. Elle a effectué un retrait narcissique qui s'est manifesté par une rupture avec son entourage, malgré la présence de son fils, un refus de soins, de nourriture et de paroles.
- Deuils non faits elle n'en dira rien. Le décès du conjoint a peut-être provoqué la dégradation physique.
- Agressivité Dans un premier temps, Alexandrine a par son agressivité, son refus alimentaire montré son opposition aux décisions prises et son sentiment d'abandon.
- Lien familial il semble distendu.
- Rejet de l'hospitalisation Ce tableau nous donne à penser qu'Alexandrine s'est trouvée dans une impasse lors de ce placement arbitraire. Elle n'a sans doute pas pu accepter et s'adapter à cet environnement.

Observation 2 : Mathilde. 99 ans.

Mathilde est âgée de 99 ans. Des troubles de la mémoire et du comportement, associés à un refus de se nourrir, ont amené le personnel de la maison de retraite à faire hospitaliser Mathilde.

La demande de voir Mathilde est formulée par le personnel de la maison de retraite puis par les soignants qui ont les mêmes inquiétudes sur le comportement alimentaire de Mathilde. Il est à noter que ceux-ci se plaignent aussi de l'agressivité de Mathilde. Celle-ci est exprimée par des "non" catégoriques, des gestes pour repousser toutes intrusions.

Nous aurons deux entretiens de durée variable, qui auront lieu dans sa chambre.

Mathilde parle peu. Sa pauvreté verbale tient probablement à ses troubles de

en vertu de la loi du droit d'auteur.

mémoire. Elle ne manifeste aucun besoin de parler et d'être écoutée. Ma présence semble lui être indifférente.

Elle parlera tout de même de la dureté de son métier d'ouvrière à l'usine Lumière. Les souvenirs de son travail sont les seuls moments où Mathilde exprime son histoire de vie, avec une certaine vivacité. Son élocution devient plus aisée, son visage s'éclaire d'un sourire. Hormis ces épisodes, elle a un discours confus, parfois agressif.

Au deuxième entretien, Mathilde, l'espace d'un moment parlera de la perte de son mari et de son fils unique à quelques mois d'intervalles. Elle exprime alors une grande souffrance. Son mari était très malade et ce fut très dur de vivre cette épreuve au quotidien. Mais ce qu'elle n'accepte pas, c'est la mort de son fils. Elle aurait dû mourir avant lui:

- "Les enfants ne meurent pas avant les parents. Moi, j'ai fait mon temps, alors pourquoi pas moi ?"

Sa belle-fille et sa petite-fille sont les seuls liens familiaux qui lui restent. Sa belle-fille gère ses revenus, mais les deux femmes ne s'entendent pas. Par contre, Mathilde aime les visites de sa petite-fille.

Sur le plan nutritionnel, Mathilde mange peu et devient agressive lorsque les soignants essayent de la motiver pour accepter quelques bouchées. Il semblerait que les sucreries aient plus de succès.

Mathilde repartira en maison de retraite.

Analyse inférentielle de l'entretien

- Plaintes : Aucune plainte n'est exprimée.
- Vécu abandonnique : Les troubles de la mémoire, de l'alimentation, du comportement apparaissent comme un rempart que Mathilde a construit pour se protéger de cet environnement où elle a été abandonnée une deuxième fois, après la maison de retraite.
- Deuils non faits : deuils non résolus du mari et du fils.
- Agressivité : discours agressif Son agressivité vis-à-vis des soignants est peut-être une façon de montrer son opposition à des choix que l'on fait pour elle. Il en est de même vis-à-vis de sa belle-fille qui, en plus, est l'épouse de son fils unique dont elle n'a pas accepté la mort.

« La lutte représente une condition essentielle pour le maintien en vie de tout être vivant » (JM.Teissier, J.Tessier, R.Garoux; 1980)

- Lien familial : Présence de la petite-fille et de la belle-fille même si elle est en conflit avec cette dernière.
- Rejet de l'hospitalisation Mathilde a des troubles du comportement alimentaire qui s'intensifie depuis son hospitalisation.

Copyright GRIVEL Claudie et Université Lumière - Lyon 2 - 2003.Ce document est protégé

Ces troubles étaient déjà présents en maison de retraite.

Sont-ils apparus lors des pertes de son mari et de son fils n'acceptant pas d'en faire le deuil, quand on sait que toute séparation comme la perte du conjoint, perte du fils pour Mathilde, fait apparaître un sentiment d'abandon ?

Est-ce que le placement en maison de retraite a été vécue comme un abandon, et a été un facteur déclenchant pour l'apparition des troubles de mémoire et le comportement alimentaire inadapté ?

Le refus de se nourrir, dans ce cas peut être considéré comme un comportement similaire à l'agressivité développé par Mathilde.

Observation 3 : Catherine. 89 ans.

Catherine a 89 ans lorsque sa prise en charge individuelle m'est confiée par l'équipe soignante, inquiète de sa morosité et de son peu d'appétit.

Les entretiens seront aux nombres de cinq. Ils auront lieu dans sa chambre. Catherine ne montrera aucune opposition à ces entretiens, au contraire, ils lui permettront de s'exprimer librement.

Catherine a été hospitalisée en court puis en moyen séjour, à la suite d'une chute qui a provoqué une fracture du col du fémur. Son alitement a provoqué des plaies aux talons qui réduisent un peu plus sa locomotion.

Au premier entretien qui a lieu dans sa chambre, je la trouve assise près de son lit, triste et prostrée. Elle semble heureuse de pouvoir s'exprimer. Cependant, son discours reste distant, n'impliquant pas son histoire de vie.

J'apprends tout de même que son mari était maçon de métier et qu'il est décédé, il y a une vingtaine d'années.

La vie était difficile avec quatre enfants. Le salaire était petit:

- "je n'ai pas travaillé, je me suis occupée de mes quatre enfants." Mais très vite, rajoute t-elle, "il n'y avait pas à se plaindre."

Elle vit dans sa maison, avec sa fille aînée qui est célibataire. Ses trois autres filles sont mariées. Elle a six petits-enfants et deux arrière-petits-enfants. Elle se dit très entourée par ses enfants et petits enfants ce qui l'aide à supporter son hospitalisation. Elle a très peur de ne pas pouvoir partir de l'hôpital :

-" je ne veux pas finir mes jours ici !"

Sur le plan nutritionnel, elle dit n'avoir jamais eu un gros appétit mais elle essaye de manger ce qu'on lui donne. Elle refuse de se plaindre malgré sa difficulté à ingérer une nourriture qu'elle trouve fade et servi en trop grosse quantité.

Une nouvelle fois, Catherine se défend de verbaliser sa plainte. Son expression figée et son regard triste évoquent une souffrance intérieure qu'elle entend garder pour elle.

Copyright GRIVEL Claudie et Université Lumière - Lyon 2 - 2003.Ce document est protégé

En effet, Catherine tout au long des entretiens parlera aisément, en se mettant à distance de ce qui la concerne.

A l'entretien suivant, je trouve Catherine ayant de la peine à rester éveiller. Des analgésiques lui ont été administrés pour lutter contre le mal de dos et les escarres. Sa tristesse se lit dans son regard, elle est affaissée dans sa chaise. Elle arrive à m'expliquer que son moral n'est pas très bon car le temps lui paraît long et que sa maison lui manque. Elle n'a plus le goût de la lecture. Elle conversait un peu avec sa voisine mais celle-ci est décédée dans la nuit.

Catherine essaye de mettre à distance cet événement, mais peu à peu, les mots expriment sa tristesse et sa peur de mourir dans ce lieu qu'elle n'a pas choisi. Elle ne peut s'habituer à cette misère qui frappe chaque jour et elle préfère rester dans sa chambre plutôt que de manger en salle à manger, d'aller en salle d'animation.

Ce décès lui fait revivre celui d'une de ses sœurs qui est morte à l'âge de 25 ans. Elle a une autre sœur célibataire mais dont elle n'a aucune nouvelle. Elle ne dira rien de plus à ce sujet prétextant sa fatigue, choisissant une fois encore un débit verbal sur des banalités l'excluant du discours et empêchant toute intrusion dans son monde interne.

La semaine suivante, je la retrouve avec un bleu au visage mais elle ne se souvient plus si c'est dû à une chute, si elle a eu un malaise… Il semble qu'au fil des jours elle perde la mémoire des événements, des personnes puisque à chaque entretien, je suis obligée de me resituer par rapport à nos entrevues.

Elle a de plus en plus de mal à avaler, à se nourrir. Elle a perdu du poids depuis son hospitalisation (42,5 kg à 41 kg) Elle exprime son désir de rentrer chez elle. Elle n'en peut plus de rester ici.

La semaine suivante, Catherine rentre chez elle. Le médecin explique cette prise de décision par le fait que n'ayant plus de problèmes de locomotion, elle peut rentrer à son domicile, dans la mesure où sa fille est à ses côtés. Un grand sourire illumine son visage. Elle attend la venue de sa fille qui doit la ramener chez elle.

Analyse inférentielle de l'entretien

- Plainte : Elle ne se plaint pas
- Vécu abandonnique elle est très entourée par ses enfants.
- Deuils non faits : peut-être celui de son mari et surtout celui de sa sœur morte à l'âge de

25 ans.

- Agressivité : aucune agressivité n'est repérée chez Catherine. Au contraire, elle montre une lassitude à une période de son hospitalisation, laissant penser qu'elle aurait pu glisser dans le refus alimentaire si son hospitalisation avait été plus longue.
- Lien familial: L'entourage familial très proche, la possibilité de vivre à son domicile et d'y retrouver ses repères lui permettent de trouver les ressources nécessaires pour

en vertu de la loi du droit d'auteur.

ne pas glisser dans le refus alimentaire.

- Rejet de l'hospitalisation : elle veut rentrer chez elle.

Catherine a des troubles alimentaires occasionnels qui se développent lors de traumatismes qu'elle ne peut gérer. L'hospitalisation, la perte de son mari, de sa sœur ont été événements qui ont probablement été des vecteurs de baisse nutritionnelle

Catherine fait partie de ces patientes qui n'ont aucun attrait pour la nourriture donnée en institution.

Observation 4: Huguette. 72 ans.

Huguette est une demoiselle âgée de 72 ans, avec laquelle j'aurai huit entretiens qui seront de durée variable. Les premiers se dérouleront dans sa chambre et les suivants dans la chambre double où elle aura été transférée. Sa voisine de chambre sera à l'animation à chaque entrevue.

Huguette a une demande importante de "maternage" qui se manifeste par un besoin d'une présence exclusive auprès d'elle. Les plaintes des soignants s'exprimeront lors des réunions de synthèse, devant ce comportement excessif auquel ils ne peuvent répondre. Huguette donne l'impression de vous étouffer, de vous phagocyter pour vous tenir près d'elle.

Un mouvement de fuite apparaît dans l'équipe, qui se manifeste par un passage rapide dans sa chambre, un écart en passant devant la porte pour ne pas entendre ses appels, ses récriminations qu'elle lance de son fauteuil. Elle s'agrippe à la personne qui franchit le seuil de sa chambre et elle manifeste sa colère:

- "on les force à manger, on les bouscule, ce n'est pas bon, personne ne vient la chercher pour l'emmener manger, je n'aime pas l'animation."

Au premier entretien, elle a un discours volubile et confus. Elle a très peur d'être seule et reproche au personnel soignant de l'abandonner dans sa chambre. (ce qui n'est pas entièrement faux!) Lorsque l'entretien se termine, elle refuse de me voir sortir et manifeste son opposition en criant et gesticulant. Je la rassure en lui expliquant que je reviens la voir la semaine prochaine si elle le veut bien. Mais elle répond qu'elle ne sera peut-être plus là. Je lui demande ce qui lui fait penser qu'elle ne sera plus là. Elle me répond qu'elle sera partie d'ici.

En réunion de synthèse, il est décidé de la mettre en chambre à deux lits, afin qu'elle soit moins seule.

Contrairement au but souhaité, Huguette devient de plus en plus mutique. Elle reste assise à côté de son lit. Sa plainte est devenue une plainte corporelle :

"J'ai mal au dos, j'ai mal au ventre, je ne me sens pas bien."

Sa plainte agressive contre les autres s'est transformée en plainte somatique. C'est pourtant à ce moment qu'elle donne des éléments de son histoire de vie. Huguette a

en vertu de la loi du droit d'auteur.

travaillé dans le contentieux, elle vérifiait ceux qui n'avaient pas payé. Elle aimait ce métier:

-"Surtout que le bureau était à côté de chez moi."

Elle est seule, sans frères ni sœurs. Son père est mort à Verdun quand elle avait trois ans. Elle a vécu seule avec sa mère. Elle n'a jamais voulu se marier. Elle est restée avec sa mère jusqu'à sa mort.

A l'entretien suivant, je retrouve Huguette prostrée. Elle se dit fatiguée, ne voulant pas participer aux activités car les autres résidents la fatiguent et elle ne supporte pas de voir ces vieilles personnes.

De plus, elle est inquiète, car elle est tombée. Pour la première fois, je la vois pleurer. Elle se plaint de pleurer souvent actuellement.

Sur le plan nutritionnel, elle me dit n'avoir jamais beaucoup mangé car sa mère lui disait qu'il ne fallait pas trop manger pour ne pas avoir mal à l'estomac.

- " Ici, on remplit l'assiette, c'est trop."

Elle change de sujet en me parlant de sa voisine avec qui elle ne s'entend pas.

- " Elle ne me laisse pas parler, elle me crie après et je ne sais pas pourquoi."

Aux entretiens suivants, je trouve Huguette dépressive. Elle a le désir de rentrer chez elle. Elle mange de moins en moins. Elle exprime sa souffrance par des pleurs.

J'apprends par l'équipe qu'une décision de l'envoyer dans une maison est envisagée.

Aura t-elle les ressources suffisantes pour s'adapter à ce nouveau changement ou sombrera t-elle dans la démence ou la dépression ou le refus alimentaire ?

Je lui demande ce qu'elle pense de cette décision. Elle reste évasive,

--"je serai mieux qu'ici."

Elle paraît indifférente à ce qui peut advenir d'elle.

Analyse inférentielle de l'entretien

- Plaintes : N'ayant aucune réponse à sa demande excessive, elle se replie dans la plainte somatique qui ne peut qu'être entendue en milieu hospitalier. Ses plaintes excessives l'isolent un peu plus de sa voisine de chambre, de l'équipe. Peu à peu, elle se replie sur elle-même laissant prise à la dépression.
- Vécu abandonnique : Elle a peur d'être abandonnée. Elle témoigne d'un sentiment d'abandon qu'elle a déjà ressenti probablement lors de la perte de son père lorsqu'elle avait

4 ans, puis à la mort de sa mère.

- Deuil non faits : Elle n'en parle pas vraiment, sauf de la mort de son père qui est mort lorsqu'elle était petite.
- L'agressivité : Huguette exprime de l'agressivité verbale vis-à-vis du personnel et lors des premiers entretiens sous forme de récriminations, d'exigences permanentes. Elle

Copyright GRIVEL Claudie et Université Lumière - Lyon 2 - 2003.Ce document est protégé

se retrouve perdue sans repères, elle exprime sa forte angoisse de cette manière.

- Lien familial : aucun. Elle est seule. Elle souffre d'isolement par rapport aux autres résidents.
- Rejet de l'hospitalisation : Elle veut partir de l'hôpital, lieu où elle est seule.

Huguette exprime son angoisse d'un futur qui peut être sa mort et à laquelle elle n'est pas préparée. Son comportement peut être un mécanisme de défense contre l'angoisse de mort et l'insécurité de son propre devenir.

Observation 5: Yvonne. 76 ans.

Yvonne a 76 ans.. Elle a été hospitalisée suite à une chute qui a provoqué des douleurs lombaires, des hématomes et des plaies et la fracture du bras droit.

Depuis son entrée dans le service, Yvonne ne s'alimente pratiquement pas

Elle accepte immédiatement les entretiens. Nous aurons quatre entretiens qui se dérouleront dans sa chambre.

Dès le premier entretien, elle se met à parler. Ses paroles s'écoulent comme un torrent de mots, intarissable comme si elle pouvait enfin rejeter tout ce qu'elle contenait. Elle pleure beaucoup.

Elle est seule depuis le décès de son mari, il y a quatre ans et celui de sa sœur avec qui elle était très proche.

Ils étaient une famille de dix enfants. Elle n'a plus qu'une sœur qui habite loin. Elle a dû travailler très tôt car ils étaient nombreux. Elle était femme de ménage chez des bourgeois:

-"Je travaillais dur mais je le faisais bien. Puis j'ai travaillé ensuite au Célestin."

Elle ne détestait pas ce métier bien que les particuliers n'étaient pas toujours faciles. Le travail aux Célestins lui a laissé un bon souvenir. Pourtant, elle aurait aimé faire des études, mais sa mère n'a pas voulu. Il fallait ramener de l'argent à la maison. Elle parle des injustices, des gens qui ont tout et les autres rien. Elle a beaucoup travaillé dans son existence et ce n'était pas toujours facile.

Puis, elle relate les causes de son hospitalisation:

-"Je suis tombée et je me suis blessée au niveau du dos. J'ai eu beaucoup de piqûres. Regardez mon bras, il est encore enflé. J'ai beaucoup souffert. Maintenant cela va mieux, je passe de la crème et cela me fait du bien, mais parfois cela me gratte à m'en arracher la peau."

-"Regardez, ce que j'ai au niveau de l'œil, cela me gratte beaucoup et j'arrache la croûte et cela re-saigne. On doit me l'enlever, mais j'ai peur. Je suis tellement seule, mon mari me manque, même si les derniers temps, j'ai dû beaucoup m'occuper de lui car il était malade."

Copyright GRIVEL Claudie et Université Lumière - Lyon 2 - 2003.Ce document est protégé

- "Heureusement, mon fils vient souvent me voir; mais il travaille sur les marchés, et c'est dur. Il a eu la tuberculose ce qui l'a rendu fragile au niveau des poumons. J'ai deux petits-enfants dont un petit-fils qui n'en fait qu'à sa tête."

Elle confie qu'elle est contente d'avoir pu parler, elle a l'impression que cela l'a libérée. Elle fait le geste de la main de l'estomac jusqu'à la bouche en poussant un soupir.

Au fil des jours, Yvonne est plus souriante.. Elle parle toujours beaucoup de ses symptômes : mal de dos, son bras enflé, sa douleur. Cette fois-ci, elle explique sa chute et la fracture de son bras droit. Elle a beaucoup souffert.

Elle reste vraiment très inquiète de son avenir. Elle aimerait rester en long séjour car maintenant elle connaît et elle est bien :

-"Mais ils ne voudront sûrement pas me garder, je ne peux pas rester toute seule, mon mari me manque et ma sœur aussi."

Elle se met à pleurer.

- "Je voudrai aller les rejoindre, pourquoi vivre dans ces conditions."

Yvonne ira se faire opérer pour la plaie de son œil A son retour, elle s'intégrera à la vie institutionnelle. Elle participera aux activités, discutera avec d'autres résidents. Après une période de troubles alimentaires et de dépression, Yvonne a pu se réinvestir dans la vie institutionnelle.

Son avenir sera, sans doute menacé une nouvelle fois, car le retour à son domicile semble exclu. Elle devra de nouveau se réadapter à une nouvelle structure, ce qui lui demandera la mobilisation de ses ressources internes.

Analyse inférentielle de l'entretien

- Plaintes : Elle a de nombreuses plaintes somatiques.
- Vécu abandonnique : elle se sent abandonnée par son entourage, ceux qui sont partis avant elle, son mari et sa sœur.
- Deuils non faits : Les pertes de son mari et de sa sœur sont encore douloureuses et non résolues.
- Agressivité : Yvonne ne présente pas d'agressivité verbale et physique.
- Lien familial: Elle a besoin de la présence de son fils et d'un environnement contenant. Elle semble le trouver peu à peu dans le service de gériatrie, ce qui lui permet de s'intégrer à la vie institutionnelle.
- Rejet de l'hospitalisation Yvonne est très angoissée face à la maladie. Son hospitalisation a réveillé ses peurs: peur de manquer, peur de la maladie.

Ses troubles alimentaires sont occasionnels et sont dus à une dépression. Elle reprend peu à peu une nourriture normale, elle parle moins de ses douleurs, lorsque ses problèmes somatiques s'estompent.

en vertu de la loi du droit d'auteur.

Observation 6 : Estelle. 79 ans.

Estelle, patiente, âgée de 79 ans, est hospitalisée à la suite de chutes en rétro pulsion (la personne tombe en arrière, contrairement à la plupart des chutes.) Elle est arrivée dans le service, suite à une chute sur la tête. Elle n'a plus aucun souvenir de cette chute. L'équipe la présente comme étant désorientée, mangeant peu ou pas du tout, refusant la toilette et d'être habillée.

Les entretiens seront au nombre de cinq. Ensuite, Estelle sera admise en maison de retraite médicalisée.. Pendant les entretiens, Estelle est souvent étendue sur son lit. Elle est toujours vêtue avec élégance, maquillée avec soin.

Au premier entretien Estelle est souriante. Elle explique qu'elle se repose car elle a mal à la gorge et a un peu froid.

Elle parle de son père qui lui manque beaucoup.

-*"Il était soyeux et nous habitions dans un quartier chic de Lyon, en face du parc de la Tête d'Or."*

Elle a deux frères plus âgés (seize ans de plus) L'un d'eux est mort pendant une opération.

Elle aime à parler de son enfance qui pour elle, est une enfance idyllique : argent, amour, piano… Elle pense qu'elle a été une enfant gâtée par son père et ses frères. En exprimant cette pensée un grand sourire éclaire son visage et ses yeux sont pétillants de malice. De sa mère, elle n'en parle pas.

Elle aime la musique, a fait le conservatoire de piano et a eu un premier prix

-*"sans trop me fatiguer"* dit-elle.

Son mari est mort depuis quelques années. Ils habitaient une villa vers Charbonnière qu'ils ont été obligés de vendre à cause des problèmes financiers dus à des mauvaises affaires:

-*"ce fut terrible, je n'avais plus rien, même plus mon piano qui était un Pleyel."*

De ce mariage, elle a eu deux filles qui ne sont pas mariées:

-*"Maintenant, je n'ai plus que mes filles."*

Puis elle évoque son fils qui est moins près d'elle car il habite Reims. Il lui téléphone régulièrement. Elle n'a pas de petits-enfants mais l'une de ses filles a deux chats; alors avec un sourire malicieux, elle se dit grand-mère de deux chats.

Elle pense bientôt partir car elle ne pense pas être malade.

Sur le plan nutritionnel, elle explique qu'elle n'a pas d'appétit car ce n'est pas sa cuisine, mais elle aime bien les sucreries, surtout le chocolat suisse d'où elle est originaire par son père. Et puis, si elle veut garder la ligne, il ne faut pas trop se nourrir:

en vertu de la loi du droit d'auteur.

-"J'étais belle autrefois. Je mange juste ce qu'il faut pour ne pas me faire attraper. D'ailleurs, je n'aime pas me faire commander. Je ne supporte pas que l'on me dise ce que je dois faire."

Dès qu'elle a un souci, Estelle a pris l'habitude de se retrancher dans son lit prétextant de la fatigue. Une autre fois, son inquiétude se manifeste par la peur d'ouvriers qui travaillent dans le couloir. Elle sursaute au moindre bruit. Elle a peur que ces hommes rentrent dans sa chambre et la violente.

Puis, elle est inquiète car elle n'a pas de nouvelles de ses filles depuis deux jours. Elle se reproche d'avoir dit peut-être quelque chose qui les aurait énervées.

Du coup, elle a peur d'être obligée de rester ici et elle ne veut pas. Elle a le cafard.

Peu à peu, elle s'apaise et les jours suivants, elle va à l'animation en marchant, appuyée sur son cadre. Elle semble plus détendue. Elle attend que l'animateur vienne la chercher.

Elle a pris 4kg. Elle est toute contente, car elle se sent mieux. Elle semble contente d'aller à l'animation. Elle me dit qu'elle va partir dans une maison médicalisée fin juillet.

Les entretiens prennent fin du fait de son départ dans une maison de retraite.

Analyse inférentielle de l'entretien

- Plaintes : Elle se plaint de maux de tête, de fatigue au début de son hospitalisation. Puis au fur à mesure de son adaptation, les plaintes se raréfient.
- Vécu abandonnique : Estelle ne ressent pas l'abandon de ses proches. Peut-être, celui de sa jeunesse où elle vivait si heureuse et insouciante.
- Deuils non faits: Elle garde la souffrance de la perte de son père et de son frère qui la maternaient
- Agressivité: Son agressivité au début de son hospitalisation exprimée par un refus de recevoir toute aide extérieure, un repli sur elle-même manifesté par de longs moments où elle est alitée. Cette agressivité va peu à peu s'estomper quand elle reprendra une certaine indépendance et qu'elle apprendra son futur départ pour une maison de retraite.
- Lien familial: Estelle est très entourée par ses enfants, ce qui lui permet d'accepter son hospitalisation
- Blessures narcissiques: . Estelle est dans l'apparence, elle a besoin d'être rassurée sur son aspect physique. Elle n'a pas vraiment accepté sa vieillesse.
- Rejet de l'hospitalisation: Elle n'aime pas la cuisine de l'hôpital, elle ne veut pas rester ici.

Ses troubles alimentaires sont de type anorexique car elle est capable de se restreindre pour ne pas grossir et ne pas porter atteinte à son image corporelle fantasmée.

Problème de prise alimentaire récurrente dû à un souci d'esthétique chez Estelle.

Copyright GRIVEL Claudie et Université Lumière - Lyon 2 - 2003.Ce document est protégé

Observation 7: Bernadette. 80 ans.

Bernadette est une dame de 80 ans, ancienne cheftaine infirmière dans un hôpital gériatrique, de la région lyonnaise. Elle est veuve, mère d'une fille qui a elle-même deux enfants: une fille et un garçon. Elle n'a eu que cet enfant car pour Bernadette, avoir d'autres enfants à cette époque était trop lourd financièrement:

-*"c'est bien assez pour cette époque."*

Elle est arrivée dans ce service après une perte de poids très importante due à un arrêt complet de la prise de nourriture à la suite du décès de son conjoint. Maintenant, elle est en long séjour depuis un an, dans ce même service. Nous aurons onze entretiens, elle n'acceptera pas le premier rendez-vous prétextant un emploi du temps chargé: kinésithérapeute, ergothérapeute, médecin.

Au premier entretien, je me rends dans sa chambre qu'elle partage avec une patiente, qui n'a pas de problème de locomotion, ce qui facilitera nos entretiens, puisqu'elle participera aux animations. Bernadette se déplace en fauteuil roulant car elle dit ne plus pouvoir marcher seule et sans appui. Elle reste assise des journées entières entre son lit et la fenêtre, qu'elle appelle: *"sa lucarne".*Elle ne veut pas en bouger sauf pour des examens médicaux.

Très vite, elle manifeste sa colère contre l'équipe soignante.

-*"Personne ne s'occupe de moi. Ils passent. Ils se cachent dans les couloirs. Avant dans l'autre service il n'y avait pas de longs couloirs, ils ne pouvaient pas se cacher ou passer par l'autre côté."*

Bernadette a connu l'ancien service et maintenant, elle se trouve dans les bâtiments neufs.

Sur le plan nutritionnel, elle mange peu et n'aime pas la nourriture d'ici. Elle n'a aucun plaisir à s'alimenter, pas plus d'ailleurs qu'elle n'aimait faire la cuisine. A son domicile, c'était une tante qui lui préparait ses repas.

Les repas sont d'ailleurs source de conflits avec sa fille, qui voudrait bien que sa mère mange un peu plus et surtout en compagnie des autres résidents.

Son état physique contrarie Bernadette. Elle se voit *"enflée"* de partout et reconnaît que cela la met en colère. Elle ne mange pas trop pour garder la ligne.

Son petit-fils a épousé une jeune femme originaire de l'Inde. Elle n'a pas accepté cette union et n'a pas voulu assister au mariage.

- *"J'aurais fait un effort pour venir à celui de ma petite-fille, si ç'est elle qui s'était mariée." Elle soulève les épaules et finit par lâcher les mots:*

- "Elle est quand même bien gentille."

Ils viennent d'avoir une petite fille métissée qu'elle n'a jamais vue car elle n'a pas voulu participer au baptême. Elle ne jugeait pas utile d'aller à cette cérémonie:

Copyright GRIVEL Claudie et Université Lumière - Lyon 2 - 2003.Ce document est protégé

"A quoi cela sert? A quoi bon?"

Peu à peu, elle arrive à exprimer sa souffrance de se montrer ainsi, affaiblie, assise dans un fauteuil. Elle n'accepte pas de se montrer diminuer.

Elle continue en se plaignant de son opération de la cataracte qui à son avis, s'est sûrement mal passée. On doit lui enlever les fils mais personne ne s'occupe d'elle. Sa fille n'est même pas venue la voir. Elle pense être un poids pour sa famille et c'est la raison pour laquelle on l'a placé dans un mouroir:

- "Alors, j'attends, le plus vite sera le mieux.. Pour eux, je suis un poids. Ils viennent pour ne pas se sentir coupable. Je me fais du souci, c'est pour mon chat. Il est chez ma fille, elle doit m'apporter des photos, mais je les attends toujours."

Ses plaintes se concentrent ensuite sur sa voisine de chambre qu'elle trouve bizarre. Elle se plaint de la lumière qui l'aveugle le soir

- " Elle prend un malin plaisir à lire quand il faut dormir."

Pourtant, elle préfère être dans une chambre à deux car s'il y a un problème, elle peut prévenir. Elle continue en vociférant sur l'équipe qui ne bouge pas quand on les appelle:

- "Oh! Pour ce qu'ils bougent. Hier, je leur ai dit. Ils m'ont répondu qu'ils avaient bien le droit de manger. On n'a que le droit de subir, … de toute façon au stade où j'en suis."

Bernadette est déprimée à la suite d'un examen qui l'a fatigué et qui n'a rien apporté, selon elle.

Elle se plaint de l'infirmière qui n'est pas venue lui changer son pansement. Elle ne peut donc pas se lever et elle ne veut pas manger. Pour elle, l'infirmière en chef ne surveille pas assez le personnel, qui bavarde et qui par conséquent n'a pas le temps de s'occuper d'elle.

Bernadette sera hospitalisée en urgence pour un problème intestinal qui demandait une opération dans un autre service. Elle y restera plusieurs semaines. Elle reviendra très affaiblie avec de réels problèmes alimentaires. Elle ne pourra pas ou ne voudra pas lutter pour vivre, se sentant diminuée physiquement et psychiquement. Elle mourra quelques jours plus tard.

Analyse inférentielle de l'entretien

- Plaintes : La somatisation lui permet d'attirer d'une part l'attention de son entourage et d'autre part, d'extérioriser ses angoisses. Il semblerait que pour Bernadette la somatisation aurait une tendance autopunitive réactionnelle: elle reste dans sa chaise roulante, s'interdisant de marcher.
- Vécu abandonnique : Elle se dit abandonner par sa famille, alors que celle-ci est relativement présente. Elle vit son placement comme un abandon. Elle se sent aussi abandonner par l'équipe, elle, une ancienne soignante.
- Deuils non faits : celui de son conjoint ne semble toujours pas accepté.

en vertu de la loi du droit d'auteur.

- Agressivité : Bernadette est en conflit avec le personnel soignant ainsi que sa fille. Elle manifeste sa colère avec sa voisine de chambre, ses petits-enfants. Il semblerait que pour Bernadette l'agressivité tienne une part importante dans sa problématique. En effet, elle exprime de l'irritabilité, de l'intolérance de l'opposition dans laquelle se place le refus alimentaire.
- Lien familial Les problèmes de nourriture sont important et ils s'intensifient lors des conflits avec sa famille. Les liens sont présents même s'ils sont chargés d'agressivité et de conflits.
- Blessure narcissique : L'agressivité de Bernadette peut être aussi en relation avec son vieillissement et sa dépendance non acceptée. De par son métier, elle a toujours porté assistance aux autres et maintenant, elle doit demander de l'aide. Une blessure narcissique s'est inscrite en elle. A celle-ci s'ajoute la disparition progressive des avantages de la jeunesse qui entraîne une révolte, qu'elle exprime vis-à-vis des ses petits-enfants (autoritarisme, critiques sur le mode de vie de ceux-ci) Bernadette n'aime pas son image de femme vulnérable, dépendante qu'elle donne.
- Rejet de l'hospitalisation : Il se manifeste par son agressivité à l'encontre des soignants, de sa famille.

Observation: 8. Carmen. 80 ans.

Carmen est une dame de 80 ans. Elle est arrivée dans le service suite à une baisse de son état général. La demande de l'hospitalisation a été faite par le médecin traitant de la patiente, appelé par la fille de celle-ci.

Je ne verrai Carmen qu'au premier entretien car elle refusera catégoriquement les autres entrevues.

Carmen vivait à son domicile. Sa fille, très dévouée pour sa mère a été dans l'obligation d'accepter la décision de la faire hospitaliser malgré un fort sentiment de culpabilité. Carmen refusait de se nourrir ainsi que la venue du médecin pour se faire soigner. Craignait-elle d'être obligée de quitter son domicile ?

Sa fille explique qu'elle habite l'appartement voisin de celui de sa mère et qu'elle lui apportait tous ses repas. Les dernières semaines, celle-ci ne touchait pas aux plats préparés.

Cependant, la fille de Carmen sera dans l'incapacité de parler de sa mère, de sa vie. Les seules informations concerneront la santé de sa mère.

Elle exprime une très grande inquiétude à propos de la santé de sa mère et de son devenir. . Elle vient tous les jours la voir et cherche le médecin à chacune de ses visites.

Depuis son arrivée Carmen est devenue très exigeante avec les soignants et parfois agressive. Elle semble ne plus refuser l'alimentation proposée.

Par contre, sa voisine de chambre subit sa mauvaise humeur. Cette dernière en

en vertu de la loi du droit d'auteur.

arrive à être odieuse avec elle.

Carmen a pu être admise dans une maison de retrait

Analyse inférentielle de l'entretien

- Plaintes : Elle ne se plaint pas sur le plan corporel.
- Vécu abandonnique : Il serait plutôt de l'ordre d'une opposition à son entourage, en l'occurrence sa fille.
- Deuil non faits : Carmen n'a rien dit à ce sujet.
- Agressivité : L'agressivité exprimée à l'encontre de sa voisine de chambre permet de penser que Carmen ne pouvant plus avoir d'ascendant sur sa fille a choisi de ne plus se nourrir. A l'hôpital, elle a trouvé un nouvel objet à persécuter. Elle peut affirmer sa supériorité. Ces manifestations désagréables pour l'entourage laissent à penser que Carmen à retrouver une certaine cohérence avec son moi.
- Lien familial : Carmen semble avoir des problèmes relationnels avec sa fille qui se sont aggravés au domicile. Il semblerait que le refus de se nourrir était une forme d'opposition à l'emprise de la fille sur la mère, puisque ce refus s'est peu à peu transformé en agressivité une fois la fille écartée.
- Blessure narcissique : L'agressivité manifestée peut être une façon de montrer qu'elle est encore capable de présenter de l'autorité vis-à-vis de ses semblables.
- Rejet de l'hospitalisation :Elle mange de nouveau depuis son hospitalisation. L'éloignement de sa fille en est peut être la raison.

Observation 9 : André. 85 ans.

André a 85 ans. Il est admis dans le service à la suite de graves problèmes circulatoires. Il a été amputé d'une jambe. Il reste alité, refusant de se lever, sauf lorsque l'on refait son lit. Son appétit est faible.

Le médecin m'avise qu'André a non seulement une prise alimentaire qui reste faible mais aussi une certaine difficulté relationnelle avec les autres.

Cet état de fait sera confirmé car je ne verrai André qu'une fois en entretien, celui-ci n'éprouvant pas le besoin de parler de sa vie et de son entrée à l'hôpital.

Il acceptera cependant, assez facilement de me rencontrer. L'entrevue durera tout de même trente minutes.

Il reste distant, s'exprime avec politesse, sur un mode défensif, éludant certaines réponses qui le concernent personnellement.

Il est dans le déni de son hospitalisation en long séjour laissant croire qu'il va pouvoir partir dans quelques jours.

Copyright GRIVEL Claudie et Université Lumière - Lyon 2 - 2003.Ce document est protégé

Pour lui, l'alimentation n'a aucune importance.

- " N'importe comment ce n'est pas avec ce qu'il serve ici que l'on peut avoir de l'appétit !"

André est marié. Il a une fille. Sa femme vient tous les jours lui rendre visite. Il semble que l'entente avec sa fille ne soit pas très bonne.

Cela semble l'affecter bien qu'il ne le verbalise pas vraiment, mais il utilise des gestes qui explicitent ses émotions: haussement d'épaules, visage crispé, regard lointain, lèvres serrées. Il s'empresse d'entraîner la discussion sur un autre registre lorsqu'elle touche à son vécu.

André a un discours négatif sur tous les sujets qu'il aborde.

Il donne l'impression de revêtir son masque d'homme impassible, qui regarde le monde et le juge négativement, sans laisser apparaître son monde intérieur. Il déploie une énergie farouche pour contrôler son monde interne afin qu'aucun mot ne témoigne de sa souffrance.

Il refusera les autres entretiens, les jugeant inutile.

Il décédera une quinzaine de jours plus tard.

Analyse inférentielle de l'entretien

- Plaintes : aucune plainte de la part d'André. il serait plutôt dans le déni de la maladie.
- Vécu abandonnique : Il ne se livre d'aucune façon. Le conflit sous-jacent avec sa fille est peut-être de l'ordre d'un reproche de l'avoir abandonné.
- Deuils non faits : Il n'en parle pas
- Agressivité : On ressent une agressivité dans les propos d'André. Il est assez acerbe dans ses paroles, intolérant.
- Lien familial: Lien présent avec sa femme mais distant avec sa fille. Cette image de soi dévalorisée peut expliquer la mauvaise relation avec sa fille: Peut-être refuse t-il de montrer cette image de lui-même qu'il juge négativement.
- Blessure narcissique: André est dans uns grande souffrance narcissique, non travaillée. L'amputation, la maladie, la dépendance mettent en cause sa liberté et son autonomie. Cette réduction de ses aptitudes physiques le conduise au repli, à l'isolement et explique son attitude négative vis-à-vis du monde qui l'entoure et sa difficulté relationnelle avec les autres. Il refuse la dégradation de son image corporelle qui le dévalorise: il y a perte de son identité corporelle d'où le détachement du monde objectal.
- Rejet de l'hospitalisation : Il se traduit probablement, par son refus de manger. A ce refus, il donne l'explication d'une mauvaise alimentation hospitalière. Les repas sont pour lui, peu appétissants et ne lui donnent pas envie de manger.

Copyright GRIVEL Claudie et Université Lumière - Lyon 2 - 2003.Ce document est protégé

Observation 10 : François. 90 ans.

François a 90 ans. Il est aveugle depuis quelques années. Il est hospitalisé depuis deux mois. François est favorable pour des entretiens et doute cependant de leurs efficacités.

Nous nous rencontrerons cinq fois. Certains de ces entretiens seront relativement courts lorsque les problèmes de santé seront importants et que François sera trop faible pour parler.

Il est marié. Il n'a pas d'enfant. Il a deux neveux ambulanciers qui passent souvent le voir à l'hôpital et auxquels il semble très attaché. Ils se sont mariés tardivement et ils expliquent ainsi, le fait de n'avoir pas eu d'enfants.

Il souffre de multiples maux : prostate, cœur, cécité depuis 9 ans. Il n'a pas le moral mais il essaye de tenir pour sa femme sinon :

- "Elle ne serait pas contente".

Il veut sortir de l'hôpital pour sa femme, même s'il n'a plus la force de se battre. Il n'a pas d'appétit, malgré les attentions de son épouse qui lui apporte tous les jours des fruits frais, les desserts qu'il aime.

François s'affaiblit de plus en plus, et ne mange pratiquement plus. Il est alors nourri par voie intraveineuse. Il ne parle plus, il n'en a plus la force.

Sous l'insistance de sa femme, son traitement est arrêté afin de le laisser mourir en paix, sans acharnement.

Il semble que cette décision est apaisée François. Il parle de sa mort, ne sachant pas combien de temps il lui reste mais il en a assez de vivre ainsi. Il parle difficilement. Il profite de l'absence de sa femme pour exprimer son envie de mourir mais aussi son inquiétude de la laisser toute seule.

Le lendemain, François semble aller mieux, il est assis dans son lit. Il parle de fraises, de jardin.

Je verrai la femme de François dans le couloir, attendant la fin des soins. Elle donne alors quelques éléments sur l'histoire de François. Il a perdu ses parents très tôt. Il était viticulteur, puis il a travaillé en usine.

Elle explique le courage de son mari lorsqu'il est devenu aveugle progressivement. Elle trouve qu'il va bien mieux depuis qu'il n'est plus sous médicaments. Elle a de nouveau l'espoir de le voir rentrer chez eux.

Elle est cependant inquiète depuis l'hospitalisation de son mari. Elle pense que sa chute dans la chambre d'hôpital est responsable de son alitement *:*

- " Ses jambes se sont dérobées sous lui. Depuis, non seulement, il est très faible mais il est dépressif, il ne croit plus à son rétablissement."

François va de mieux en mieux. Il pense qu'il ira encore mieux lorsqu'il pourra sortir

en vertu de la loi du droit d'auteur.

de ce lit. Le médecin lui a proposé d'essayer de se lever. Il parle mieux, son visage est reposé. Il blague, il déguste des cerises, des biscuits avec du chocolat, il réclame des fraises. Il fait *"hum!"* de joie en savourant les fruits.

- " J'aimerais pouvoir bouger un peu, juste marcher de ma cuisine à mon balcon, mais mes jambes ne veulent rien savoir."

François annonce son départ pour son domicile. Il reste pourtant inquiet. Il pense que sa femme ne pourra pas supporter, sa dépendance dans tous les actes de son quotidien. Puis il se reprend et dit:

- "si je vis, c'est pour elle, sinon, je serai déjà mort"

Analyse inférentielle de l'entretien

- Plaintes : François n'est pas dans la plainte.
- Vécu abandonnique: Il ne donne aucun élément qui donne à penser qu'il se sent abandonner. On peut peut-être avancer, qu'il se sente abandonner par son corps, sa jeunesse.
- Deuils non faits : Sa femme parlera du décès des parents de François lorsqu'il était petit. Nous n'aurons aucun élément de son histoire, hormis le peu révélé par sa femme.
- Agressivité : François n'a aucune agressivité. Il est dans la phase où il ne lutte plus.
- Lien familial : François vit pour une autre: sa femme. Leur lien fusionnel est vecteur de vie et lui permet de supporter son handicap, sa dépendance.

Lien avec les neveux substituts des enfants.

- Blessure narcissique : Son manque d'appétit peut être dû à son peu de goût pour la nourriture de l'hôpital. Celle-ci n'a fait qu'accentuer un refus alimentaire signe d'un lâcher-prise. Après les pertes, les deuils accumulés depuis son enfance, François n'a plus les ressources internes pour continuer. Sa femme est le seul lien qui le relie à la vie.
- Rejet de l'hospitalisation : Son attitude vis-à-vis de l'hôpital est ambivalente car d'un côté, il peut y mourir et d'un autre côté, il veut rentrer chez lui, seulement, s'il peut se déplacer.

Observation 11 : Gisèle. 90 ans.

Gisèle est âgée de 90 ans. Dès mon entrée dans sa chambre, elle se renseigne sur l'utilité du psychologue:

- "c'est quoi psychologue, à quoi ça sert?"

en vertu de la loi du droit d'auteur.

Je lui donne les explications qu'elle demande et elle semble à demi rassurée.

Je rencontrerai Gisèle deux fois car elle n'accepte pas vraiment ces entretiens. Elle se tient à distance, un peu méfiante.

Gisèle a des problèmes importants sur le plan alimentaire, mais elle n'apprécie pas du tout que l'on se soucie de son alimentation et refuse tout entretien à ce sujet:

-"Mais qu'est-ce que vous avez tous avec la nourriture? Je ne mange que des desserts, pas de viande et des légumes. Je n'ai jamais mangé beaucoup, mais tout de même, un peu plus que maintenant."

Gisèle est hospitalisée depuis un mois pour une bronchite.

Elle ne veut pas manger avec les autres résidents en salle à manger, car elle veut rester tranquille dans sa chambre. Elle ne donnera aucune autre explication à propos de ce choix.

Elle a une fille et deux petits-fils. Elle habite depuis peu dans un appartement près d'eux malheureusement elle n'a pas pu en profiter du fait de son hospitalisation, mais dès qu'elle sortira, elle pourra y vivre. Elle ne veut pas de maison de retraite ni de lieu de convalescence

Le cahier des infirmiers note des chutes à répétition, une perte d'autonomie et une vie à domicile pour l'instant difficile.

Gisèle est sortie de l'hôpital, dans la semaine. Elle est rentrée à son domicile.

Analyse inférentielle de l'entretien

- Plaintes : Gisèle ne se plaint pas. Au contraire, elle reste à distance dans l'idée de partir le plus vite possible.
- Vécu abandonnique: Elle n'en parle pas.
- Deuils non faits : Elle n'en dit rien.
- Agressivité: Plus ou moins, si on lui pose des questions sur ce qu'elle ne veut pas entendre et surtout qu'elle ne veut pas dire.
- Lien familial : Présence de la fille et du petit-fils.
- Blessure narcissique : Elle nie sa perte d'autonomie. Pour elle, tout va bien. Une fois sa bronchite guérie, elle reprendra le cours normal de son existence.
- Rejet de l'hospitalisation : Elle veut rentrer chez elle, même si cela lui est déconseillé. Gisèle ne veut pas s'investir dans ce lieu. Elle ne veut pas participer aux repas, aux animations. Elle garde ses distances avec l'équipe. Le médecin reste le seul interlocuteur mais seulement sur le plan médical. Elle attend de pouvoir partir et de retrouver son domicile et sa famille.

Gisèle semble avoir un rapport particulier avec la nourriture. Apparemment, elle ne mange ni viande, ni légumes. Elle ne semble pas apprécier la nourriture de l'hôpital. Pour l'instant, l'équilibre est maintenu entre son mode alimentaire et son mode de vie.

Copyright GRIVEL Claudie et Université Lumière - Lyon 2 - 2003.Ce document est protégé

Espérons que la diminution de son autonomie, la maladie ne la mettent pas dans un équilibre précaire, qui pourrait aboutir au refus alimentaire.

Observation 12 : Jean. 92 ans.

Jean a 92 ans, il est marié. Il a été hospitalisé pour un bilan de chutes.

Il a une fille mariée, qui est très présente et en souffrance, car son père la tient à distance.

Je ne verrai Jean qu'une seule fois, car il sera en refus total de me rencontrer comme il sera en refus de tout contact relationnel. En réunion de synthèse, l'équipe soumettra sa difficulté à comprendre le comportement de Jean et celle de prendre en charge une personne qui le refuse.

D'après sa fille, que je verrai en entretien, son père s'est beaucoup occupé de sa femme qui est atteinte de la maladie d'Alzheimer. Il s'est épuisé en essayant de palier aux déficits de celle-ci.

Malgré les aides apportées par les auxiliaires de vie, Jean n'a pas supporté la dégradation de sa femme physiquement et psychiquement. Peu à peu, il s'est rendu compte qu'il ne pouvait plus assumer le quotidien. Il a été obligé d'accepter son placement.

Depuis, quelques jours, Jean est passé du stade du refus:

- "je ne veux rien, je ne sais pas, je ne sers plus à rien."

au stade du désir de mourir :

-" Je veux mourir."

Il est très affaibli. Il ne mange plus, il ne parle plus, il se réfugie dans la somnolence.

Jean refusera toute présence. Il mourra quelques jours plus tard.

Analyse inférentielle de l'entretien

- Plaintes: Il ne se plaint pas. Il n'est plus dans cette phase où la plainte reste un élément qui raccroche à la vie.
- Vécu abandonnique : vécu abandonnique dans le sens où il abandonne la lutte. Il se laisse glisser vers la mort.
- Deuils non faits : Jean n'a donné aucun élément de son histoire de vie. Il n'a pas accepté la déchéance de sa femme.
- Agressivité: Aucune agressivité.
- Lien familial : Rupture du lien avec sa femme. Peu de lien avec sa fille, du moins depuis qu'il est hospitalisé. Il s'en est détaché.

Copyright GRIVEL Claudie et Université Lumière - Lyon 2 - 2003.Ce document est protégé

- Blessure narcissique :C’est un homme qui n’a jamais accepté la dépendance. Il est opposant à toute aide. L'amoindrissement de ses capacités physiques le conduit au repli, à l'isolement. Il ne tient pas à vivre ainsi, surtout que sa femme était le seul lien qui le retenait: il avait une utilité. N'ayant plus ce rôle, il se retire de ce monde extérieur.
- Rejet de l'hospitalisation: Son hospitalisation a probablement accéléré son désir de mourir.

Observation 13 : Denise. 88 ans.

Denise a 88 ans, elle est mariée, elle a trois enfants qui vivent pour la plupart près de son domicile. Elle est arrivée en institution pour un début de démence.

L'équipe n'accepte pas le refus de se nourrir de Denise. Je me rends dans la chambre de Denise.

Le contact est difficile. Elle ne tient pas en place. Elle s'assoit, puis elle se lève, déambule. Elle ne semble pas tenir compte de ma présence.

Je ne la verrai qu'une fois mais j'aurai un entretien avec sa petite-fille.

Celle-ci est très inquiète pour sa grand-mère. Elle ne comprend pas ce comportement qui lui semble soudain. Pour elle, cela s'est manifesté par des oublis, mais personne dans l'entourage, ne s'est inquiété. L'arrêt de la préparation des repas, le refus de manger a commencé à déstabiliser le couple.

Son mari, âgé de 90 ans a compensé ce manque en préparant les repas et en essayant de la faire manger. Elle s’est arrêtée de manger pratiquement du jour au lendemain.

Malgré les aides à domiciles, puis une tentative de vie dans une maison de retraite, les conflits permanents ont eu raison de son épuisement. Il ne pouvait plus lutter pour qu’elle avale la moindre nourriture, pour qu’elle fasse sa toilette. Il s’est vu contraint de la mettre en institution.

Denise a donc été placée en long séjour. Peu à peu sa santé s'est dégradée. Denise s’est retirée dans son monde. Elle ne reconnaît plus ses enfants. Elle ne veut pas s’habiller, se laver. Elle refuse de manger. Elle déambule dans les couloirs. Elle n’est pas agressive, elle semble détachée de ce monde.

Sa santé se dégradera assez vite et elle décédera quelques jours après.

Analyse inférentielle de l'entretien

- Plaintes : Pas de plainte de la part de Denise. Elle n'est plus dans le somatique et donc dans la réalité.

en vertu de la loi du droit d'auteur.

- Vécu abandonnique : Abandon de cette vie qu'elle ne veut pas. On pense au "compromis démentiel" de L.Ploton.
- Deuils non faits: Aucun élément de son histoire de vie.
- Agressivité : Denise ne semble développer aucune agressivité. Le seul moment où l'on pourrait parler d'agressivité, c'est au moment des repas qu'elle refuse.
- Lien familial : Denise était très entourée par sa famille: son mari, ses enfants et petits-enfants. Elle avait une relation étroite avec sa petite-fille. La relation avec son conjoint paraissait bonne. Lors du placement, il y a eu une rupture avec le lien conjugal et familial.
- Blessure narcissique : Elle n'est pas exprimée verbalement, mais elle l'est sûrement au travers de la démence. Elle a pu être blessée par la prise de conscience de sa propre vieillesse
- Rejet de l'hospitalisation: Denise s'est retirée du monde objectal en refusant de se nourrir, refus des autres et s'est repliée dans son monde interne.

Observation 14 : Eugénie.73 ans.

Eugénie est une femme de 73 ans, qui ne se déplace qu'en fauteuil. Elle a été hospitalisée à la suite de chutes.

Je verrai Eugénie quatre fois en entretien, de durée variable selon son "humeur" du moment.

Eugénie est défigurée par une dentition inférieure démesurée qui passe au-dessus de sa lèvre supérieure. Son élocution est très difficile. L'équipe a beaucoup de mal à accepter ce physique quelque peu repoussant.

Au premier entretien, Eugénie est allongée sur son lit, le regard tourné vers la fenêtre. Elle reste silencieuse. Une musique sur son poste de radio, semble l'a sensibilisée: son regard devient plus doux, l'expression du visage montre une écoute de la musique. Elle reste, cependant tourner vers la fenêtre, pousse de gros soupirs, fait des petits signes de tête pour oui et non lorsque je lui pose des questions pour essayer d'attirer son attention. Eugénie se tient à distance par son comportement.

Au fil des entretiens, peu à peu, Eugénie essaye de communiquer. Des chants d'enfants venus à l'animation, permet à Eugénie de prononcer quelques mots, bien souvent inaudibles, et de sortir de sa solitude.

Montrant quelques signes de fatigue par une posture de celle qui n'en peut plus, elle explique par les mots et par les gestes qu'elle vient de passer un examen qui n'a rien révélé.

Parfois ses yeux s'ouvrent grands comme si elle se réveillait ou qu'elle était attentive. Elle dit avoir un fils et un petit-fils. Elle ferme les yeux comme fatiguée. Elle explique que son métier était dur et qu'il l'a épuisée. Elle travaillait dans la chemise et elle ne dormait

en vertu de la loi du droit d'auteur.

pas beaucoup.

Eugénie parle beaucoup mieux depuis quelques jours, il faut noter que ses dents ont été arrangées. Elle est cependant plus confuse avec de courts instants où elle semble revenir dans la réalité. Elle semble mieux dans la mesure où elle s'exprime, elle mange, elle ne reste pas dans son lit mais en même temps, elle semble s'être retranchée dans la confusion. Elle a perdu la tête pour trouver peut-être un semblant de liberté ou tout simplement pour survivre.

Peu à peu, Eugénie se plie à la vie du service en allant à l'animation ou du moins en ne refusant pas qu'on vienne la chercher pour y assister. Elle est admise en long séjour dans le service.

Analyse inférentielle de l'entretien.

- Plaintes : Elle ne se plaint de rien. Elle n'est plus dans la plainte, elle se retire peu à peu de la réalité.
- Vécu abandonnique : Le retrait de la réalité laisse à penser qu'elle abandonne la lutte.
- Deuils non faits : Elle ne parle pas de son histoire de vie. Elle est mariée, a un fils et des petits-enfants. Je n'en apprendrai pas plus.
- Agressivité : Cette agressivité n'est pas verbale mais peut-être dans les attitudes opposantes au début de son hospitalisation.
- Blessure narcissique : Sa dentition a sûrement été vécue comme une blessure. Son image corporelle a dû être difficile à assumer. Eugénie, du fait de son physique a été blessée sur le plan narcissique par le regard des autres. Elle s'est repliée sur elle-même car elle ne pouvait se faire comprendre par l'entourage. Il semble qu'Eugénie se sente isolée par les autres mais aussi par sa famille, qui n'est pas très présente.
- Rejet de l'hospitalisation : Cette blessure semble être le vecteur de son repli sur elle-même et de sa mauvaise alimentation et même du refus de se nourrir.

Un changement de comportement se verra après les soins dentaires. Eugénie participera aux activités de l'institution. Pourtant, malgré les apparences d'une adaptation, elle se retire tous les jours un peu plus de ce monde objectal. Son placement en long séjour en est-il la cause?

Observation 15 : Delphine.78ans.

Delphine est une dame de 78 ans qui a été hospitalisée suite à des malaises qu'elle prenait à son domicile et qui provoquaient des chutes.

Je verrai Delphine trois fois, car elle restera un temps assez court dans le service. D'autre part, il lui sera difficile de soutenir les entretiens, préférant s'évader de cet

Copyright GRIVEL Claudie et Université Lumière - Lyon 2 - 2003.Ce document est protégé

environnement inquiétant. Je la trouverai dans les couloirs, déambulant, souvent perdue, ne comprenant pas pourquoi elle est ici.

Il a été difficile de connaître son réel comportement alimentaire à son domicile, qui étaient probablement responsable de ses malaises et par conséquent de ses chutes. Depuis son entrée dans le service, elle n'a plus d'appétit, elle ne mange pratiquement plus.

Les enfants ne se manifesteront pas et nous ne pourrons pas avoir plus de renseignements à ce sujet.

Delphine parle assez facilement de son métier.. Elle était assistante maternelle et elle aimait beaucoup son métier. Elle a eu quatre enfants, puis elle dit en avoir eu sept, enfin, elle ne sait plus très bien. Puis, elle raconte que de religieuses l'ont beaucoup aidée à la mort de son mari, il y a un an.

Au fil des entretiens, Delphine semble perdre la mémoire des faits. Elle répète cette phrase :

"Les femmes ici sont gentilles mais elles sont jeunes, elles ne savent pas ce que c'est que la misère."

Delphine semble peu à peu se retirer de ce monde qui l'angoisse.

Un placement en long séjour est projeté, dans une autre structure.

Analyse inférentielle de l'entretien

- Plaintes: Elle n'est pas dans la plainte.
- Vécu abandonnique ::Elle se sent abandonnée par ses enfants bien qu'elle ne se plaint pas et les excuse même, mettant en avant leurs occupations importantes.
- Deuils non faits La perte de son conjoint semble l'avoir beaucoup affecté.
- Agressivité :Delphine ne présente aucune agressivité, elle est assez passive..
- Lien familial :: Elle se retrouve seule, sans la présence de ses enfants.
- .Blessure narcissique rien ne permet de connaître cette blessure, mais il est à noter qu'il y avait déjà eu un problème à son domicile, (malaise, chutes) qui s'est accentué dès son hospitalisation.
- Rejet de l'hospitalisation Il semble que Delphine n'ait pas très bien compris la cause de son hospitalisation. Son refus de nourriture est une façon de montrer sa souffrance et sans doute son rejet de l'hospitalisation.

Elle pense se nourrir suffisamment et correctement. Elle ne comprend pas ce qui lui arrive. Peu à peu, elle se retire de ce monde objectal. Pourra t-elle supporter un nouveau changement dans une nouvelle structure?

Copyright GRIVEL Claudie et Université Lumière - Lyon 2 - 2003.Ce document est protégé

Observation 16 : Amélie, 76 ans.

Amélie est une dame de 76 ans.. Elle est hospitalisée à la suite d'une chute qui a provoqué. une fracture du col du fémur.

Amélie est agressive verbalement si l'on ne répond pas immédiatement à ses demandes. Sinon, elle prend un ton plaintif pour exprimer sa solitude, ses douleurs. Personne ne s'occupe d'elle. Elle se plaint de la mauvaise nourriture. Elle met les nerfs à vif de l'équipe qui a de plus en plus de mal à la supporter.

Je verrai Amélie quatre fois car elle repartira pour son domicile, malgré les contre-indications médicales. Elle accepte volontiers les entretiens car elle a besoin que l'on s'occupe d'elle.

Elle répète à longueur de journée :

- "je suis seule, personne ne s'occupe de moi. C'est dur d'être seule. Même mon mari m'a laissée, vous croyez que c'est normal de laisser une femme malade.!"

Amélie a divorcé, il y a trois ans. Elle n'a pas d'enfants. Son mari est parti et elle ne l'a toujours pas accepté.

Elle se plaint de l'environnement des autres résidents qui sont trop vieux, trop malades et peu intéressants. Elle ne veut pas aller manger avec les autres et ne veut pas participer aux activités.

Elle se plaint de la cuisine de l'hôpital qu'elle trouve immangeable et trop copieuse. Sur le plan nutritionnel, elle n'a jamais beaucoup mangé car elle surveillait son poids. Et c'est allé en s'accentuant.

Elle veut rentrer chez elle, même si elle se plaint de son voisinage qui n'a aucune considération pour elle.

J'apprendrai par son ex-mari (qui vient la voir régulièrement à l'hôpital) qu'Amélie prend de nombreux médicaments contre la dépression, qu'elle mélange avec l'alcool. Elle est souvent tombée et particulièrement la nuit, car elle prend des somnifères.

D'après lui, elle nourrit mieux son chien qu'elle-même.

Il exprime peu à peu sa difficulté à supporter les conflits, la boisson, les plaintes.

- "Pourtant, nous avons été heureux!."

-"C'est vrai qu'ils n'ont pas pu avoir d'enfants mais à cette époque l'adoption s'était vraiment très dure."

Ils travaillaient tous les deux dans la confection et ils aimaient leur métier.

Le fait de n'avoir pas pu avoir d'enfants est sûrement une blessure qui ne s'est jamais cicatrisée chez Amélie.

Amélie rentrera chez elle. Elle acceptera la venue d'infirmières, d'un kinésithérapeute

en vertu de la loi du droit d'auteur.

et d'une aide à domicile bien que cette dernière soit rarement la même personne d'une semaine à l'autre, du fait du mauvais caractère d'Amélie..

Analyse inférentielle de l'entretien

- Plaintes: Amélie se plaint continuellement de tout, aussi bien des traitements, des soins, du personnel, de la nourriture. Elle vit dans la plainte
- Vécu abandonnique : elle se plaint d'être abandonnée de tous, tout en faisant le vide autour d'elle.
- Deuils non faits : Amélie ne parle pas vraiment de son histoire de vie.
- Agressivité : Amélie est en souffrance et elle l'exprime par son agressivité, ses plaintes, sa prise d'alcool.
- Lien familial : un ex-conjoint qui malgré leur séparation est toujours présent auprès d'elle.
- Blessure narcissique : perte de la beauté de sa jeunesse, manque d'enfants et absence de maternité, sont sans doute les blessures d'Amélie.
- Rejet de l'hospitalisation : elle refuse d'être hospitalisée et d'être obligée de se soumettre aux règles de l'institution. Elle mange peu et saute probablement des repas mais elle est étonnante par cette force intérieure qui l'a fait tenir en vie.

Observation 17 : Emile. 88 ans.

Emile est un monsieur de 88 ans, marié. Il a une fille, mariée qui n'a pas d'enfant. Emile accepte les entretiens sans trop oser ou trop fatiguer pour s'y opposer. Nous aurons six entrevues à raison d'une fois par semaine, parfois plus selon l'état d'Emile. Leurs durées seront aussi en fonction de sa santé.

Il est dans le service après une hospitalisation en cardiologie où il a subi plusieurs examens qui n'ont révélé rien d'anormal. Il est arrivé dans le service dans un état de fatigue extrême. Il refuse de s'alimenter.

Emile était infirmier. Il aime parler de son métier. Lorsqu'il se remémore son passé, une nouvelle énergie l'habite. Il se redresse dans son fauteuil, ses yeux brillent et un sourire se dessine sur ses lèvres. La retraite lui a été très difficile à supporter, car elle a marqué l'abandon d'un métier qu'il a énormément investi.

Il raconte ses nombreux postes dans différents hôpitaux. Depuis sa retraite,

-*"Je ne fais rien et je n'ai rien envie de faire"*

Ce terme "rien" est prononcé avec une colère contenue qui surprend. Il laisse plutôt apparaître d'ordinaire de la lassitude. Cependant, il raconte qu'il y a encore deux ans, il allait à la campagne, il faisait son jardin tout doucement. Cela l'occupait. Il jouait aux

en vertu de la loi du droit d'auteur.

cartes avec des amis. Peu à peu, il a perdu ses forces, ce qui le met en colère. Il n'accepte pas de se sentir diminuer, lui qui a été si actif. Son épouse confirme ses propos en rajoutant que c'est à partir de ce moment qu'il a commencé à décliner.

Jeanne, sa femme vient tous les jours, à l'hôpital pour l'obliger à manger un peu

- "en le cajolant ou le secouant un peu lorsqu'il refuse."

Elle prend le rôle de mère avec Emile, si bien que l'on est à peine étonné lorsqu'il appelle sa femme, maman pour qu'elle le mette au lit.

Elle a 86 ans. Ils sont mariés depuis 60ans. Elle dit découvrir un autre homme:

- "Il n'était pas ainsi, c'était un battant. Vous savez, il a perdu son père à l'âge de 3 ans, puis sa mère quand il en avait 13. Il a grandi chez sa sœur, puis un peu de droite et de gauche. Il a eu une jeunesse difficile."

Elle a elle-même été hospitalisée pour un infarctus, il y a cinq ans. Avant d'être hospitalisé, Emile vomissait la nourriture que Jeanne lui mettait de force dans la bouche:

-"c'était très pénible. Maintenant, ça va mieux, il ne vomit plus, mais il ne mange presque rien. A ce propos, il a perdu son dentier."

D'après l'infirmière, Emile mange plus ou moins bien selon les jours. C'est très variable d'une fois sur l'autre. Il est très angoissé et très énervée la nuit.

La semaine suivante, il est couché, trop faible pour être assis. Cependant, il semble plus apte à converser. Il dit ne pas avoir faim mais il essaye de manger tout ce qu'on lui donne, malgré la prise de nombreux médicaments qui lui coupent l'appétit.

Il parle de sa jeunesse. Il a commencé à travailler à l'âge de 13 ans dans une ferme, chez une famille d'accueil. Il en garde un souvenir douloureux car c'était un métier dur pour un enfant.

Il pense que c'est difficile actuellement pour sa femme de venir ainsi tous les jours et d'être obligé de s'occuper de tout:

-"elle n'a pas l'habitude.".

A la demande d'Emile, une permission pour le jour de Noël lui est donnée A ce propos, je rencontre Jeanne et sa fille.

Jeanne apparaît comme une petite dame craintive et timide. Elle exprime pourtant avec force, qu'elle ne veut pas que son mari rentre à la maison, même un seul jour. Elle ne veut pas rester seule avec lui. Elle a peur. Sa peur vient du fait qu'Emile est devenu violent verbalement et parfois physiquement:

-"il voulait même, que j'appelle les pompiers pour qu'ils l'attachent."

Elle est très angoissée, terrorisée à l'idée que son mari pourrait rentrer chez eux :

-"Je n'y arriverai pas, il est trop difficile."

Elle pense aussi que la sortie d'Emile sera une épreuve, surtout lorsqu'il devra revenir à l'hôpital. Sa fille est restée silencieuse face à la colère de sa mère. Elle la comprend mais se sent très coupable de ne pas exaucer le vœu de son père le jour de Noël. Il pourra tout de même rentré chez lui, pour passer les fêtes en famille.

Copyright GRIVEL Claudie et Université Lumière - Lyon 2 - 2003.Ce document est protégé

Après sa permission de Noël, Emile refuse l'entretien. Il est très fatigué. Il ne veut pas parler de sa journée chez lui. Il fait un signe de la main signifiant que la journée se serait plus ou moins bien passée. Emile aura eu tout de même la joie de connaître son dernier Noël avec sa famille puisqu'il est mort quelques jours après. Après ce Noël tant attendu, il a lâcher prise.

Analyse inférentielle de l'entretien

- Plaintes: Emile ne se plaint pas. Il reste très abattu, déprimé.
- Vécu abandonnique : Pourquoi nourrir un corps qui ne peut plus rien? Emile se replie sur lui-même après avoir pu retourner chez lui une dernière fois. Il se sent abandonné par la vie. Il n'est plus ce qu'il était.
- Deuils non faits : Emile a subi de nombreuses pertes dont il semble qu'il n'est pas fait le deuil : perte du travail, perte de son autonomie, perte de ses amis.
- Agressivité: Emile a une certaine agressivité avec sa femme, puisque celle-ci s'en plaint. On n'observe aucune agressivité chez Emile avec le personnel soignant, ni même avec sa femme dans le cadre de l'hôpital.
- Lien familial : Rupture du lien avec sa femme. La peur de l'abandon, la peur de mourir peut expliquer l'expression de l'agressivité dirigée vers sa femme
- Blessure narcissique : Emile souffre de la perte de sa jeunesse, de la perte de son travail.

Emile n'accepte pas sa vieillesse et sa dégradation.

- Rejet de l'hospitalisation : Il ne semble pas qu'Emile rejette son hospitalisation, il n'accepte pas de vivre dans la dépendance.

Observation 18: Germaine. 79 ans.

Germaine a 79 ans. Elle est hospitalisée suite à des chutes avec fracture. Un manque d'appétit depuis son hospitalisation amène à la prise en charge de Germaine. Nous aurons trois entretiens.

A chaque entretien, Germaine est très plaintive. Elle se plaint d'être dépendante pour faire la toilette, pour aller aux toilettes, pour s'habiller. Elle ne supporte pas que ce soit des soignants hommes qui viennent l'habiller, la porter pour l'installer dans son fauteuil.

- "Je mange seule sans aucune aide"

Pourtant ses plateaux restent pratiquement comme ils ont été servis. Elle refuse tout. Elle se plaint de ne pas avoir d'appétit face à cette nourriture peu appétissante.

Très vite elle essaye de renvoyer toutes personnes intrusives. Elle me renvoie à mes

Copyright GRIVEL Claudie et Université Lumière - Lyon 2 - 2003.Ce document est protégé

occupations qui selon elle, sont sûrement importantes.

Les jours suivants, Germaine est très angoissée. Elle parle de la visite de son père très âgé et de sa sœur aînée de cinq ans. Sa mère est morte. Elle n'en dira pas plus. Son mari, lui rend aussi visite. Elle s'embrouille sur une histoire d'appartement où elle vivrait avec son père et sa sœur. Ils viendraient de déménager. Peu à peu, tout s'entremêle dans la tête de Germaine. Elle en vient à demander de l'aide car elle ne veut pas rester seule dans cet appartement.

Germaine s'en ira peu à peu dans la démence. La prise des repas sera toujours un problème pour l'équipe. Certains jours, elle se nourrira normalement et d'autres fois, elle refusera tous les plats.

Elle partira pour une maison médicalisée.

Analyse inférentielle de l'entretien

- Plaintes : Elle se plaint du personnel, de la nourriture de l'hôpital. par contre, elle ne se plaint pas de ses problèmes somatiques.
- Vécu abandonnique :Germaine est dans la plainte. Elle a un vécu abandonnique lorsqu'elle se met en refus de nourriture, de paroles et de soins, puis sa fuite dans la démence.
- Deuils non faits: Elle n'en dit rien. Le déni de la mort de son père, qu'elle dit toujours vivant, peut être l'expression d'un deuil non résolu.
- Agressivité: Elle est agressive avec l'équipe, elle n'accepte pas sa dépendance et son hospitalisation.
- Lien familial: Elle parle d'une sœur, d'un père, d'un mari. Elle en parle d'une façon détachée, sans lien affectif.
- Blessure narcissique : Elle n'accepte pas sa dépendance.
- Rejet de l'hospitalisation Germaine semble avoir des troubles alimentaires occasionnels dus à l'hospitalisation et le peu d'attrait pour les repas de l'institution. Mais est-ce un rejet de l'hospitalisation ou un rejet de sa dépendance ?

Son angoisse apparaît très vite, lorsqu'elle perd peu à peu ses repères et elle se réfugie dans ses souvenirs.

Observation 19 : Georges 94 ans.

Georges a 94 ans. Il a de la peine à accepter ma présence, tout en ayant à la fois envie de se confier au sujet de sa maladie.. Nous aurons deux entrevues, assez difficiles.

Il a été hospitalisé pour décompensation respiratoire: une pneumopathie infectieuse et une insuffisance cardiaque. Sur le plan physique, il a une autonomie restreinte du fait

en vertu de la loi du droit d'auteur.

d'une coxarthrose majeure difficilement opérable dans le contexte poly pathologique. (selon le dossier des infirmiers)

Il est marié depuis vingt et un ans, avec sa deuxième femme. Ils ont eu trois enfants. Ils vivent actuellement dans la maison de leur fille où ils ont leur appartement.

Une infirmière vient deux jours par semaine ainsi qu'une aide ménagère. Ces indications seront données par son épouse qui est très présente auprès de son mari.

Peu à peu, Georges devient agressif verbalement. Il maugrée sur la nourriture, les soins, le personnel. Sa femme essaye par sa présence quotidienne de le calmer, de l'apaiser.

Puis, il cesse de parler, ne prononçant plus aucun mot.. L'équipe ne sait plus quelle attitude adoptée face à Georges.

Au bout de deux jours, il refuse la nourriture mixée. Il devient incontinent. Il refuse la prise de sang ainsi que les comprimés. . Il s'oppose avec force à l'équipe :

- *"foutez-moi la paix"*

Un essai est fait pour la prise des repas en salle à manger. L'équipe espère que le contact avec d'autres résidents peut influencer son comportement. Georges recrache alors la nourriture et serre les dents pour qu'on le ramène dans sa chambre. Il ne boit que très peu. La famille demande à l'équipe de ne pas le forcer à manger.

Il refuse tout : soins, toilettes, boissons, nourritures. Pourtant, en présence d'une de ses filles, il acceptera une fois les soins et la toilette. Sinon, il arrache les intraveineuses, refuse la perfusion. Il veut prendre la décision de sa vie et de sa mort.

Depuis son arrivée dans le service, le problème pulmonaire semble résolu. L'équipe est confrontée à des troubles du comportement, à une opposition. Il refuse d'ouvrir les yeux, tourne la tête lorsqu'on lui parle et ne répond que par des mimiques de la bouche ou bien en haussant les épaules. Si un soignant insiste, il raconte qu'il adore se faire examiner par les femmes car il est un ancien marin.

Il semble serein (sourire sur les lèvres) lorsqu'on le laisse tranquille.

Il ouvre la bouche pour dire bonjour à ses petits-enfants et à ses enfants qui sont très présents.

La situation est étonnante : il est régulièrement assis dans son lit, regarde la télévision, il refuse l'alimentation, refuse la parole avec le médecin, les soignants et moi-même. Il semble déterminé dans sa décision.

Il décède après un mois d'hospitalisation.

Analyse inférentielle de l'entretien

- Plaintes: Il ne se plaint pas de sa pathologie. Il se plaint que l'on ne le laisse pas en paix.
- Vécu abandonnique : Il abandonne cette vie qu'il n'accepte pas.

en vertu de la loi du droit d'auteur.

- Deuils non faits. Georges ne donne aucun élément de son histoire de vie. Rien ne laisse percevoir qu'il est eu des deuils non résolus dans son existence.
- Agressivité: Son agressivité se situe envers les soignants. Montre t-il par ce comportement le refus de son hospitalisation?
- Lien familial : Georges est très entouré par sa famille.
- Blessure narcissique Elle est peut-être dans l'hospitalisation, qui lui montre un peu plus sa dégradation physique.
- Rejet de l'hospitalisation

L'équipe se sent exclue, mise à l'écart de cette évolution. Il semble que Georges par son refus de se nourrir, son refus de soins s'est réapproprié sa mort.

Il refuse toute aide extérieure. Sa famille l'accompagne et accepte sa décision.

Observation 20 : Martine.84 ans.

Mathilde a 84 ans. Elle a quelques hésitations à accepter les entretiens qui seront au nombre de quatre.

Mathilde est en long séjour depuis peu car elle a perdu son autonomie sur le plan de la marche et elle est de plus en plus désorientée. A ce tableau, s'ajoutent des troubles du comportement alimentaire.

Elle dit qu'elle perd souvent la tête et qu'elle ne se souvient pas de beaucoup de choses de sa vie. Elle se souvient qu'elle était droguiste avec son mari, que ses parents étaient aussi des commerçants :

- "toute une famille de commerçants"

Elle a une fille et un fils qui viennent la voir quand ils peuvent.

Sur le plan nutritionnel, elle dit manger ce qu'elle a envie. Ce qui semble l'inquiéter particulièrement, c'est le fait qu'elle perde la tête. Elle ne se rappelle plus depuis combien de temps elle est ici. Elle récite alors le nom des jours dans l'ordre, sans en omettre un seul.

Elle dit avoir du mal à s'exprimer. Dans le même temps elle est prise par une toux et un haut le cœur presque à vomir :

- "j'ai du mal à faire passer ce qui n'est pas bon"

Les jours suivant, elle est plus angoissée, ne parlant que de son lit dans lequel elle veut retourner. Son lit est son seul refuge dans lequel elle s'y sent en sécurité.

"Je reste couchée toute la journée, je vais bientôt aller me coucher ?"

Elle ne sait plus très bien si c'est le matin ou l'après-midi.

- "Je ne suis pas bien d'aplomb. Je vais finir comme ça sans doute ! Je ne sais plus, je ne me rends plus bien compte. Tiens, je n'ai plus mes dents, ah, oui ! Ce sont des

Copyright GRIVEL Claudie et Université Lumière - Lyon 2 - 2003.Ce document est protégé

choses que l'on peut mettre et enlever."

Elle devient de plus en plus perdue. Elle raconte qu'elle est sans doute punie car elle n'est plus dans sa chambre:

- "on est puni ? On est sûrement puni"

En fait, au moment du ménage des chambres, les soignants ont installé les résidents dans le salon. Pendant ces moments, Mathilde se retrouve attachée à son fauteuil. Considère t-elle ce changement de lieu et le fait d'être attachée comme une punition, comme un acte autoritaire?

.Elle ne parle presque plus. Elle se retire du monde extérieur ou tousse en faisant la grimace. Cette toux est insistante lorsqu'elle est stimulée pour parler ou pour manger. La toux se calme lorsqu'on la laisse tranquille..

Elle décédera quelques jours plus tard, lovée dans son lit.

Analyse inférentielle de l'entretien

- Plaintes: Mathilde ne se plaint pas. Elle reste de longues heures sans rien dire.
- Vécu abandonnique: Mathilde se réfugie dans son lit mais aussi dans son monde interne. Elle se retire doucement, sans bruit de ce monde objectal en abandonnant les mots, les aliments, le lien familial.
- Deuils non faits: Mathilde ne pourra pas raconter des éléments de son histoire de vie ou très peu.
- Agressivité: Mathilde n'est pas agressive. Elle l'est peut-être vis-à-vis d'elle –même, par le refus alimentaire.
- Lien familial: Les enfants sont peu présents mais pas absents non plus.
- Blessure narcissique : Cette blessure s'exprime peut-être par une fuite dans la démence.
- Rejet de l'hospitalisation : Le refuge dans le lit, lieu contenant, peut exprimer son refus d'être placée.

Observation 21: Joséphine 91 ans.

Joséphine a 91 ans. Elle a été hospitalisée pour une occlusion intestinale avec vomissements. Nous verrons six fois à une semaine d'intervalles entre chaque entretien.

Elle a du mal à marcher surtout à la suite de prises de laxatifs forts qui lui ont été administrés et l'ont laissée sans force.. Son élocution est très mauvaise. Elle répète avec inquiétude que son fils va la gronder car elle a dû rester debout dans les sanitaires, ne pouvant plus bouger ses jambes:

Copyright GRIVEL Claudie et Université Lumière - Lyon 2 - 2003.Ce document est protégé

- "je dois prévoir le trajet pour aller aux toilettes, sinon!"

Effectivement, Joséphine est restée une longue période, debout, tremblante, appuyée sur son cadre, ne pouvant plus avancer, ni s'asseoir. Cet événement l'a beaucoup affecté.

Joséphine, parle facilement de sa vie. Elle a deux fils. Gérard qui a trois enfants d'un premier mariage et une petite fille de 8 ans du second:

-"C'est une vraie petite chipie"

Son fils Pierre est mort. Il s'est pendu. Elle l'a découvert en venant lui apporter à manger. Son fils était un beau garçon mais qui a souvent trompé sa femme et lorsque celle-ci l'a trompé, il n'a pas supporté. Ses petits- enfants *"ont coupé les ponts*" avec elle, puisqu'ils étaient déjà partis de chez leur père.

Elle ne voit pas non plus ceux de son second fils car les enfants et leur père ne se parlent plus. Donc, elle ne voit plus personne sauf son fils et sa petite-fille du second mariage.

Elle est née dans le Nord de la France, près de la Belgique, vers Roubaix.

Elle a commencé à travailler à 13 ans. Elle n'a pas pu passer son certificat d'étude à cause de sa mère qui n'a pas voulu. Elle s'est retrouvée en usine textile. N'étant pas au milieu de femmes correctes, elle a été mise au piquage de tissu (étiquetage) Elle ne s'y plaisait pas du tout. Elle s'est retrouvée à la broderie en machine. Puis une tante lui a appris la coiffure. Elle avait le salon quand la guerre a éclaté. Son mari est parti. Elle a tout vendu. Elle regrette. Elle a connu son mari à l'usine. Il s'occupait de réceptionner les tissus étiquetés. Apparemment, il avait une mauvaise santé. Sa mère l'avait prévenue de ne pas se marier avec cet homme.

Elle a connu un homme qui était fiancé. Ils se sont aimés, puis leurs chemins se sont séparés. Ils se sont retrouvés quelques années plus tard. Ils avaient deux enfants et leurs aînés avaient le même prénom, Pierre:

- "Il a attendu que je me marie la première pour se marier à son tour."

Elle aurait été heureuse avec lui. Elle aimait son mari mais ce n'était pas pareil.

-"Qu'est- il devenu maintenant ? Est-il mort ? J'aurais dû rester dans le Nord, j'aurais des amis. Ici, je n'ai plus personne. Je suis venue à Lyon car mon fils y vit. Je regrette."

Lorsqu'elle était jeune elle adorait chanter. Elle chantait dans les fêtes, pour les départs des jeunes appelés. Elle avait un caractère gai. Elle a bien profité dit-elle.

Elle a connu trois guerres : 14-18, 39-40 et la guerre d'Algérie où ses deux fils sont partis.

- "Pierre a trop touché à l'alcool. C'était la peur. C'était la guérilla."

Elle parle de rêves qui la marquent.

-"Je suis très imaginative."

Elle se lève pour s'asseoir dans le fauteuil aidé par un cadre. Elle saisit un roman. Elle me raconte en riant qu'une fois elle n'arrivait pas à lire. Elle croyait que sa vue baissait mais non elle avait mis ses lunettes de soleil !

en vertu de la loi du droit d'auteur.

Pour elle, si elle doit partir en maison il faut qu'elle soit bon marché.

- "J'aurais aimé rester dans le service, mais je ne peux pas car c'est un hôpital. J'espère mourir avant d'aller dans une maison. J'en ai assez, j'ai fait mon temps. J'ai eu des moments heureux."

Les jours suivants, elle reste couchée.

Elle ne mange pas assez et elle s'en rend compte, mais elle trouve la nourriture qui est servie trop mauvaise. Elle ne sait même pas ce qu'elle mange:

- "à part la couleur, c'est tout pareil!"

Elle aime à parler même si elle est de plus en plus fatiguée et si ses paroles deviennent inaudibles par moment.

Sa santé se dégrade de jours en jours. Joséphine est très fatiguée. Elle est encombrée au niveau des bronches. Elle parle difficilement. Sa santé s'est dégradée rapidement.

"Je veux me retrouver au cimetière, je n'en peux plus. Je ne peux plus marcher, je suis trop fatiguée."

Elle est sous morphine. Elle somnole. Un bol sous le menton de peur de vomir. Elle a beaucoup changé, maigri.

Joséphine est morte deux jours plus tard. La chambre est vide, le nom a disparu.

Analyse inférentielle de l'entretien.

- Plaintes : Joséphine ne se plaint pas. Elle est angoissée par les symptômes de sa pathologie, comme les vomissements.
- Vécu abandonnique Elle se sent abandonné. Plus rien n'a de sens. L'effondrement de ses défenses, l'effondrement de son Moi.
- Deuils non faits Joséphine a connu de nombreuses pertes: mort de son conjoint, mort de son fils Pierre qu'elle n'a pas accepté, perte d'un amour manqué.
- Agressivité Joséphine n'est pas agressive. Elle devient résignée, elle n'a plus d'énergie, elle n'en peut plus.
- Lien familial: Présence du fils et de sa petite-fille ce qui la réconforte.
- Blessures narcissiques Joséphine a eu de nombreuses pertes, qu'elle a plus ou moins bien résolues. La mort de l'un de ses fils reste pour elle, une grande douleur.
- Rejet de l'hospitalisation Joséphine ne rejette pas son hospitalisation. Elle essayait d'admettre un éventuel placement, mais gardait le secret espoir de mourir avant que la décision soit prise.

en vertu de la loi du droit d'auteur.

Observation 22: Angèle. 72 ans.

Angèle est une dame de 72 ans. Elle accepte avec enthousiasme les entretiens qui lui permettent de parler et d'avoir des visites. Nous aurons six rencontres. Elle sera toutes les fois couchée.

Elle est alitée car elle souffre d'hémorroïdes. Elle ne parle pas de ses nausées et de ses vomissements, symptômes qui ont interpellé l'équipe à propos de son comportement alimentaire.

Elle explique sa faible prise de nourriture, par son anxiété:

-"Je suis une anxieuse et ça ne passe pas."

Elle a deux enfants : une fille qui est morte et qui était malade des nerfs; un garçon qui a trois enfants, deux filles et un fils. Ils vivent à Lyon. Ils viennent souvent lui rendre visite.. C'est son fils qui l'a ramenée à Lyon lorsqu'elle ne pouvait plus rester seule.

Son mari et elle, étaient cultivateurs, à Beaune. Elle aimait beaucoup ce métier. Elle explique que son mari a eu un père alcoolique qui battait sa mère.

-"C'est dur pour un enfant."

Son mari est mort, il y a quelques années.

Angèle est dans la plainte : hémorroïdes et maux de tête. Elle répète de nouveau que c'est la vie, que tout le monde a son lot de malheur. Elle a été opérée des hémorroïdes. Elle est plus souriante depuis son opération, on s'occupe d'elle..

Bien souvent, elle n'a pas le moral et peu à peu elle l'exprime:

-"je suis très fatiguée, très fatiguée, anéantie. Je n'ai pas faim, j'ai le nœud dans la gorge, pourtant, ça a l'air bon."

Elle reproche au personnel de ne pas la calmer. Puis, elle s'excuse de cette faiblesse en terminant comme à chaque fois par ces mots:

-"c'est la vie, c'est comme ça, on n'y peut rien."

Elle pense à ses enfants, ses petits-enfants, sa vie, les bons et les mauvais souvenirs.

Elle regarde les photos qui sont en face d'elle : ses trois petits-enfants, son père et elle plus jeune, sa mère et une sœur de son père. Puis, elle se referme et elle n'en dit plus rien.

Voici l'histoire d'Angèle relatée par sa belle-fille.

Elle est née en 1927 à Longwi.

Elle est l'aînée d'une famille de trois enfants. Elle a des liens très forts avec son père. Elle décrit sa mère comme exigeante. Ses grands-parents vivaient avec eux. Elle s'installe dans une ferme à Marnay (vers Montbard et Ravières) en se mariant à 19 ans

Copyright GRIVEL Claudie et Université Lumière - Lyon 2 - 2003.Ce document est protégé

en Côte d'Or. Son premier enfant décède à la naissance, étranglé par le cordon ombilical. Son deuxième enfant, une fille décède d'une Chorée de Hugtington vers 1957-1958.

Elle déménage alors en appartement. Son fils Michel est né. Elle devient femme au foyer et fait quelques "extras" au restaurant pour arrondir les fins de mois. Son mari André tombe malade en 1964. Elle déménage à Aulnois pour se rapprocher de sa famille car André a des problèmes de santé.

Angèle travaille comme ASH à l'hôpital pendant un an. Puis elle revient en Côte d'Or vers Beaune. Le couple a trouvé du travail dans une grosse maison avec parc, pour le ménage et comme gardien. Son mari travaille chez un paysagiste pendant un an ou deux puis il est mis en longue maladie. Ils restent à Beaune mais déménagent dans la " ZUP" de Beaune vers 1972. André décède en 1976. Angèle se remarie en 1977. Elle retourne à Ravières. Son fils Michel reste à Beaune pour faire ses études. Elle rentre à Beaune en 1983, dans son appartement qu'elle occupe jusqu'en 1999. Elle a toujours accordé beaucoup d'importance à l'unité familiale, aime les enfants. Son grand-père, jardinier lui a donné sa passion du jardinage, des fleurs. Sa troisième passion concerne les animaux : elle a toujours eu des oiseaux, des cobayes, des chiens. Le chien qui l'a beaucoup marqué est la "Babette"

Elle appréciait de faire la cuisine. Elle aime les magazines. Elle apprécierait d'aller en animation.

Angèle continue de se plaindre de ses hémorroïdes, surtout lorsqu'elle a du "vague à l'âme" comme elle dit. Son appétit est fonction de son moral, qui est plus ou moins bon.

Elle essaye de tout contenir même les pleurs qu'elle ne peut laisser apparaître. De temps en temps, elle s'échappe dans ses souvenirs:

-"je tricote une écharpe en mohair, elle est tellement belle que tout le monde en veut une" Alors qu'Angèle est dans l'incapacité de tenir des aiguilles.

"Je veux voir papa et maman pour leur demander des courses."

Angèle cache une grande détresse qu'elle a du mal à formuler avec des mots. Ses enfants, ses petits-enfants, ses souvenirs sont les seuls appuis qui lui permettent de se résigner à cette vie.

Angèle reste en long séjour.

Analyse inférentielle de l'entretien.

- Plaintes : Angèle se plaint des hémorroïdes et de maux de tête pour cacher un profond désarroi et un besoin que l'on s'occupe d'elle.
- Vécu abandonnique: elle se sent abandonnée car elle n'a plus la jeunesse et la force de lutter.
- Deuils non faits: Elle exprime son désarroi, lorsqu'elle parle de la mort de son père, de son mari et de ses deux enfants.
- Agressivité: Angèle n'est pas agressive. Elle est abattue.

Copyright GRIVEL Claudie et Université Lumière - Lyon 2 - 2003.Ce document est protégé

- Lien familial : On note la présence du fils, de la belle-fille et des petits enfants. Etayage familial important pour Angèle.
- Blessure narcissique: Blessure d'un corps qui l'a fait souffrir et qui n'obéit plus.
- Rejet de l'hospitalisation: Probablement par son besoin de s'évader psychiquement de la réalité.

Observation 23: Marie. 80 ans.

Marie a 80 ans et nous aurons trois entretiens.

Elle est mariée, a deux enfants, une fille et un garçon.

Elle se plaint de nombreuses douleurs corporelles. Son mari est diabétique. Il est dialysé deux fois par semaine. Elle s'est toujours beaucoup occupée de lui. Marie est très en colère contre son mari. Maintenant, c'est elle qui se retrouve à l'hôpital à cause d'un asthme sévère associé à des problèmes de bronchite.

Elle parle de son enfance: elle a perdu son père quand elle avait 5 ans, suite à des séquelles de la première guerre. Sa mère et sa grand-mère sont mortes à quelques jours d'intervalles. Un de ses frères est mort dans un camp. Sa fille a été mère à 16 ans, ce qui fait qu'elle a élevé deux enfants plus sa petite-fille.

Elle ne veut pas manger à la salle à manger avec les autres et puis la nourriture l'écœure. Elle dit ne rien pouvoir avaler. Les aliments ne passent pas même ceux amenés par son mari. Par contre, elle boit deux litres de limonades par jour.

Depuis quelques jours, elle refuse de manger, de se laver, de bouger. Elle se plaint de douleurs, de maux de tête… et de son mari qui est autonome grâce à elle. Elle se dit malade de l'avoir trop soigné, de s'être occupé de ses enfants et petits-enfants. Elle a détruit sa santé.

Elle décédera une semaine plus tard.

Analyse inférentielle de l'entretien.

- Plaintes : Marie se plaint de ses maux, de sa souffrance. Elle est dans la plainte corporelle et psychique.
- Vécu abandonnique : Marie a l'impression d'être abandonnée par son entourage, ceux-là mêmesdont elle s'est occupée à en perdre sa santé. Elle se sent abandonnée par son corps puisqu'il est maintenant malade.
- Deuils non faits-: De nombreuses pertes, deuils non faits: père, mère, grand-mère. Il semble que son hyper activité antérieure cachait un vide intérieur. Maintenant, son monde interne est plein de trous dus à des pertes, au deuil non fait et qu'elle a masqué par son activité. Elle est dépressive.

en vertu de la loi du droit d'auteur.

- Agressivité –Marie est envahie par la colère. Elle est devenue agressive verbalement à l'encontre de son mari, des autres résidents, du personnel soignant.
- Lien familialIl semble distendu du fait de la maladie, et de sa colère. Pour elle, la famille ne lui rend pas ce qu'elle a donné.
- Blessures narcissiques : Elle ne se sent pas reconnue comme elle devrait l'être. Le bilan de son histoire la laisse très amère.
- Rejet de l'hospitalisation : Refus de manger, refus de soins, refus de paroles montrent le rejet de ce qu'elle vit.

Observation 24: Marcelle.81 ans.

Marcelle est une dame de 81 ans hospitalisée pour un problème circulatoire et un faible poids.

Elle acceptera les entretiens et nous aurons quatre entrevues.

Elle pèse actuellement 30kg. Elle a pris, dit-elle 4kg depuis son hospitalisation dans le service. Elle est très en colère contre l'hôpital:

-"Il me garde pour que j'occupe le lit, c'est un commerce comme un autre."

Elle veut partir dans sa maison de retraite:

-"Cela ne sert à rien que je reste ici, ils ne font rien pour mes jambes."

Elle a une fille mariée qui, elle-même a une fille. Elle travaille à la sécurité sociale et la petite fille est ingénieur dans une entreprise de gestion.

Marcelle a eu une dépression lors du mariage de sa fille, car son mari n'aimait pas son futur gendre et disait tout le temps que leur fille serait malheureuse. Alors, entendant cela, elle a déprimé lors du mariage.

Son père était alcoolique. Sa mère était malade des nerfs et a fini en psychiatrie. Ses parents ont divorcé quand elle avait 7 ans. Elle est d'origine de St Marcellin. Elle est venue à Lyon, à la demande de son père pour trouver du travail. Elle s'est mariée et a commencé un travail dans la fourrure. Elle aimait assez ce métier, elle faisait les manteaux de vison.

Elle n'a jamais eu un gros appétit car elle se dit trop nerveuse et anxieuse. Et puis, elle a eu un examen de l'estomac qui a irrité son œsophage, d'où sa difficulté a avalé.

Elle pense qu'elle va déprimer si elle reste ici. Mais la décision vient de sa fille. Elle ne doit pas se laisser faire par les médecins, qui veulent la garder sans aucune raison.

Marcelle reste toujours distante et ne se dévoile jamais Elle donne le change avec un grand sourire.

-"Je vais peut-être partir lundi prochain, maintenant que je pèse 43kg."

D'après elle, elle mange bien, mais en voyant son plateau qui n'a pas été touché, elle

en vertu de la loi du droit d'auteur.

se ravise.

-"C'est exceptionnel, aujourd'hui ce n'était pas assez cuit ! Je n'ai pas pu manger alors j'ai mangé les yaourts, les compotes"

Ce qui l'ennui dans la maison de retraite, c'est qu'elle devra manger à la salle à manger avec les autres. Elle préfère manger dans sa chambre car ainsi personne ne la gronde

Elle pense qu'elle a beaucoup de volonté pour essayer de marcher afin de pouvoir partir le plus vite possible. Elle essaye de marcher un peu dans sa chambre et de se coucher toute seule. Elle n'est pas inquiète de partir pour ce nouveau lieu qu'est la maison de retraite, juste un peu pour le changement. Elle parle ensuite du coût de la maison de retraite. Elle espère ne pas vivre longtemps pour que cela ne coûte pas trop cher à sa petite-fille. Ses amies qui sont allées en maison n'ont pas vécu longtemps.

Elle ne pensait pas qu'un jour elle serait obligée de quitter sa maison.

-"C'est à cause de mes jambes."

Sa fille est depuis peu à la retraite avec son mari. Leur fille travaille à Paris et va se marier l'année prochaine. Elle pense qu'elle ira juste à la messe car elle ne peut pas manger et elle ne veut donc pas aller au restaurant. Puis elle se ravise en disant qu'elle ira peut-être un petit moment.

Marcelle masque ses angoisses, en essayant d'être maîtresse des entretiens. Elle est partie en maison de retraite.

Analyse inférentielle de l'entretien.

- Plaintes: Marcelle se plaint de douleur au niveau des jambes et de sa difficulté à marcher.
- Vécu abandonnique : Marcelle n'est pas dans l'abandon, elle garde espoir de s'adapter à sa nouvelle demeure et que surtout elle retrouve l'usage de ses jambes.
- Deuils non faits : Marcelle exprime facilement le décès de ses parents. Elle regrette le temps où elle exerçait son métier.
- Agressivité : Elle est très agressive vis-à-vis de l'institution hôpital. Elle pense qu'il ne s'occupe pas suffisamment d'elle et de ses problèmes de jambes. Marcelle déplace probablement son angoisse due à la perte de son domicile sur l'institution responsable de ses problèmes somatiques.
- Lien familial : Persistance du lien familial. Marcelle est très entourée par sa fille et sa petite fille.
- Blessures narcissiques Marcelle a probablement des difficultés a accepté sa perte d'autonomie liée à ses jambes et qui l'oblige à quitter son domicile.
- Rejet de l'hospitalisation –Marcelle montre son rejet de l'hôpital par son agressivité avec l'environnement hospitalier.

Copyright GRIVEL Claudie et Université Lumière - Lyon 2 - 2003.Ce document est protégé

Observation 25: Marguerite. 79ans.

Marguerite a 79 ans. Elle est hospitalisée pour un malaise cardiaque Je verrai Marguerite huit fois à raison d'une fois par semaine en général. Il arrivera que l'entretien soit différé d'une semaine lorsqu'elle sera en examen. Malgré une certaine méfiance lors du premier entretien, elle accepte relativement bien les entrevues. Cette méfiance se traduit par une agressivité verbale, ne comprenant pas mon intervention.

Marguerite explique qu'elle a trouvé des ganglions à un sein. Elle en veut à son médecin qui ne l'a pas écoutée tout de suite. Elle subit depuis des chimiothérapies et c'est très éprouvant et douloureux. Elle exprimera d'ailleurs cette agressivité sur toute l'équipe soignante qui n'importe comment ne fait pas ce qu'il faut.

Marguerite a un fils divorcé qui vit avec une deuxième femme. Elle ne l'aime pas car elle est persuadée qu'elle en veut à ses biens.

-"Mon fils a essayé de devenir mon tuteur mais je ne me suis pas laissée faire."

Il lui aurait dit suite à ce refus:

-"Maintenant tu feras ce qu'on te dit de faire et non plus de faire ce que tu veux."

Elle exprime de l'inquiétude pour son avenir car la seule personne qui pouvait l'accueillir, était son fils mais avec cette femme cela semble impossible.

Elle est assez agressive dans ses propos. Elle mange peu car elle a beaucoup de médicaments. De plus, elle trouve que ce n'est pas bon:

-"Les haricots baignent dans l'eau et n'ont aucun goût." Et puis, je n'ai pas faim, et en plus ce n'est pas bon. Personne ne m'aide à manger, alors que je n'ai qu'une main. On pose le plateau et je dois me débrouiller."

Lors d'un entretien, Marguerite montre des égratignures sur son front, son nez, et son œil droit. Elle parle tout doucement. Pour elle, elle est restée assise trop longtemps et comme elle était fatiguée, elle est tombée en avant:

-"J'ai appelé mais personne n'est venu."

Elle ne pas sait pas trop ce qu'elle va devenir, elle veut en finir. Elle doit subir une dernière chimiothérapie. Elle a peur de celle-ci. Elle parle de nouveau de l'amie de son fils, qu'elle fait ce qu'elle veut, qu'elle ne se marie pas car ainsi, elle peut partir.

Cette dame se plaint sur un ton agressif, sur son environnement familial et hospitalier.

Les jours suivants, Marguerite est surtout fatiguée. Elle parle à peine, ses paroles sont lentes, peu audibles, les silences se font plus long Elle est moins agressive. Elle parle tout de même avec amertume des soignants qui ne la comprennent pas.

A un moment de l'entretien, elle dit tout bas qu'elle veut mourir et qu'elle devrait s'arrêter de manger. Puis un long silence.. Puis, elle reparle de son fils, de l'alimentation

Copyright GRIVEL Claudie et Université Lumière - Lyon 2 - 2003.Ce document est protégé

qui est mauvaise, qu'elle n'a pas faim, qu'elle veut partir, rentrer chez elle. Elle est consciente qu'elle ne peut pas rester seule chez elle, mais elle en a assez d'être ici, avec *"ces garces".*

A l'entretien suivant, elle est couchée et semble plus reposée. Elle va beaucoup parler : de son petit-fils qui est malade et qui a toujours eu une santé fragile, Il doit subir une opération cardiaque. Elle semble admirer le courage de celui-ci ; de son fils qui est en soucis de la maladie de son fils, de sa belle-fille et du divorce, des soucis causés par ce mariage qu'elle ne voulait pas, pas plus du divorce, de l'amie de son fils qui va chez elle sans lui demander l'autorisation, surtout qu'elle ne l'a rencontré que deux fois. Elle ne l'aime pas. Elle a beaucoup de difficulté à vivre tout cela.

Elle parle de plus en plus difficilement et elle se rend compte que ses mots sont pénibles à prononcer. Elle semble moins révoltée, plus conciliante avec l'équipe. Elle apprécie qu'on vienne l'aider à manger, à s'habiller, à se lever.

Elle se pose la question de son propre avenir tout en sachant qu'elle n'a plus d'autonomie corporelle.

L'entretien suivant, elle me dit qu'elle n'a pas mangé à midi. Elle n'avait pas faim et puis ce n'était pas bon. La cause de cette perte d'appétit, Marguerite l'exprime peu d'instant après :

-"Je n'ai pas vu son fils mais il a sûrement beaucoup de travail car mon petit-fils a été hospitalisé pour une opération qui s'est bien passée mais on a été obligé de lui couper un bras."

Marguerite sera admise en long séjour mais elle ne l'acceptera pas vraiment. Elle passe des périodes de forte agressivité, s'en prenant à l'équipe, ne mangeant pratiquement plus et des périodes où elle est plus "soumise"

Pendant ces périodes son comportement alimentaire est moins troublé bien qu'elle sélectionne sa nourriture et qu'elle continue à manger insuffisamment.

Analyse inférentielle de l'entretien.

- Plaintes : Marguerite se plaint de ses douleurs, de sa main, de sa maladie. Par ses plaintes, Marguerite exprime son besoin de "maternage." Elle voudrait que l'équipe, son fils s'occupent d'elle.
- Vécu abandonnique: Elle se dit abandonner par son fils. Mais surtout, sa santé l'abandonne, elle a perdu son autonomie corporelle et ne peut plus vivre comme elle le désire.
- Deuils non faits: Elle ne parle pas des pertes qu'elle a vécues. La seule dont elle parle est celle de son autonomie.
- Agressivité : Marguerite déplace son agressivité familiale sur les soignants.
- Lien familial : Désétayage familial, dû à la mésentente de Marguerite avec son fils et de sa compagne.

en vertu de la loi du droit d'auteur.

- Blessures narcissiques : Les plaintes somatiques révèlent probablement une blessure narcissique. Marguerite était une femme fière, qui s'occupait de toute sa comptabilité et qui maintenant se retrouve sous la dépendance de son fils et de l'amie de celui-ci.
- Rejet de l'hospitalisation : Marguerite se plaint de la nourriture de l'hôpital. Elle est agressive avec l'équipe ce qui peut traduire une souffrance liée à sa perte d'autonomie et donc à son placement en long séjour.

Observation 26: Marthe. 92 ans.

Marthe a 92 ans. Elle est admise dans le service pour une décompensation cardiaque et une embolie pulmonaire. Elle a perdu un œil mais elle ne donnera aucune explication à ce sujet.

Pour elle, elle est hospitalisée à cause de la goutte qui ne veut pas disparaître.

Marthe aime parler de sa vie. Nous aurons trois entretiens ensemble.

Elle a cinq enfants et des larmes montent en pensant à son fils qui est mort, il y a quatre ans d'une maladie.

- "J'ai enterré mon gone."

Elle en a beaucoup souffert et elle en souffre encore. Elle a eu quatre filles et une belle-fille qu'elle a gâtée comme les autres. Elle pense qu'elle a bien rempli son rôle.

Elle raconte la période de la guerre, des deux guerres, mais finalement elle parle surtout de la dernière. Les longs chemins à parcourir pour trouver de la nourriture. Ses enfants ont toujours eu à manger. Elle a élevé ses gones et d'autres enfants comme Annie qu'elle a recueilli.

- "Annie s'est suicidée avec des médicaments et c'est mon fils qui l'a trouvée."

De nouveau des larmes remplissent ses yeux.

Elle a passé son enfance en Italie. Elle est née dans le sud de l'Italie, à San Severo en 1908, puis elle est partie à l'âge de 14 ans pour fuir Mussolini. Son frère qui était "*rouge"* est parti le premier, puis a fait venir à Lyon, ses deux frères, sa sœur et elle.

- "Vous savez, Mussolini, il a quand même permis que les cabinets soient dans les maisons et qu'il y ait le tout à l'égout. Et puis, il permis d'amener l'eau dans les maisons, avant on allait le chercher dans la montagne."

Ces montagnes où elle allait se promener. Son visage s'éclaire, elle les nomme toutes et semble revivre les beaux moments de sa jeunesse:

-"J'ai eu une belle jeunesse."

Pour elle, ces moments lui font oublier toutes les difficultés qu'elle a eues pendant cette jeunesse. Au moins, elle vivait, alors que maintenant… *"je ne sers plus à rien!"*

Les parents sont restés en Italie car le père avait une maladie de la vessie et ne

en vertu de la loi du droit d'auteur.

pouvait pas faire le voyage.

Elle est partie en train et lorsqu'elle est arrivée à Lyon, elle a logé

"dans un appartement qui était petit et sale. Il y avait trois autres familles italiennes. J'ai trouvé du travail chez Carnot. Ce n'était pas comme maintenant on trouvait du travail."

Elle travaillait dans la fonderie.

-"Un métier d'homme! Mais il le fallait!"

Elle est retournée deux fois en Italie. La deuxième fois, c'est après la mort de sa mère, car le jour même il n'y avait pas de train.

Depuis qu'elle est ici, elle a perdu l'appétit, son estomac se serre. Elle ne comprend pas. Sa fille vient la faire manger mais

- "elle me force et ça m'énerve! D'ailleurs avec ma fille on s'engueule souvent à cause de ça."

Elle semble triste Elle est cafardeuse mais elle ne sait pas pourquoi. Elle parle de son fils, de ses trois filles, de ses quatorze petits-enfants et de ses arrière-petits-enfants.

-"L'appétit va mieux, mais aujourd'hui rien ne passe, maman" dit-elle. "J'ai hâte de rentrer chez moi ou du moins chez ma fille qui habite un rez-de-chaussée, je pourrais vivre au-dessus, maman. Depuis que je suis ici mes jambes ne me portent plus et je n'ai plus faim"

Toutes ses phrases finissent par *"maman"* Une infirmière lui aurait dit qu'elle n'était pas sa mère. Elle ne comprend pas cette réponse. Cela la chagrine autant que cela l'énerve. Ce sont tous mes gones, (en parlant des soignants)

- "Pourquoi elle me dit cela?"

Elle évoque la mort de son fils avec des larmes. Elle n'arrive pas à oublier et elle raconte comment le jour de sa mort s'est passé:

-"Ma fille est venue, elle m'a dit, viens, il faut que l'on rentre. (Elles étaient à la campagne) Je me suis dit qu'il y a quelque chose qui cloche. Arrivée, il y avait le médecin, mes filles, mon neveu. J'ai demandé au médecin ce qu'il faisait là, il m'a répondu qu'il voulait me connaître. J'ai regardé tout le monde et j'ai compris, j'ai demandé à le voir mais c'était trop tard."

"Je suis très triste quand je pense à tout cela et je n'ai pas faim et puis vous savez ce n'est pas bon, ils mélangent tout. Ils me disent de trier mais je ne vois pas.

Je mâche à droite, puis à gauche puis à droite et je n'arrive pas à avaler. Enfin, bientôt je pars chez ma fille, celle qui habite à Châtillon, mais je suis inquiète car je ne suis pas quelqu'un qui ne fait rien et qu'est-ce que je peux faire maintenant que je n'y vois rien! Je ne peux plus tricoter, ni coudre, ni faire la cuisine!"

Marthe n'a pas fait le deuil de son fils. Elle est très angoissée le soir, se met à crier, réclame pour un rien.

Elle pleure, dit qu'elle n'est bonne à rien. Elle souffre de se sentir dépendante, elle qui a toujours été habituée à prendre les autres en charge.

Copyright GRIVEL Claudie et Université Lumière - Lyon 2 - 2003.Ce document est protégé

Marthe était en long séjour dans le service. Elle pourra obtenir d'aller vivre chez sa fille.

Analyse inférentielle de l'entretien.

- Plaintes : Marthe ne se plaint pas vraiment de son état physique. Elle se plaint de ne plus avoir suffisamment d'énergie pour pouvoir vivre comme elle le désire.
- Vécu abandonnique : Elle se sent perdue dans ce monde inconnu.
- Deuils non faits : La mort de son fils reste douloureuse. Elle revit en permanence ce décès.
- Agressivité : Marthe est très agressive le soir. Elle révèle son angoisse due à la perte de son autonomie qui l'oblige à être placée.
- Liens familiaux : Marthe est très entourée par ses enfants.
- Blessures narcissiques : Marthe est blessée par les nombreuses pertes qu'elle a subi : la vue, la locomotion, le décès de son fils, le suicide d'Annie.
- Rejet de l'hospitalisation : Elle rejette son placement en long séjour en se plaignant de la nourriture de l'hôpital. Son désir est de vivre chez l'un de ses enfants;

Observation 27: Odette.98 ans.

Odette a 98 ans. Je n'aurai qu'une entrevue d'un quart d'heure environ. Odette refusera ma présence.

Elle a une fille très peu présente.

Lorsque je rentre dans sa chambre, elle semble regarder la télé avec attention. Ses premières paroles sont:

- "Allez-vous en, allez-vous en, allez-vous-en. Je ne vous connais pas. Sauvez-vous, sauvez-vous."

Son regard est effrayé, elle a peur. Aucun dialogue n'est possible. Cet épisode se répète chaque fois que le seuil de sa chambre est franchi, excepté pour les soignants qui s'occupent d'elle habituellement.

Sur le cahier des infirmiers, il est noté: refus de soin parfois, toujours très opposante dans sa prise de traitement. Refuse parfois ses repas en serrant les dents. Elle peut être très agitée

Odette décédera sans que je n'aie pu avoir un seul entretien avec elle. Les informations que j'ai pu avoir, succinctes elles aussi, sont par la lecture du cahier des infirmiers.

Copyright GRIVEL Claudie et Université Lumière - Lyon 2 - 2003.Ce document est protégé

Analyse inférentielle de l'entretien.

- Plaintes : Odette ne semble pas se plaindre.
- Vécu abandonnique : Elle se sent probablement abandonnée par sa famille. Son refus de tout est probablement un refus de vivre.
- Deuils non faits : Elle n'en dira rien.
- Agressivité : Odette est agressive vis-à-vis des personnes étrangères.
- Lien familial : Absence de la famille, Odette a une fille qui ne vient jamais.
- Blessure narcissique et rejet de l'hospitalisation : Son refus de la nourriture, son refus de soin peut signifier une souffrance d'un avenir et d'une mort non choisie.

Observation 28: Pauline.88 ans.

Pauline est une dame de 88 ans qui acceptera facilement les entretiens. Je ne la verrai cependant qu'une seule fois car elle partira en maison médicalisée rapidement, une place étant disponible.

Elle est veuve. Elle a été hospitalisée à la suite d'une chute causée par un malaise.

Elle a deux filles. Cette personne est d'un abord très agréable et semble très contente de parler.

Elle ne comprend pas bien ce qui lui arrive. Elle aimait la bonne cuisine, elle ne supporte plus la nourriture et encore moins l'odeur. Elle aimerait manger mais elle n'a pas faim. Les aliments ne passent pas.

Elle se sent très seule d'autant plus qu'elle n'entend pas beaucoup ce qui la gêne dans ses relations avec les autres. Elle ne trouve pas la solution à son problème.

Elle aimerait rentrer chez elle, mais elle sait qu'elle ne pourra plus tenir sa maison. Pendant qu'elle parle de son incompréhension à ce qu'elle vit, elle a cette phrase qui tout à coup jaillit de sa bouche :

- "je n'ai pas réalisé que j'avais 88 ans."

Elle sera admise en maison de retraite médicalisée.

Analyse inférentielle de l'entretien

- Plaintes : Pauline se plaint de sa surdité qui l'empêche d'avoir toute relation.
- Vécu abandonnique : Pauline se sent abandonnée par la vie. Le problème somatique lui a fait réaliser qu'elle est à la fin de sa vie.

en vertu de la loi du droit d'auteur.

- Deuils non faits: Elle n'en parle pas par manque d'entretiens.
- Agressivité:Pauline n'est pas agressive. Elle constate qu'elle a atteint la vieillesse.
- Lien familial : Présence des enfants, mais isolement car la famille est éloignée.
- Blessure narcissique : Le sentiment d'avoir vieilli, prise de conscience du temps qui a passé personne qui ne sait pas vue vieillir. -perte de ses capacités sensorielles: audition, vue
- Rejet de l'hospitalisation : elle ne comprend pas ce qu'elle fait là. Ses troubles alimentaires, sont peut-être dus à une dépression sous-jacente, à la suite de l'hospitalisation.

Observation 29: Renée. 91 ans.

Renée a 91 ans. Je ne la verrai qu'une seule fois car elle refuse les entrevues.

J'aurai des entretiens avec sa fille Aimée qui a été hospitalisée dans le même service que sa mère.

Renée est hospitalisée pour des nausées, des vomissements et des douleurs musculaires diffuses, à la demande de son médecin généraliste qui est très inquiet devant la dégradation de celle-ci mais aussi de sa fille. Son état général s'est dégradé avec des troubles du comportement alimentaire.

Renée a vécu avec sa fille unique. Son mari est décédé lorsque sa fille était encore petite. Cette dernière a vécu avec sa mère. Renée parle de sa fille comme quelqu'un de dépressif

Elle s'est remariée et sa fille était le témoin de son mariage.

Elle a travaillé comme brodeuse à domicile, puis a été assistante chez un médecin.

Renée et Aimée ont tenté de se suicider en avalant des comprimés. Renée est satisfaite d'être hospitalisée dans le même hôpital que sa fille. Alors qu'elle ne marchait plus à son domicile, elle marche sans problème au bras du kinésithérapeute, ce qui est confirmé par sa fille.

Elle est cependant très maigre. Elle n'arrive pas à manger. On lui donne de la nourriture mixée. Bien souvent, elle fait des fausses routes avec les aliments ou avec sa salive.

Renée est angoissée à chaque toilette. Elle crie ou pleure en réclamant sa fille.

Son angoisse est à son paroxysme lorsqu'elle est persuadée qu'un homme est venu la voir et l'a déshabillée.

Sa fille hospitalisée dans l'hôpital vient régulièrement lui rendre visite.

Elle rentrera à son domicile avec sa fille.

en vertu de la loi du droit d'auteur.

Analyse inférentielle de l'entretien.

- Plaintes : Renée ne semble pas se plaindre. Les soignants n'en disent rien.
- Vécu abandonnique : Elle semble revivre depuis qu'elle est hospitalisée.
- Deuils non faits : Renée ne raconte pas son histoire, nous aurons peu d'éléments la concernant si ce n'est par sa fille.
- Agressivité: Renée est agressive lorsque sa fille est absente.
- Lien familial : Renée est en lien fusionnel avec sa fille.
- Blessure narcissique : La tentative de suicide révèle des blessures, mais celles-ci ne sont pas exprimées.
- Rejet de l'hospitalisation : On ne peut pas parler de rejet d'hospitalisation dans la mesure où Renée reprend goût à la vie. Elle se remet à marcher, probablement à manger, même si elle a des troubles alimentaires.

Observation 30: Aimée, 76ans. fille de Renée.

Célibataire de 76 ans elle a été hospitalisée à la demande du médecin généraliste, pour être rapprochée de sa mère et prise en charge pour un état dépressif. Elle vit avec sa mère qu'elle n'a jamais quittée:

-"c'est merveilleux d'être ensemble, maman est tout pour moi."

Elle insiste sur l'enfance malheureuse de sa mère qui a été orpheline, à l'âge de 7 ans et qui vivra dans un orphelinat. Pour elle, sa mère a été malheureuse toute sa vie.

Elle n'a jamais connu son père. Elle est une enfant naturelle qui a survécu grâce à une infirmière de la pouponnière

-"Elle m'a donné du jus de viande pour me nourrir, alors que je rejetais le lait. D'ailleurs, on m'appelait l'inexistante."

Elle a eu une activité professionnelle pendant quelques années où elle était "conductrice- typographique puis elle a travaillé quelques temps dans la métallurgie. Elle a commencé à travailler à l'âge de 14 ans. Elle se verra confier un travail d'hommes et en tire une grande fierté.

Elle a eu un accident de voiture alors qu'elle était avec ses grands-parents et sa mère. Depuis, elle a toujours eu des migraines épouvantables d'où une grande consommation de médicaments. Le choc n'était apparemment pas grave mais tout a stoppé à partir de ce moment. Elle avait 38 ans, ses règles se sont arrêtées. Elle reprend son travail mais tombe sans cesse et a de nombreuses céphalées. C'est à ce moment qu'elle change de travail car la station debout n'est plus possible. Elle rentre dans la métallurgie:

Copyright GRIVEL Claudie et Université Lumière - Lyon 2 - 2003.Ce document est protégé

-"ça ne me plaisait pas mais je me sentais inutile il fallait que je travaille. Cet accident a brisé ma vie."

Pour elle, cet accident est la cause de son célibat. Elle ne peut plus imaginer se marier car elle ne peut plus avoir d'enfants.

-"J'aurai voulu avoir des enfants, mais avoir des enfants sans rapport sexuel est-ce possible? D'ailleurs, je n'ai jamais eu de rapports"

Elle reparle de la tentative commune de suicide avec sa mère et son échec. Elle a perdu l'appétit ainsi que sa mère dont elle s'inquiète tout au long de l'entretien.

Elle pleure beaucoup dès qu'elle parle de sa mère. Elle ne peut envisager sa mère morte:

-"je veux mourir avec elle, j'ai demandé l'euthanasie dans mon dossier. J'ai le nom d'un médecin qui la pratique."

Elle est très angoissée à l'idée que quelque chose peut arriver à sa mère. En parlant de la tentative de suicide, elle dit:

-"ce n'est pas bien ce qu'on a fait"

Elle va voir sa mère tous les jours. La ressemblance est frappante. Elle est heureuse de penser que bientôt elles retourneront chez elles vivre ensemble:

Iil n'est plus question de faire des bêtises. Il faut manger et pas se laisser mourir."

Les portages de repas à domicile seront la solution. Elle se plaint maintenant de pertes de mémoire et d'avoir mal à un sein.

Peut-on associer ce nouveau symptôme au lait qu'elle rejetait, ses troubles du comportement alimentaire avec refus de se nourrir

Elles repartiront à leur domicile, difficile de séparer ce couple mère fille sans les mettre en danger l'une et l'autre.

Analyse inférentielle de l'entretien.

- Plaintes : Aimée ne se plaint pas. Elle décrit sa vie avec sa mère.
- Vécu abandonnique : Elle n'est pas abandonnée, elle est avec sa mère.
- Deuils non faits : Aimée parle peu de la mort de son père. La seule personne qui compte, c'est sa mère. Elle réalise par le suicide avec sa mère un fantasme de mort collective dans la symbiose.
- Agressivité : Elle n'est pas agressive.
- Lien familial : Relation fusionnelle, cette dyade les sauve.
- Blessure narcissique : Probablement, ce qui les amènent au suicide.
- Rejet de l'hospitalisation : Elle ne rejette pas l'hospitalisation, tant qu'elle est avec sa mère. Elle veut rentrer avec sa mère.

Copyright GRIVEL Claudie et Université Lumière - Lyon 2 - 2003.Ce document est protégé

Observation 31: Hélène.95 ans.

Hélène a 95 ans. Elle est veuve. Nous aurons un suivi assez régulier, d'une fois par semaine pendant deux mois.

Elle est hospitalisée en long séjour à la suite de malaises puis un AVC (arrêt vasculaire cérébral) fera qu'elle sera placée en long séjour.

D'après l'équipe, Hélène ne s'alimente pas et ne se déplace pas seule. Elle est dépendante dans tous les actes de la vie quotidienne. Son comportement est la plupart du temps mal approprié. Elle mange peu et le peu qu'elle mange, elle s'en met de partout. Pour les soignants, Hélène est déprimée. Ils se plaignent que c'est de plus en plus dur de la faire manger car elle refuse. En insistant, on arrive à lui donner un peu.

Hélène ne supporte plus d'être dans un service de vieux. Elle montre sa robe en faisant la grimace. Elle n'aime pas cette robe. Elle aime les robes à fleurs et puis ce ne sont pas ses robes.

Elle se rend compte qu'elle ne mange pas proprement et cela la gêne, alors, elle mange peu. Elle a souvent des fausses routes, ce qui l'a fait tousser. Elle aime le lait chaud.. Elle mange mieux depuis qu'elle va à la salle à manger. Elle ne sait pas pourquoi, peut-être parce qu'on l'aide plus et elle ne se salit plus. Elle aime manger le pain à part.

- "mais cela fait grossir"

Elle n'a jamais beaucoup mangé mais sa mère la forçait à avaler.

Son mari était maraîcher. Elle l'aidait et elle aimait beaucoup ce métier. Ils ont eu un garçon, mais elle ne se souvient pas du nombre d'enfants qu'elle a, ni des petits-enfants. Par contre, elle connaît parfaitement son âge et sa date de naissance.

Elle me parle beaucoup de son fils qui vient toujours la voir. Elle semble qu'elle ait trois filles. Elle parle de son mari qui fait le jardin, c'est pour cela qu'il n'est pas venu la voir.

- "Le métier est dur mais on aime cela."

Les souvenirs refont surface

Elle me semble être par moment en dehors de la réalité. Elle raconte ce qu'elle faisait, où elle vivait. Son esprit s'évade, elle n'est plus dans sa chambre d'hôpital, elle est chez elle, avec son mari.

- "Les locataires du dessus ne supportant pas le bruit de la télé."

Elle parle de sa jeunesse en Saône et Loire. Elle n'avait jamais le droit de sortir avec les jeunes. C'était pareil pour ses sœurs. Il fallait travailler.

-"C'était comme ça. Mon beau-père était très sévère. Je disais à mon beau-père que cela ne le regardait pas si je voulais sortir! "

Elle vient d'avoir eu un problème neurologique. Elle est sous perfusion. Elle semble

en vertu de la loi du droit d'auteur.

très choquée par ce qui vient de lui arriver. Depuis, son élocution est très difficile. Elle ne peut plus articuler les mots et son langage n'est que sons incompréhensibles. Elle essaye de s'exprimer avec les yeux, les mains. Elle prononce oui et non avec la tête. Elle manifeste son désarroi par les pleurs

Elle ne va plus à l'animation car elle dit que ça la fatigue. Je lui demande si elle suit la télé elle me répond qu'il n'y a rien.

Hélène est en long séjour. Elle a des périodes où elle semble s'adapter à son environnement: elle va à l'animation, elle mange mieux. Puis, elle a des moments où elle se retire du présent. L'alimentation devient plus difficile, elle reste dans sa chambre. Son regard se fixe sur l'extérieur. Plus les jours passent et plus Hélène déserte psychiquement son environnement.

Analyse inférentielle de l'entretien.

- Plaintes : Hélène ne se plaint pas, elle exprime sa tristesse par les pleurs.
- Vécu abandonnique : elle se sent probablement abandonnée par la vie, puisqu'elle choisit de s'échapper de cette dure réalité. Elle se retire du monde objectal car il est trop douloureux
- Deuils non faits : Perte du mari qui reste douloureuse. Elle atténue cette douleur en niant la réalité et le faisant vivre à ses côtés.
- Agressivité : Elle refuse de manger souvent par opposition aux personnels soignants.
- Liens familiaux : Présence du fils, semble t-il.
- Rejet de l'hospitalisation : Hélène est opposante à son hospitalisation. Elle refuse la nourriture, manifeste son goût pour les vêtements, refuse parfois l'animation.

Observation 32: Solange 82 ans

Solange est une femme de 82 ans, admise en court séjour dans un premier temps, puis en moyen séjour à l'hôpital suite à un ulcère variqueux important à la jambe droite.

Des chutes fréquentes, à son domicile, dues à une mauvaise alimentation, (elle perd huit kilos en un mois) et à un état de somnolence provoqué par la prise de médicaments, amènent les enfants, principalement, à la prise de décision de l'hospitalisation de la patiente.

Solange est une personne toute menue, les cheveux teints, le regard droit. Elle est assise dans son fauteuil dans une position très digne, presque rigide. Elle a une très mauvaise audition et articule les mots avec beaucoup de difficultés, selon les moments. Cette déficience auditive sera très gênante dans la communication dans la mesure où je ne saurai jamais si elle feint de ne pas entendre ce qui la dérange ou si réellement elle n'a pas entendu. Ces problèmes auditifs et phonétiques se manifesteront surtout pendant une

en vertu de la loi du droit d'auteur.

période de confusion et de très grande agitation.

Elle est veuve depuis huit ans. Elle a quatre enfants: une fille et trois garçons. Sa fille et le dernier des garçons l'entourent beaucoup par leur présence et par leur prise en charge des problèmes courants. Les autres sont plus distants, l'un parce qu'il habite à cent kilomètres et qu'il a un métier avec des horaires difficiles à concilier avec les visites (il est pâtissier) et l'autre semble peu enclin à investir la relation avec sa mère (d'après les paroles de son frère et du beau-frère)

Je saurai plus tard, par le gendre de Solange, que ce fils aîné n'était pas d'accord avec les prises de décision de son frère, de sa sœur et du beau-frère. Ce dernier semble tenir une place importante dans les prises de décision familiale.

En ce qui concerne l'histoire de vie de Solange, je n'ai pu découvrir que très peu d'éléments, si ce n'est son origine espagnole, langue qu'elle emploiera pendant sa période de confusion. Elle parle peu de son mari, celui-ci était cheminot. Les rares fois où elle essaye d'exprimer ce qu'elle ressent depuis sa mort, des larmes apparaissent, annulant toutes paroles.

Je n'ai pas pu connaître la fratrie de Solange, ni son histoire étant enfant. A t-elle vécu en Espagne? Est-elle venue en France étant enfant ou est-elle née en France? Les questions restent sans réponses.

Les entretiens se déroulent dans la chambre de la patiente. En effet, celle-ci du fait de sa plaie à la jambe a des difficultés à se mouvoir.

Solange se tient sur un fauteuil, face à face avec moi, dans sa chambre d'hôpital. La distance entre nous est réduite afin qu'elle puisse m'entendre. Nous déterminons d'un commun accord, d'une séance par semaine.

L'observation de cette patiente a eu lieu en cinq séances car elle est décédée dans la semaine qui a suivi le cinquième entretien. J'ai pu contrairement à d'autres entretiens, prendre des notes pendant ceux-ci, après son accord.

Elle exprime très vite ses anxiétés, ses peurs, sa tristesse en pleurant beaucoup.

En rentrant dans la chambre, je me présente comme psychologue chercheur et lui demande si nous pouvons avoir un entretien. Son fils est présent.

Solange: *"Non, je suis trop fatiguée!"*

Fils: "Je crois que c'est en effet important que vous passiez un moment avec elle. Il faut se mettre très près d'elle car elle est sourde d'une oreille et elle entend très mal de l'autre. Maman, je vais te laisser avec cette dame qui est psychologue."

Solange: "Où vas - tu?"

Fils: "Je reviens, je vais me promener."

Tout en approchant une chaise, je m'enquiers de sa jambe malade.

Psy: *"Comment allez-vous aujourd'hui? Votre jambe, vous fait-elle beaucoup souffrir?"*

Solange: "Cela va mieux, sauf la nuit où je souffre beaucoup. Mais vous savez, tout le monde est gentil ici et je ne veux pas déranger! Vous savez les gens qui me parlent,

Copyright GRIVEL Claudie et Université Lumière - Lyon 2 - 2003.Ce document est protégé

comme vous, je ne répète à personne ce qu'elles me disent, ça ne regarde personne. Vous savez même à mes enfants, je ne dis pas ce qu'on me dit. "

Psy: "Qu'est-ce qu'ils vous demandent, vos enfants?"

Solange: "Ils disent que je pleure tout le temps et que je suis connue comme celle qui pleure tout le temps! C'est vrai que je pleure beaucoup. C'est ma jambe, j'ai eu d'autres examens ce matin, c'est pourquoi je suis fatiguée. Le docteur dit que je n'ai rien, mais je suis sûre qu'il me dit pas la vérité pour ne pas m'inquiéter. Vous savez ce que j'ai, vous?"

Psy: "Non, il m'a simplement dit que votre appétit n'était pas très bon."

Solange: "Ah, oui! Je n'ai pas faim! Même mes enfants me disent qu'il faut que je mange, mais cela ne passe pas."

Psy: "Avez- vous perdu l'appétit lorsque vous avez été hospitalisée, du fait de votre maladie?"

Solange: "Oh, non! L'hôpital n'a rien à voir la dedans! Ils sont tous tellement gentils et puis la cuisinière elle me donne ce que je veux, elle cuisine vraiment très bien! Non, non l'hôpital n'a rien à voir, vous comprenez ? "

Psy: "Oui, oui je comprends. Mais, à votre avis, depuis quand n'avez-vous plus eu faim?"

Solange: "Mais je vous l'ai dit, depuis que ma jambe me fait mal. De la voir ainsi, m'a beaucoup inquiétée, je n'avais plus envie de manger. Mais depuis quelque temps, je mange mieux. A midi, j'ai tout mangé les haricots verts que je n'aime pas."

Psy: "Mangez-vous dans la salle à manger avec les autres personnes?"

Solange: "Oh! Non! Je mange dans ma chambre, je ne veux pas déranger car on doit m'aider avec ma jambe pour descendre et remonter. C'est embêtant! Une fois, je suis allée écouter les vieux chanter, c'était bien mais je préfère rester dans ma chambre pour ne pas déranger!"

Psy: "Que pensez-vous faire une fois que votre jambe sera guérie?"

Solange: "Je pense aller dans une maison, pas de retraite mais une maison, vous savez?"

Psy: "Une maison de repos."

Solange: "Oui, une maison de repos, si Dieu le veut! Vous savez, je suis très croyante. Plus je lui parle, plus il m'obéit. Je sais qu'il m'attend."

Psy: "Nous allons arrêter pour aujourd'hui, je reviendrai vous voir dans huit jours, si vous êtes toujours d'accord. "

Solange: "Oui, venez quand vous voulez."

La semaine suivante, quand je rentre dans la chambre de Solange, son fils et sa fille s'y trouvent déjà. Solange semble assez perturbée mais paraît contente de me voir, après une légère hésitation. Les enfants sortent de la chambre.

Elle pleure beaucoup, manifeste à la fois de la colère et de la tristesse. Elle finit par m'expliquer que ses enfants viennent de lui apprendre qu'ils ont trouvé une maison de

Copyright GRIVEL Claudie et Université Lumière - Lyon 2 - 2003.Ce document est protégé

retraite et qu'elle va bientôt quitter l'hôpital.

Solange: *"Je pleure car mon fils veut que je parte d'ici. Ils veulent que je parte, mais je ne veux pas car ma jambe n'est pas guérie. Je suis bien ici, mais la patronne (le médecin) veut que je parte. Elle ne sait pas que je souffre, que je ne peux pas partir, ma jambe n'est pas guérie."*

Solange parle de sa souffrance physique mais aussi morale. Elle ne comprend pas ce changement. Pourquoi doit-elle tout abandonner: sa maison, son chien, pour aller vivre dans un endroit inconnu où ils ne sauront pas la soigner ?

Pour la première fois elle exprime sa souffrance depuis le décès de son mari mort depuis huit ans.

Solange: *"C'était le pilier. Et vous, êtes-vous mariée?"*

Psy: "Oui."

Solange: "Alors vous me comprenez. Vous savez, là-bas, il y a un médecin mais il ne pourra pas me guérir, soigner ma jambe. Je ne peux pas marcher, j'ai peur de tomber."

Elle pleure.

L'entrée des enfants arrête l'entretien. Le fils semble très en colère contre sa mère qui ne fait aucun effort pour marcher, pour manger.

La fille de Solange paraît plus distante. Elle parle de sujets anodins tel que le temps, les nombreuses grippes... Elle évite tout ce qui se rapporte à sa mère. L'angoisse générée par la vieillesse et la dépendance de sa mère lui semble difficilement soutenable.

Dans les entrevues suivantes, Solange après une visite dans la future maison de retraite, a beaucoup changé.

Elle est devenue agitée, agressive, elle refuse tous les soins, la nourriture (elle la jetterait dans les WC), angoissée, confuse, avec des hallucinations.

Les soignants m'ont rapporté que la patiente voyait des insectes dans sa chambre. Je n'ai pour ma part, jamais entendu Solange parler de ceux-ci.

Elle est assise dans son lit, avec les barrières du lit qui sont relevées. Son autre fils est présent (le pâtissier) Il ne comprend pas pourquoi sa mère est couchée, *"enfermée dans les barrières".*

Je demande au fils s'ils sont allés voir la maison de retraite la semaine dernière. Il me répond que non. Je suis étonnée mais voyant Solange couchée, je me demande si son état physique ne s'est pas aggravé.

Le changement est brutal et j'ai beaucoup de peine à comprendre la patiente qui a beaucoup de difficultés à s'exprimer et à supporter un fils qui ne semble pas du tout d'accord que je reste seule avec sa mère.

2ème Fils : *"Il ne faut pas l'écouter, il ne faut pas tenir compte de ce qu'elle dit, elle ne se rend pas compte de ses paroles."*

Elle est très agitée. Elle entend très mal et par moments je me demande si elle n'entend pas ce qu'elle veut. Elle finit par exprimer ses peurs.

en vertu de la loi du droit d'auteur.

Solange *: "Il ne faut rien dire, ne rien demander, je dois partir, ils m'en veulent."*

Lorsque je lui demande qui sont les personnes qui lui en veulent, après beaucoup d'efforts de ma part pour qu'elle comprenne ma question, elle me répond que c'est la patronne. Un délire de persécution s'est développé.

Elle parle beaucoup, sans prononcer ou à voix basse, en jetant des regards vers la porte de sa chambre. Elle n'écoute pas, un véritable flot de paroles se déverse, entrecoupées de rires nerveux.

Elle me dira que contrairement à l'autre fois où elle pleurait, cette fois-ci elle rit.

Ce rire est porteur d'une profonde angoisse, elle est perdue dans sa peur. Est-ce due aux médicaments donnés contre les hallucinations qui provoquent ce rire peu naturel?

J'apprendrai par le médecin, qu'elle est alitée pour un risque de phlébite. Et, lorsque je m'enquiers de la visite prévue dans la maison de retraite, on me dit qu'elle a bien eu lieu et que depuis son retour elle est très agitée, têtue, et qu'elle refuse tous les soins.

Que s'est-il passé en elle, depuis cette sortie?

A t-elle eu l'impression que l'on ne voulait plus d'elle dans le service?

Veut-elle nous montrer son désaccord face à la prise de décision de la mettre dans une maison de retraite?

Solange est de plus en plus angoissée et se sent persécutée par le personnel. La « patronne » lui en veut; elle est au courant de tout, elle veut la tuer, l'empoisonner par les médicaments, la nourriture, la boisson. Elle tremble de peur..

Solange: *"que vais-je devenir? Mon Dieu, protégez-moi."*

Elle ne mange plus, ne boit plus, se débat à chaque soin, devient très agressive avec l'équipe. Les infirmières, les aides-soignantes sont de plus en plus mal à l'aise. Elles attendent le médecin pour les soins. En effet, Solange ne se laisse soigner que par le médecin dont elle a très peur. Je suis la deuxième personne de l'équipe qu'elle ne refuse pas, mais aussi la seule à ne pas porter de blouse blanche.

Pendant cet entretien, Solange n'est pas agressive. Au contraire, elle se confie, se plaint, exprime son angoisse de mourir, mort projetée sur le personnel.

Solange: *"Regardez ma bouche, ils ont mis de la colle. Je ne parle plus comme avant."*

Effectivement, elle a beaucoup de mal à prononcer les mots et semble déshydratée. Lorsque je lui propose un peu d'eau, elle refuse. Elle a peur. Pendant cet entretien 'elle mélangera des mots de français et d'espagnol.

Après l'entretien, je verrai le fils et le gendre. Ce dernier parle beaucoup de sa belle-mère. Il m'explique qu'avec sa femme, ils s'occupaient de faire ses courses et ses repas et qu'elle n'a jamais été facile à vivre. Ainsi, elle a toujours refusé des aides à domicile.

Le fils est vraiment très inquiet pour sa mère et exprime son angoisse de la voir ainsi. Il pensait avoir trouvé la meilleure solution avec cette maison de retraite située près de son domicile, mais maintenant, il ne sait plus.

en vertu de la loi du droit d'auteur.

Lorsque j'arrive dans sa chambre, elle est assise dans son fauteuil, elle semble moins agitée. Elle me fait signe de m'asseoir.

Elle est en train d'enfiler un pantalon. Je lui propose de l'aider. En s'appuyant sur moi, elle arrive à se mettre debout et à le remonter. Puis, elle se rassoit, recroquevillée sur elle-même, fatiguée, avec des yeux implorants. Elle continue de parler, sa diction est de plus en plus mauvaise et j'essaye de comprendre, en me rapprochant le plus possible.

Elle se met à parler avec beaucoup de difficulté, en s'excusant de parler aussi mal. Elle fait des gestes pour compenser le manque de mots, son regard essaye d'expliquer lui aussi. J'ai vraiment du mal à percevoir ce qu'elle veut me faire comprendre, et je me sens impuissante face à un tel désarroi.

Puis elle me montre la salle de bain, elle essaye de se lever. Je l'aide. Elle se coiffe devant le miroir. En sortant de celle-ci, je la soutiens, elle s'arrête, me regarde et me dit distinctement:

Solange : *"Vous savez, je vais mourir."*

En se rasseyant, elle essaye de parler, mais le son ne sort plus de sa bouche. Il n'y a que les lèvres qui prononcent les mots. Elle me tient les mains, en les trouvant chaudes, me caresse la joue avec des yeux expressifs. Puis, elle fait le signe de croix et met ses mains sur son cœur.

Elle semble plus calme, presque résignée, moins persécutée mais plus mutique..

L'entretien suivant n'aura pas lieu car Solange a été hospitalisée en géronto-psychiatrie pour cause d'extrême agitation. L'équipe ne savait plus comment la soigner car elle était extrêmement agressive.

J'apprendrai aussi que son transfert s'est mal passé, car personne n'a pu lui expliquer ce qui se passait et où elle allait. Elle est arrivée très agitée, a été mise sous contention et calmants. Le lendemain, elle a été retrouvée morte, dans son fauteuil, en milieu de matinée. Le médecin du service a appris le décès de celle-ci par téléphone

Analyse inférentielle de l'entretien.

- Plaintes : Elle se plaint peu de sa jambe. Elle exprime sa souffrance au début par des pleurs.
- Vécu abandonnique : Solange se sent persécutée, ce qui peut exprimer une angoisse d'abandon.
- Deuils non faits : Solange n'a pas accepté la mort de son mari.
- Agressivité : L'agressivité de Solange, vis-à-vis des soignants, s'accentue avec le temps d'hospitalisation.
- Lien familial : Les enfants sont très présents et l'entourent beaucoup.
- Blessures narcissiques : Solange n'accepte pas d'être dépendante du personnel soignant, elle veut diriger sa vie comme elle l'entend. Ses enfants ont exprimé cette difficulté de se faire entendre par Solange.

Copyright GRIVEL Claudie et Université Lumière - Lyon 2 - 2003.Ce document est protégé

- Rejet de l'hospitalisation : Elle rejette son hospitalisation puis elle préfère l'hôpital à la maison de retraite. Son désir est de retourner chez elle.

Observation 33. Sophie. 94 ans.

Sophie a 94 ans. Elle a été hospitalisée pour une occlusion. Elle a le dégoût de la nourriture. Elle a eu des vomissements et une perte de poids. C'est la deuxième fois que cela lui arrive. Les examens n'ont révélé aucune tumeur, ni d'ulcère. Elle a beaucoup de difficulté pour avaler. Elle ne comprend pas pourquoi. Elle est très plaintive, se dit fatiguée.

L'équipe inquiète de son comportement me demanderont de voir Sophie. Nous aurons deux entretiens.

Sophie a eu six enfants dont une fille qui est morte de maladie.à l'âge de 12 ans.

Depuis quelques jours, elle semble aller mieux, elle va pouvoir rentrer chez elle c'est-à-dire en maison de retraite.

- " C'est maintenant chez moi."

Pourtant, la vie lui paraît plus dure qu'autrefois car il n'y a plus de solidarité. Les gens sont indifférents à leurs voisins.

Sur le plan nutritionnel, elle mange de tout mais elle se plaint de la trop grosse quantité mis dans les assiettes. Elle n'a pas l'habitude de tant manger.

Elle se plaint d'avoir mal aux yeux, elle a froid c'est pour cela qu'elle est dans son lit. Elle attend son fils. D'après l'équipe, la famille de Sophie se plaint et leur fait des reproches de ne pas s'en occuper suffisamment. L'un des fils semble très angoissé de voir sa mère malade. Il devient inquiet pour son avenir, ayant peur que sa mère commence la maladie d'Alzheimer.

Sophie partira quelques jours plus tard dans sa maison de retraite

Analyse inférentielle de l'entretien.

- Plaintes : Sophie est dans la plainte : nourriture, les yeux, la digestion.
- Vécu abandonnique : Sophie n'abandonne pas dans la mesure où elle peut repartir dans sa maison de retraite. On peut se demander quel aurait été son comportement si elle était restée hospitalisée plus longtemps.
- Deuils non faits : La perte de sa fille l'a fait encore beaucoup souffrir.
- Agressivité : Sophie n'est pas agressive, elle est plutôt dépressive, restant couchée une bonne partie de la journée, prétextant des vomissements, des ennuis digestifs.
- Liens familiaux : Présence quotidienne du fils

Copyright GRIVEL Claudie et Université Lumière - Lyon 2 - 2003.Ce document est protégé

- Blessures narcissiques : La perte d'un enfant âgé de 12 ans, laisse des traces dans le monde interne. La perte d'une certaine autonomie, du moins le temps de l'hospitalisation.
- Rejet de l'hospitalisation Elle se plaint de la mauvaise nourriture de l'hôpital. Elle veut repartir dans sa maison d'accueil, lieu devenu sécurisant puisqu'elle a remplacé son domicile.

Observation 34: Camille 91 ans .

Camille, dame de 91 ans, en impose par sa posture très droite et son ton autoritaire.

Elle a le visage fermé. Elle accepte cependant les deux entretiens.

Voulant essayer de comprendre la cause de son hospitalisation, elle me dit qu'elle ne veut rien répéter:

- "je ne vais tout de même pas tout redire"

Elle recommence lorsque nous abordons son histoire de vie:

-"je ne vais pas vous raconter ma vie, cela ne se fait pas"

Grâce à la venue d'une classe d'enfants en visite dans le service, elle s'ouvre un instant:

-"Je me suis beaucoup occupée d'enfants, je faisais des costumes."

Camille a de lourds problèmes de locomotion qui s'accentuent avec une peur panique de se mettre debout et de s'appuyer sur le déambulateur.

L'équipe signale que Camille ne mange pas. Le kinésithérapeute souligne qu'elle ne marche pas. Camille refuse de parler.

Pourtant, Camille aura peu à peu des épisodes où elle se détendra, reprendra confiance en elle et recommencera à prendre goût à la nourriture.

Le travail avec Camille est long. Le moindre échec efface le travail accompli et Camille peut retomber dans le refus et choisir le refus de vivre.

Elle sera admise dans une maison médicalisée.

Analyse inférentielle de l'entretien.

- Plaintes: Camille ne se plaint pas, elle refuse même d'en parler.
- Vécu abandonnique : Elle ne parle pas et ne partage que très peu de son histoire.
- Deuils non faits: Aucune information sur son histoire de vie.
- Agressivité : Elle est très agressive, ce qui la maintient en vie. C'est une façon de lutter contre l'adversité et contre l'angoisse de l'hospitalisation.

en vertu de la loi du droit d'auteur.

- Lien familial : Absence de liens familiaux, du moins pendant le temps de son hospitalisation.
- Blessures narcissiques : Sa dépendance la rend agressive ce qui laisse supposer que Camille souffre de cet état.
- Rejet de l'hospitalisation: Rejet de la nourriture. Ses troubles alimentaires sont en lien avec ses ressources et sa capacité à s'adapter.

Observation 35: Thérèse. 96ans.

Thérèse a 96 ans. Elle a une lourde pathologie: elle a un cancer avancé. Ses jambes gonflent et la font beaucoup souffrir. Je ne verrai Thérèse deux fois.

Elle se fait beaucoup de soucis pour son mari qui a 93 ans et qui est lui aussi très malade. Sa sœur doit aussi s'occuper de son beau-frère qui a perdu toute autonomie. Elle ne peut donc pas compter sur son aide.

Elle est dénutrie, elle se plaint de la nourriture qui n'est pas appétissante :

- "ce n'est pas bon ce que l'on vous donne, il n'y a jamais de purée, moi qui adore ça"

Cependant, Thérèse ne touchera pas ce jour là, aux friandises distribuées par les enfants.

Thérèse ne s'exprime pas beaucoup. Elle pleure facilement, se plaint et exprime que c'est bientôt la fin…

Elle est décédée quelques jours plus tard.

Analyse inférentielle de l'entretien.

- Plaintes : La seule plainte de Thérèse est sur la nourriture qu'elle trouve peu appétissante.
- Vécu abandonnique : On ne peut pas parler d'abandon. Sa vie l'abandonne et elle n'a plus la force de lutter.
- Deuils non faits : Elle n'aura pas le temps de parler de son vécu.
- Agressivité : Thérèse n'est pas agressive. Elle est abattue.
- Liens familiaux : avec son conjoint et sa sœur.
- Blessures narcissiques : La maladie est sûrement une blessure pour Thérèse qui ne peut plus s'occuper de son mari.
- Rejet de l'hospitalisation : Elle ne rejette pas l'hospitalisation. Elle sait qu'elle va y finir sa vie.

en vertu de la loi du droit d'auteur.

Observation 36: Ernestine. 72 ans.

Ernestine a 72 ans. Un état de fatigue, une grande lassitude, des troubles du sommeil et un état dépressif se sont développés. Elle arrivera dans le service dans un état de détérioration physique et psychique grave.

Je la verrai qu'à un seul entretien, car elle n'aura plus la force de parler. Elle décédera dans la semaine. La famille ne se manifestera pas par sa présence. D'après les soignants, Ernestine n'a pas de visites.

Elle vivait seule à son domicile. Elle a été hospitalisée pour des troubles du comportement alimentaire. Elle explique qu'elle voulait perdre un bourrelet disgracieux au niveau de la ceinture abdominale. Elle a décidé de supprimer de son alimentation le pain, les pâtes et le riz, dans un premier temps. Puis, elle a enlevé le fromage et les matières grasses et a diminué sa consommation de viande. Mais comme elle avait faim après un tel régime et sans doute pour compenser un vide, Ernestine s'est tournée vers les boissons alcoolisées et des sucreries comme le chocolat.

Analyse inférentielle de l'entretien.

- Plaintes : Ernestine ne se plaint pas. Elle a déplacé sa plainte en prenant de l'alcool.
- Vécu abandonnique : S'est-elle sentie abandonnée ? Elle n'a pas lutté, une fois hospitalisé.
- Deuils non résolus : Elle ne dévoilera rien de son histoire de vie.
- Agressivité : Elle ne s'est pas manifestée. Elle n'était plus dans ce schéma là.
- Lien familial : Il semble qu'il soit inexistant.
- Blessure narcissique : Ernestine exprime sa souffrance à travers sa prise d'alcool, son état dépressif. Nous n'en connaîtrons pas les causes réelles.
- Rejet de l'hospitalisation : Elle est venue pour y mourir. Elle n'a pas lutté, elle avait déjà abandonné.

Observation 37: Régine. 87 ans.

Régine est une dame de 87 ans qui est mariée. Son mari est âgé de 90 ans. Elle a fait une tentative de suicide mais ne se souvient de rien ou du moins elle n'en parle pas.

Nous aurons qu'une seule entrevue car elle décèdera très rapidement.

Elle a un fils.

Copyright GRIVEL Claudie et Université Lumière - Lyon 2 - 2003.Ce document est protégé

Son père est mort en 1916 et sa mère s'est remariée. De ce mariage elle a des demi-frères et sœurs.

Elle n'a jamais été heureuse dans son couple, car son mari est alcoolique, comme l'était son père adoptif.

La vie n'a plus de sens et elle préfère mourir. Elle ne veut plus lutter. Depuis qu'elle est hospitalisée, elle refuse la nourriture, mais ne refuse pas la toilette, les soins et reste dans la parole dans la mesure où sa santé physique le permet.

Elle décédera quelques jours plus tard

Analyse inférentielle de l'entretien.

- Plaintes : Elle n'est plus dans la plainte.
- Vécu abandonnique: Elle abandonne la lutte.
- Deuils non faits: Deuils non résolus du père. Régine ne nous a rien appris de plus.
- Agressivité : Elle n'est plus dans l'agressivité, elle ne lutte plus.
- Lien familial : Le fils et le mari semblent présents, mais il y a rupture avec le mari.
- Blessure narcissique : Une ou plusieurs blessure qui pourrait expliquer sa tentative de suicide.
- Rejet de l'hospitalisation: C'est peut-être le prétexte trouvé pour mourir.

Observation 38: Christian. 80 ans.

Dès notre rencontre, Christian est opposant aux entretiens:

- "je n'ai rien à dire!"

Nous nous verrons deux fois. Le premier entretien durera quinze minutes et le second sera de courte durée (au maximum de cinq minutes) car il signifiera par son comportement agressif et son refus de paroles son intention de me voir sortir de la chambre.

Christian est marié et père de cinq enfants. Il est originaire de Brindas. Il est pratiquement aveugle (conséquence du diabète) et a des troubles de la déglutition.

Il exprime dès les premiers instants son refus d'hospitalisation et son inutilité:

- "qu'est-ce que je fous là? A quoi, je sers?"

Après quelques jours d'hospitalisation, Christian est très agité. Il crie beaucoup. Il injurie le personnel au moment de la toilette.

Puis il est plus calme, presque apathique.

La communication est difficile avec lui car ses mots sont agressifs, puis peu à peu il

Copyright GRIVEL Claudie et Université Lumière - Lyon 2 - 2003.Ce document est protégé

refuse le dialogue.

Il ne mange pratiquement plus si ce n'est un peu de "blédine" au petit déjeuner.

Une de ses filles lui rend visite. Il semble apprécier sa compagnie. Ce sont les seuls moments où il est à peu près calme.

Christian décédera quelques semaines après des complications pulmonaires

Analyse inférentielle de l'entretien.

- Plaintes : Christian ne se plaint pas, il est dans l'agressivité, puis dans l'abattement.
- Vécu abandonnique : Il n'a plus les ressources pour lutter contre cette nouvelle épreuve. Tant qu'il pouvait manifester de l'agressivité, il restait dans le "vivant" Le jour où la parole a disparu, il s'est laissé partir.
- Deuils non faits : Il n'en dira rien.
- Agressivité : Elle se manifeste au début de l'hospitalisation, contre l'équipe principalement.
- Lien familial : Il est maintenu avec sa fille. Ce lien lui a peut-être permis de lutter contre la maladie, le handicap.
- Blessure narcissique : Sa blessure est due à son handicap (cécité) qu'il traduit par un sentiment d'inutilité.
- Rejet de l'hospitalisation : L'hospitalisation a été le traumatisme qui a fait céder les mécanismes de défense. Le désir de non-vivre ainsi a mobilisé le refus alimentaire.

Observation 39. Dominique, 99 ans

Dame de 99 ans, Denise a été hospitalisée pour des problèmes respiratoires, avec complication sur le plan pulmonaire. Elle a diminué sa consommation alimentaire du fait de sa maladie, mais a gardé une nourriture équilibrée jusqu'à son hospitalisation.

Elle dit cependant moins mangé depuis qu'elle est hospitalisée, car les repas sont parfois peu appétissants:

-"il faudrait peut-être rajouter aux plats les saveurs de Ducros" dit-elle en riant.

Denise a trois enfants qui se sont mariés et qui ont eu eux-mêmes des enfants. Maintenant, elle est arrière- arrière-grand-mère. Elle est très entourée et très fière de sa descendance.

Denise une fois guérie est repartie à son domicile. Elle est radieuse de pouvoir rentrer chez elle. Elle avoue que la vue de toute cette misère commençait à atteindre son moral.

en vertu de la loi du droit d'auteur.

Analyse inférentielle de l'entretien.

- Plaintes: Denise ne se plaint pas. Elle attend sa guérison.
- Vécu abandonnique : Elle est dans la vie.
- Deuils non faits Denise a probablement subi des pertes mais elle n'en parle pas.
- Agressivité : Denise n'est pas agressive. Elle aimerait sortir rapidement de l'hôpital et ne plus penser à la maladie.
- Lien familial: Famille très présente.
- Rejet de l'hospitalisation : Ce qu'elle rejette de l'hôpital, c'est son alimentation, et c'est aussi la déchéance et la dégradation des autres personnes qu'elle rencontre.

Trouble alimentaire occasionnel

Observation 40. Alexandra. 83 ans .

Alexandra est âgée de 83 ans lorsqu'elle est admise dans le service, à cause d'une chute. Auparavant, elle se trouvait dans une résidence temporaire, car elle ne supportait plus la solitude. Elle avait peur chez elle et se perdait de plus en plus souvent dans les rues de son quartier. Elle a donc fait la demande de vivre dans une maison de retraite. Dans cette résidence, elle a connu quelques problèmes d'adaptation : séparation de son domicile, vie en groupe mais aussi solitude dans un milieu inconnu.. Elle s'est sentie rejetée par les autres résidents, n'ayant peut-être pas les mêmes centres d'intérêts ou n'ayant plus l'habitude de vivre en communauté c'est-à-dire avec ses règles propres. Les difficultés s'accentuèrent et sa fille dut se résoudre à lui trouver une maison de retraite médicalisée, plus adaptée à sa situation.

Alexandra est une femme aux cheveux épais et blanc. Elle a une assez forte corpulence et ne cache pas son goût pour les sucreries et les gâteaux Elle a toujours un grand sourire bien que son regard soit parfois absent, comme si tout se déroulait sans elle. Elle semble contente de me voir. Est-elle contente ou bien est-elle passive à tout ce qui se passe autour d'elle ?

Elle est veuve depuis une vingtaine d'années. Elle a perdu son mari à la suite d'une longue maladie.

Elle a trois filles nées en Algérie, et a adopté une nièce. Elle a deux sœurs (une est décédée) Ses trois filles vivent à proximité. Deux sont mariées et la troisième est divorcée. Alexandra a neuf petits-enfants et cinq arrière-petits-enfants.

Elle a vécu en Algérie. Elle exerçait le métier de couturière à son domicile. Elle aimait ce métier où elle pouvait montrer sa compétence. Il lui apportait la convivialité, l'estime et une certaine notoriété. Lors de la guerre d'Algérie, elle a été rapatriée en France avec sa famille, au moment de l'indépendance..

en vertu de la loi du droit d'auteur.

La famille se retrouve du jour au lendemain sans repère, sans maison.. Le père qui travaillait à la SNCF a retrouvé un poste un an après. Des problèmes financiers se sont rajoutés à ce traumatisme de l'exil.

Ensuite, Alexandra a retrouvé, dans un atelier de confection un poste de couturière, qu'elle a exercé jusqu'à sa retraite.

La troisième fille est très proche d'Alexandra. Je la reçois dans le bureau de la surveillante. Elle se trouve en grande souffrance. Elle parle assez spontanément de sa mère.

Elle se culpabilise du placement en maison médicalisée car elle se rend compte que sa mère ne s'intègre pas aux autres résidents et semble vivre seul surtout après le décès de la seule résidente avec laquelle elle avait pu lier quelques liens. Elle participe très peu aux activités, et semble de plus en plus rejetée par le groupe. Madame A pense que sa mère s'enfonce peu à peu dans l'isolement. Heureusement, c'est la période où Alexandra se promenait beaucoup dans le parc et avait plaisir à voir les enfants passés et s'amuser dans le square. Cette chute a interrompu ce début d'adaptation.

Madame A me décrit Alexandra qui voulait, lors de son admission dans cette résidence, que tout le monde voit ses travaux. Elle n'a plus été aux activités quand elle s'est rendu compte que les autres faisaient au moins aussi bien qu'elle.

Madame A me livre sa difficulté à vivre la vieillesse de sa mère, surtout que ses sœurs ont pris de la distance avec leur mère et avec elle, ne pouvant assumer ce placement et l'image que leur renvoie Alexandra. Cette décision lui fut très difficile à prendre et elle en garde un fort sentiment de culpabilité même si elle sait qu'elle n'avait pas d'autres choix.

Elle pense l'avoir toujours épaulée, protégée. Pour elle, sa mère était une femme curieuse, qui s'étonnait, s'amusait de tout. Pourtant, elle dit l'avoir toujours connue comme une mère distante, montrant peu son affection, et pensait que son père en souffrait beaucoup. Après la mort de son mari, Alexandra s'est mise à voyager et à voir des amis. La nouvelle image que lui renvoie sa mère, diminution de son activité, ses absences, sa difficulté à être de moins en moins autonome, lui sont de plus en plus difficile à supporter.

Il me sera difficile de retranscrire les paroles d'Alexandra, car il n'y aura pas vraiment de dialogue. Le verbal et le non-verbal auront autant d'importance pour la compréhension et la connaissance d'Alexandra. Nous aurons quatre entretiens à raison d'une fois par semaine.

Dès le premier entretien Alexandra parle, bouge, veut marcher malgré sa difficulté. Elle est vraiment très élégante, bien habillée, bien coiffée. Détails importants qui permettront de voir comment peu à peu Alexandra est en proie à l'angoisse et la souffrance lorsque ces détails n'auront plus aucune importance pour elle.

Je me rends compte qu'Alexandra a beaucoup de mal à s'exprimer sur elle-même, sur son environnement. Elle me dit peu parler aux autres résidents et elle partage de moins en moins les activités organisées. Elle n'aime pas. Elle n'en dit pas plus sur ce sujet. Par contre, les sorties dans le parc de sa maison de retraite, surtout lorsque les enfants jouent dans le square, lui manquent.

Copyright GRIVEL Claudie et Université Lumière - Lyon 2 - 2003.Ce document est protégé

Le deuxième rendez-vous avec Alexandra est peu différent du premier. Elle garde cet air enjoué et lorsque je lui demande si elle se plaît ici elle me répond: "oui" Elle ne participe pas aux activités, elle ne lit pas, elle regarde peu la télévision, bien que celle-ci soit éclairée en permanence. L'entretien se terminera là, Alexandra en a assez de rester assise, se lève, me demande l'heure de peur de manquer le repas

Je revois Madame A qui est très inquiète car le comportement de sa mère a changé depuis quelques jours : elle se sent persécutée par une femme qui la suivrait partout, prendrait ses vêtements dans son armoire…Alexandra est très perturbée, angoissée et même agressive. Je lui propose d'aller voir Alexandra et que nous reprenions rendez-vous pour parler de la situation.

Je trouve Alexandra assise dans son fauteuil. Dès mon entrée, elle me parle de cette femme qui la suit partout et qui porte ses vêtements. Je lui demande si elle est là maintenant. Elle me répond avec une grande anxiété qu'elle se trouve sûrement dans la salle de bain.

Elle rentre dans celle-ci et me montre avec angoisse sa propre image dans le miroir. Elle ne reconnaît pas cette image, elle la rejette, la projette sur l'image d'une personne qui lui veut du mal. Une forte angoisse, ajoutée de tremblements sur tout le corps, envahisse Alexandra. Elle s'est calmée en sortant.

Le médecin et Madame A prirent la décision de recouvrir le miroir de la salle de bain. Alexandra se calma peu à peu, au fil des jours.

Peu après, je rencontrai madame A. qui exprima sa difficulté à accepter l'angoisse de sa mère, la renvoyant à sa propre angoisse de mort. Cette situation la faisait vraiment trop souffrir. Cet épisode lui permit d'exprimer sa solitude à assumer la défaillance de sa mère, celle qu'elle a toujours connue aimant son autonomie, entreprenant toujours une activité manuelle, effectuant des voyages. Elle devait aussi faire le deuil de cette femme, de cette mère de son enfance, de son image interne.

Cet épisode du miroir s'estompa peu à peu. Aujourd'hui, Alexandra se regarde de nouveau dans un miroir. Se regarde t-elle vraiment ? Ou est-ce simplement une image superficielle ? Ou a t-elle intégré sa nouvelle image de femme vieillissante ? Durant cet épisode, la prise alimentaire d'Alexandra devint pratiquement nulle.

Malgré tout, Alexandra reste très angoissée. Elle s'isole des autres résidents.. Peu à peu, elle perd la notion du temps, se couche en milieu de journée, réclame les repas, mais ne mange presque rien…

Elle retournera dans sa maison de retraite.

Analyse inférentielle de l'entretien.

- Plaintes : Alexandra ne se plaint pas.
- Vécu abandonnique : Son placement a probablement été vécu par Alexandra comme un abandon.
- Deuils non faits : Alexandra n'en parle pas.

Copyright GRIVEL Claudie et Université Lumière - Lyon 2 - 2003.Ce document est protégé

- Agressivité : Elle montre une certaine agressivité vis-à-vis de sa famille et des soignants, lorsqu'elle est très angoissée.
- Lien familial : Présence des enfants et tout particulièrement d'une de ses filles qui est très proches d'elle.
- Blessures narcissiques : Elle n'accepte pas sa transformation physique due à l'âge.
- Rejet de l'hospitalisation : Elle s'évade peu à peu de la réalité. Cette évasion est probablement un rejet de cette vie qui ne l'intéresse plus.

Observation 41. Gabrielle. 100ans.

Gabrielle vient d'avoir 100 ans. Elle vit actuellement en long séjour. Elle est traitée pour la maladie de Parkinson. Elle est célibataire. Elle semble être entourée par des neveux et nièces.

Elle acceptera les entretiens (deux) malgré l'inquiétude que cela lui procure: tremblements dans la voix, réassurance à la fin de chaque phrase:

-" Est-ce que je réponds bien?"

Elle s'est adaptée à la vie institutionnelle, elle y réside depuis dix ans environ. L'équipe la connaît bien et elle est "aux petits soins" pour elle.

Pour elle la nourriture de l'institution n'est pas très appétissante mais ce qui la choque le plus,

- "c'est tout ce qui va à la poubelle ! "

Elle parle alors de sa mère qui était très dure avec elle, surtout quand sa dernière sœur est partie au couvent. Elle se souvient d'une mère qui ne lui laissait aucun moment de repos.

En se remémorant ses moments difficiles de son existence, Gabrielle a des tremblements dans la voix, bégaye par moment.

Gabrielle participe à toutes les activités mises en place.

Analyse inférentielle de l'entretien.

- Plaintes : Gabrielle ne se plaint pas de sa maladie, elle vit avec.
- Vécu abandonnique : Gabrielle s'est adaptée au monde institutionnel.
- Deuils non faits : Elle n'en dit rien.
- Agressivité : Aucune agressivité. Il faut dire que Gabrielle est devenue la "mascotte" du service.
- Lien familial: Présence de neveux et de nièces

en vertu de la loi du droit d'auteur.

- Rejet de l'hospitalisation : Elle s'est bien adaptée au moment où je la vois, son comportement alimentaire reste assez faible.

Observation 42. Lucille. 85 ans.

Lucille a été hospitalisée à la suite d'un accident vasculaire cérébral, elle a de la gêne pour articuler les mots et a beaucoup de difficultés à se faire comprendre.

Lucille accepte immédiatement les entretiens car elle aime parler, s'épancher. Nous aurons huit entretiens.

Lucille a une fille de son deuxième mari. Son premier époux ne voulait pas d'enfant car il ne les aimait pas. Elle me dit que la vie est dure. Elle a eu deux maris qui sont morts.

- "Heureusement que l'on ne sait pas tout ça à l'avance."

Sa fille a eu deux garçons et l'un a eu aussi deux garçons.

- "Ma fille a un caractère plus dur. J'aimerais que celle-ci vienne plus souvent me voir. Je souffre de son absence. "

Elle pleure.

Elle parle de sa mère et de sa grand-mère qui avait sept enfants. Sa grand-mère lui aurait dit que sa mère était la plus jolie de ses enfants. Des larmes sont alors apparues dans ses yeux.

Son père est mort d'une attaque, elle l'a vu marcher difficilement et il est tombé en arrivant à l'Hôtel Dieu. Elle lui a dit au revoir mais il était dans le coma. Elle a peur de s'endormir, elle a peur de faire comme son père.

Elle est allée jusqu'au certificat d'étude puis elle est allée aux Beaux-Arts. Elle avait 17 ans. Elle en est très fière. Elle aimait beaucoup le dessin. Elle était comme son père qui lui en plus, avait la musique. Elle pleure en se remémorant son père. Elle était plus près de lui que sa mère. Il faisait partie d'une haute famille.

Elle a fait des dessins de mode de haute couture pour de grands couturiers mais elle ne pouvait pas aller à Paris pour ne pas laisser sa mère seule.

Lucille est dans la plainte. Elle pleure très facilement et elle exaspère l'équipe par son ton "geignard" Le moindre événement est prétexte à se plaindre: Elle se plaint de n'avoir pas suffisamment à manger, d'avoir faim, de souffrir de son dentier ce qui l'empêche de manger normalement, de sa fille qui ne vient pas, de l'équipe qui ne s'occupe pas assez d'elle et elle ne fait donc plus de progrès car elle ne bouge pas et donc elle s'ankylose.

Elle se sent abandonner et elle ne supporte plus son état.

- "C'est dur de vieillir, c'est dur d'être obligée de se faire changer par d'autres. Je ne veux pas d'un fauteuil roulant. Je crois que c'est par orgueil."

en vertu de la loi du droit d'auteur.

Depuis quelques jours, Lucille est abattue, fatiguée:

"Je veux m'endormir et ne plus me réveiller."

Lucille fera un deuxième accident cérébral. Elle mourra deux jours après.

Analyse inférentielle de l'entretien.

- Plaintes : Lucille se plaint pour n'importe quel prétexte. Elle a besoin que l'on s'occupe d'elle.
- Vécu abandonnique : Elle exprime son sentiment d'abandon depuis qu'elle est dans le service. Sa fille l'a abandonnée.
- Deuils non faits : Deuil du père encore source de souffrance.
- Agressivité: Lucille est parfois agressive avec les soignants lorsque ses plaintes ne sont pas satisfaites.
- Lien familial : Peu de présence de sa famille, mais Lucille en demande beaucoup.
- Blessures narcissiques: Elle n'accepte sa dépendance, sa déchéance physique.
- Rejet de l'hospitalisation : Elle ne rejette pas vraiment son hospitalisation, mais son agressivité envers les soignants, ses plaintes continuelles, ses troubles alimentaires sont probablement un rejet de ce placement qu'elle ne supporte pas.

Observation 43. Monique. 97 ans.

Monique a 97 ans. Elle a été hospitalisée pour une chute qui a provoqué une fracture du col du fémur. Elle ne comprend pas pourquoi elle est tombée et surtout elle se rend compte qu'elle ne plus faire ce qu'elle faisait auparavant. Nous aurons quatre entretiens.

Son appétit a diminué car elle est inquiète. Le médecin lui a parlé d'une opération. Elle ne veut pas en entendre parler. Elle préfère rester sans bouger et attendre que cela se répare.

Elle a trois filles et un fils et sept petits-enfants. Elle était mécanicienne sur tissu dans la soie.

Ses parents étaient chapelier dans un magasin. Ils vendaient des casquettes, chapeaux…

Son père est mort à 50 ans, elle avait 3-4 ans. Il est mort de la fièvre dans le Tonkin. Elle était la dernière de huit enfants. Sa mère est morte à 74 ans. Elle a commencé à travailler à l'âge de 13 ans.

- « Je n'aimais pas l'école. » Dit-elle en riant.

Elle a encore une sœur qui doit avoir 88 ans, mais elle ne sait pas si elle vit encore.

Elle se plaint que personne ne s'occupe d'elle, elle a mal mais personne ne vient la

Copyright GRIVEL Claudie et Université Lumière - Lyon 2 - 2003.Ce document est protégé

soulager.

Elle est en colère. Elle en a assez de ne pas pouvoir bouger.

L'opération n'étant plus d'actualité, elle est rassurée et son appétit est meilleur.

Elle ne se plaint plus de la nourriture Elle participe aux activités mise en place dans le service..

Elle sera admise en maison de retraite.

Analyse inférentielle de l'entretien.

- Plaintes : Monique se plaint pour cacher ses angoisses.
- Vécu abandonnique : Après une période de fortes angoisses dues à l'incertitude d'une opération, à un temps d'hospitalisation long, elle reprend goût à la vie lorsque tout est résolu et qu'elle pourra quitter l'hôpital.
- Deuils non faits : Le deuil du père ne semble pas être résolu.
- Agressivité : Monique montre une certaine agressivité verbale lorsqu'elle est inquiète.
- Lien familial : On note la présence des enfants.
- Blessure narcissique : Monique prend conscience de sa vieillesse et des actes qu'elle ne peut plus assumer.
- Rejet de l'hospitalisation : Elle montre son rejet de l'hospitalisation par le rejet de la nourriture.

Observation 44. Pierrette. 92 ans.

Pierrette a 92 ans. Elle a été hospitalisée pour chute avec fracture du col du fémur. Elle marche avec un cadre.

Nous aurons deux entretiens.

Pierrette parle agressivement et me prend à partie dans ses démêlés avec sa fille.

Elle une fille qui vient de se séparer de son compagnon avec qui elle a vécu dix ans. Elle a une petite-fille de 10 ans qui se prénomme Sarah.

Elle a vécu dans une petite ville de province. C'est son mari qui a construit leur maison. Il était agriculteur. Il est mort depuis une quinzaine d'années. Par testament, il a laissé cinq parts à Pierrette et trois à sa fille. Les deux femmes se querellent à propos de la maison.

De plus, Pierrette est sous tutelle, et elle pense que sa fille veut lui prendre son argent.

Pierrette est très agressive. Elle veut sortir d'ici. Elle veut voir l'assistante sociale. Elle

Copyright GRIVEL Claudie et Université Lumière - Lyon 2 - 2003.Ce document est protégé

veut voir le médecin pour son sein, car elle a trouvé une grosseur cancéreuse. Elle se plaint que le médecin lui aurait dit qu'il fallait la laisser tranquille à 92 ans

Elle se plaint que la nourriture n'est pas suffisante.

Elle est très énervée contre l'ergothérapeute.

Elle veut une maison de retraite dans sa région. Pierrette ne restera pas dans le service. Dès que sa locomotion sera plus stable, elle partira dans une maison de retraite.

Analyse inférentielle de l'entretien.

- Plaintes : elle est dans la plainte perpétuelle.
- Vécu abandonnique : Pierrette est dans la plainte et l'agressivité, elle est donc dans la vie.
- Deuils non faits : Elle n'en parle pas.
- Agressivité: Pierrette est très agressive verbalement, surtout vis-à-vis de sa fille.
- Lien familial : Problèmes familiaux et conflits mais la fille reste présente.
- Blessure narcissique : Cette blessure peut apparaître au travers des conflits avec sa fille. Elle refuse d'être sous la tutelle de sa fille.
- Rejet de l'hospitalisation : Elle veut partir et se plaint de la nourriture.

Observation 45. Paulette. 87 ans.

Paulette a 87 ans. Elle est hospitalisée pour des plaies variqueuses aux jambes dues, d'après elle, à une pédicure qui l'a blessée. Elle se trouve sous antibiotique ce qui lui provoque des diarrhées.

Paulette accepte les entretiens et nous nous verrons deux fois car elle sera admise en long séjour dans une autre structure.

Paulette aime raconter avec forces détails tout ce qui lui est arrivée depuis sa naissance.

Elle est née malgré un avortement de six mois. Elle avait un poids de prématuré, sinon elle aurait du avoir une santé de fer. Puis à quatre mois, elle a eu une bronchite et les religieuses l'ont soigné avec des bains de moutarde. Elle n'aurait jamais du en réchapper.

Puis à 8 ans, elle ne mangeait plus et elle a du arrêter l'école jusqu'à 11ans. Heureusement, elle savait lire, écrire, compter parfaitement. Elle a passé son bac avec un an de retard ce qui est pour elle un exploit.

Elle était kiné et surtout elle réparait au niveau esthétique, après des opérations. Elle aimait son métier et que tout ce qu'elle faisait, elle le faisait bien. Elle s'est mariée avec un

en vertu de la loi du droit d'auteur.

homme de 30ans de plus qu'elle. Il avait son entreprise, puis il a été ruiné et apparemment, malgré ses qualités il n'est pas arrivé à retrouver du travail.

Elle a un discours très admiratif de son mari,

-"Il avait beaucoup de qualité mais il était très, très difficile pour la nourriture. J'ai appris à cuisiner pour lui, surtout la pâtisserie. Mais il mangeait peu alors, j'ai du me mettre à manger peu sans m'en apercevoir. "

Et puis elle n'avait pas le temps car après ses journées de travail elle faisait de la couture et finissait ses journées vers une heure du matin. Elle pense qu'elle est trop méticuleuse et qu'elle s'est épuisée. Lorsque son mari était malade et surtout après sa mort elle ne s'est pas rendue compte qu'elle ne mangeait pas assez..

Cette femme se montre hyper active. Elle se plaint de son séjour dans le service précédent.

Sa mère, elle aussi était dure et n'aurait jamais du avoir d'enfants.

Elle semble découragée car ses plaies ne se cicatrisent pas. Elle est inquiète et elle n'arrive pas à manger car elle n'a vraiment pas faim. Elle parle de l'alimentation de l'hôpital qui est désastreuse et qui ne lui donne pas envie de manger.

Analyse inférentielle de l'entretien.

- Plaintes : Elle se plaint de ses plaies mais ne s'y attarde pas.
- Vécu abandonnique : Paulette reste active, elle parle beaucoup.
- Deuils non faits : Elle a du mal à accepter le décès de son mari.
- Agressivité : Paulette n'est pas agressive, ni dans ses gestes, ni dans son discours.
- Lien familial : Elle n'a pas d'enfant, mais elle n'en dit rien. Elle exprime plus la rupture du lien avec le conjoint.
- Blessure narcissique : Hyper activité qui cache peut-être la perte du métier, du conjoint, de la jeunesse.
- Rejet de l'hospitalisation : Son rejet d'hospitalisation, peut se montrer par son dégoût de la nourriture qu'on lui donne.

Observation 46. Domitille 90 ans.

Domitille est veuve. Elle accepte les entretiens. Nous nous verrons deux fois.

Elle vit en long séjour en milieu hospitalier car elle ne peut plus marcher.

Elle a une fille qui vient souvent la voir et avec qui elle semble avoir de bonnes relations.

Relations qu'elle ne semble pas avoir avec sa voisine de chambre. Elle passe ses

en vertu de la loi du droit d'auteur.

journées à regarder par la fenêtre, tournant le dos à sa voisine. Elle s'échappe en regardant par la fenêtre. A quoi pense t-elle pendant ces longs moments silencieux?

Elle aime à parler de sa vie, de son enfance. Pendant ces moments de grandes confidences, ses yeux pétillent de malice.

Cependant, elle confie qu'elle n'apprécie pas les repas à cause de la nourriture qui leur est proposée et des autres personnes qu'elle est obligée de côtoyer et qui ne lui plaisent guère.

Peu à peu, Domitille se retranchera dans son monde. Elle refusera les entretiens, elle refusera de manger et refusera de parler.

Elle décédera quelques jours plus tard.

Analyse inférentielle de l'entretien.

- Plaintes : Domitille n'est pas dans la plainte.
- Vécu abandonnique : Elle abandonne la vie, elle ne lutte plus.
- Deuils non faits : Elle n'a pas eu le temps de raconter son histoire de vie.
- Agressivité : Domitille est agressive avec sa voisine de chambre qu'elle n'a pas choisie.
- Lien familial : Présence de sa fille.
- Blessure narcissique : Domitille n'accepte pas son manque d'autonomie physique qui l'oblige à vivre en long séjour avec des personnes qu'elle n'a pas choisi.
- Rejet de l'hospitalisation : Elle n'apprécie pas la nourriture de l'hôpital, pas plus son voisinage.

Observation 47. Raymonde, 90ans.

Raymonde a 90 ans, elle est veuve. Elle vivait à son domicile jusqu'à cette première chute.

Elle accepte les entretiens. Nous aurons qu'une seule entrevue car une place disponible en maison de retraite provoquera un départ rapide.

Raymonde a du mal à marcher suite à un malaise dû à une chute de tension.

Elle est allée en maison de repos, mais elle tomba de nouveau et elle dut revenir à l'hôpital. Elle se rend compte qu'elle ne peut plus vivre seule chez elle, car elle peut de nouveau tomber.

Elle a perdu une fille d'un cancer. Elle a une petite-fille et un petit-fils. Elle vivait avec son gendre qui vient d'être opéré d'une occlusion intestinale. Elle ne va plus pouvoir rester avec son gendre qui est lui-même malade.

Copyright GRIVEL Claudie et Université Lumière - Lyon 2 - 2003.Ce document est protégé

Elle doit prendre la décision aujourd'hui pour une maison de retraite:

- "C'est dur, mais que faut-il faire ?"

Elle ne se voit pas vivre dans cette maison, pourtant, elle pense que c'est la seule solution

Elle a peur de tomber sur des personnes peu intéressantes, peu motivées Cette dure décision à prendre la rend très anxieuse. Elle se demande si elle sera capable de s'adapter à ce nouveau milieu.

Elle est vraiment très inquiète et son appétit s'en ressent. Elle n'a pas faim, l'angoisse est trop forte. A cela, se rajoute une alimentation peu appétissante qui ne la motive pas pour manger.

Elle est partie, elle a pris la décision d'aller en maison pour un essai.

Analyse inférentielle de l'entretien.

- Plaintes : Raymonde ne se plaint pas.
- Vécu abandonnique : Elle espère trouver une solution pour son avenir, bien qu'elle soit peu optimiste quant à la décision qu'elle devra prendre.
- Deuils non faits : La perte de sa fille est encore très douloureuse.
- Agressivité : Elle n'est pas agressive, elle est inquiète de son devenir.
- Lien familial : Elle est entourée par ses petits-enfants et son gendre, mais celui-ci est malade. Elle est inquiète pour ses petits-enfants.
- Blessure narcissique : Blessure de ne pas pouvoir aider sa famille comme elle le voudrait.
- Rejet de l'hospitalisation : Cette hospitalisation lui a fait prendre conscience de sa perte d'autonomie et d'un avenir de placement.

Observation 48. Honorine. 89 ans .

Honorine a 89 ans, elle est en long séjour depuis un an.

Elle a eu une fracture du col du fémur en trébuchant sur une marche d'escalier. Honorine est aveugle depuis ses 80 ans. Elle accepte volontiers les entretiens, car elle se retrouve souvent seule, malgré les visites fréquentes de ses enfants et petits-enfants. Les entretiens seront difficiles car Honorine entend très mal et n'est pas appareillée.

Agricultrice à Chaussant avec son mari. Elle s'occupait des bêtes, du potager. C'était dur, mais elle aimait ce travail. Son mari est mort, il y a une vingtaine d'années environ de la tuberculose. Il lui manque. Ils ont eu deux filles. Elles sont mariées et ont eu des enfants. Elle a beaucoup de mal a restitué les prénoms de ses petits-enfants.

Copyright GRIVEL Claudie et Université Lumière - Lyon 2 - 2003.Ce document est protégé

Elle ne sait pas ce qu'elle va devenir : maison de retraite ou chez sa fille. Elle veut rentrer chez elle, tout en sachant que ce ne sera pas facile pour ses enfants. Mais elle trouve que c'est dur ici, parfois, surtout avec certaine personne.

Elle se sent un peu abandonnée et personne ne l'écoute, à part ses enfants. Elle aime bien lorsque sa petite fille vient la faire marcher un peu, cela lui permet de bouger.

- "C'est dur ! Je n'y vois pas, que voulez-vous que je fasse ?"

Honorine se plaint souvent d'avoir des maux de tête:

- "Je ne sais pas ce qu'il faut faire."

Ses soupirs, ses *"à quoi bon"* ou *"que voulez-vous que je fasse*" donne l'impression d'une personne qui attend et qui ne se bat plus. Elle ne se laisse pas mourir mais elle attend son heure tranquillement.

Elle essaye de se remémorer son enfance, sa période scolaire. Elle est allée à l'école à 6 ans. Elle faisait trois kilomètre pour y aller. Elle n'aimait pas beaucoup l'école. Elle s'entendait bien avec certains, moins avec d'autres. Pendant les vacances, elle aidait aux champs.

Ils avaient un cheval qui s'appelait "gamin". Elle aimait bien ce cheval.

Après l'école elle a travaillé aux champs avec ses parents. Puis elle s'est mariée avec un fermier et elle a continué à travailler aux champs et à la ferme puis elle s'est occupé de ses deux enfants. Elle a tout assumé. Le moment difficile a été la maladie de son mari.

Après sa mort, elle a continué à travailler à la ferme, puis elle a vendu le terrain et a gardé la maison. Une de ses filles habite la maison avec sa famille. Elle a une sœur. Son père est parti pour la première guerre et son mari pour la deuxième. Ils en sont revenus tous les deux.

Maintenant elle aimerait trouver une solution pour partir de l'hôpital : son désir est de rentrer chez elle.

Honorine continue son bout de chemin dans l'institution, elle désire tous les jours s'en aller, retourner dans sa maison, tout en sachant que ce n'est pas vraiment possible. Elle mange ce qu'on lui donne sans vraiment apprécier les repas. Elle attend qu'on la fasse manger. Elle n'a pas vraiment faim, elle ne trouve pas la nourriture excellente, mais elle a peur de se faire disputer si elle refuse d'ouvrir la bouche. Elle n'a jamais beaucoup mangé mais depuis qu'elle est ici elle n'a vraiment pas faim.

Elle est heureuse quand sa famille vient la voir, c'est-à-dire tous les jours. Elle attend que l'on s'occupe d'elle pour les soins, la toilette, les repas. Le seul moment où elle refuse c'est le temps de l'animation. Elle passe ses journées à attendre…

Analyse inférentielle de l'entretien.

- Plaintes : Honorine se plaint souvent de maux de tête, de maux de ventre, du dos.
- Vécu abandonnique : Elle n'abandonne pas et elle continue à vivre ce qu'elle doit

en vertu de la loi du droit d'auteur.

vivre, en

l' acceptant.

- Deuils non faits: Décès du conjoint qu'elle n'arrive pas à oublier.
- Agressivité : Elle ne montre aucune agressivité. Elle reste assez passive, repliée dans son monde, dans ses souvenirs.
- Lien familial: Présence importante de la famille, qui l'entoure beaucoup. Ils la tiennent en vie.
- Blessure narcissique : La perte de la vue, la perte de la locomotion sont des blessures importantes pour Honorine.
- Rejet de l'hospitalisation: Elle veut partir de l'hôpital, niant qu'elle est en long séjour ou espérant qu'un de ses enfants va enfin la faire sortir d'ici.

Observation 49, Pierre, 82 ans.

Monsieur de 82 ans, hospitalisé à la demande de son médecin et de sa famille, pour un début de maladie d'Alzheimer.

Pierre arrive dans le service très énervé, refusant l'hospitalisation. Sa femme expliquera que les ambulanciers ont été obligés de l'attacher pour l'emmener tellement, il se débattait.

Pierre est marié, il a eu quatre enfants. Ceux-ci paraissent être en désaccord quant à l'hospitalisation de leur père.

Arrivé dans le service, Pierre est tout d'abord assez agressif, aussi bien physiquement que verbalement.

Au premier entretien, je le retrouve dans son lit attaché.

Au deuxième entretien, sa diction est mauvaise et j'ai beaucoup de mal à comprendre ce qu'il me dit. Est-ce dû aux médicaments? Il manifeste tout de même son envie de partir.

Une recherche de maison est projeté.

Au troisième entretien, Pierre ne mange plus depuis quelques jours. Il est sous perfusion. Les premiers jours, il les arrachait. Maintenant, il ne lutte plus. Il ouvre les yeux, serre ma main, et s'y agrippe. Ce sera le seul lien, puisque les mots ne seront plus là.

Pierre s'en ira dans une lente agonie, refusant toute nourriture.

Il meurt quelques jours plus tard.

Analyse inférentielle de l'entretien.

en vertu de la loi du droit d'auteur.

- Plaintes : Sa seule plainte est d'avoir été hospitalisé de force.
- Vécu abandonnique : Il abandonne lorsqu'il se rend compte qu'il ne peut plus lutter contre la décision que l'on a prise pour lui.
- Deuils non faits : Pierre ne partagera pas son histoire de vie.
- Agressivité : Pierre est très agressif au moment de son hospitalisation, lorsqu'il refuse encore cette décision. Ensuite, il se repliera sur son monde interne.
- Lien familial : Pierre est très entouré mais il y a conflit entre les enfants et son épouse. Les uns ont décidé cette hospitalisation, les autres ont essayé de la retardée.
- Blessures narcissiques : Pierre refuse de se voir diminuer. Il refuse que l'on ne tienne pas de son avis. Il a perdu sa place.
- Rejet de l'hospitalisation : Son comportement montre son opposition à cette décision d'hospitalisation.

Copyright GRIVEL Claudie et Université Lumière - Lyon 2 - 2003.Ce document est protégé