

INCONSCIENT ET CULTURE

Le groupe dans l'institution gériatrique

Pierre Charazac

S.-A. Josserand

J.-M. Talpin

DUNOD

Préparation : Gabrielle Raout

Le pictogramme qui figure ci-contre mérite une explication. Son objet est d'alerter le lecteur sur la menace que représente pour l'avenir de l'écrit, particulièrement dans le domaine de l'édition technique et universitaire, le développement massif du photocopillage.

Le Code de la propriété intellectuelle du 1^{er} juillet 1992 interdit en effet expressément la photocopie à usage collectif sans autorisation des ayants droit. Or, cette pratique s'est généralisée dans les établissements

d'enseignement supérieur, provoquant une baisse brutale des achats de livres et de revues, au point que la possibilité même pour

les auteurs de créer des œuvres nouvelles et de les faire éditer correctement est aujourd'hui menacée.

Nous rappelons donc que toute reproduction, partielle ou totale, de la présente publication est interdite sans autorisation de l'auteur, de son éditeur ou du Centre français d'exploitation du droit de copie (CFC, 20, rue des Grands-Augustins, 75006 Paris).



© Dunod, 2016

5 rue Laromiguière, 75005 Paris

www.dunod.com

ISBN 978-2-10-074708-5

Le Code de la propriété intellectuelle n'autorisant, aux termes de l'article L. 122-5, 2^o et 3^o a), d'une part, que les « copies ou reproductions strictement réservées à l'usage privé du copiste et non destinées à une utilisation collective » et, d'autre part, que les analyses et les courtes citations dans un but d'exemple et d'illustration, « toute représentation ou reproduction intégrale ou partielle faite sans le consentement de l'auteur ou de ses ayants droit ou ayants cause est illicite » (art. L. 122-4).

Cette représentation ou reproduction, par quelque procédé que ce soit, constituerait donc une contrefaçon sanctionnée par les articles L. 335-2 et suivants du Code de la propriété intellectuelle.

TABLE DES MATIÈRES

<i>INTRODUCTION</i>	1
1. L'institution et la dépendance	11
PIERRE CHARAZAC	
Les logiques de la dépendance	12
<i>La dépendance et l'organisation institutionnelle, 13 •</i> <i>La dépendance et les liens intersubjectifs, 14 • La</i> <i>dépendance, facteur de cohésion institutionnelle, 15</i>	
Le faux dilemme de l'hébergement et du soin	16
Deux modèles de la dépendance dans le soin institutionnel	18
<i>Une norme d'ajustement réciproque entre résidents</i> <i>et soignants, 19 • Comment la dépendance conduit</i> <i>à l'exclusion du manque, 20</i>	
Les mythes de l'institution gériatrique	23
<i>Définition, 23 • Le mythe du domicile de</i> <i>substitution, 24 • Le mythe de l'adaptation à la</i> <i>collectivité, 25 • Le mythe de l'égalité des</i> <i>résidents, 27 • Le mythe de la vie sociale</i> <i>en établissement, 29 • Le mythe du contrat</i> <i>avec le résident et sa famille, 30 • Le mythe de la</i> <i>bienveillance absolue, 30</i>	

Dépendance et théorie du soin en Ehpad	31
<i>La logique médicale, 32 • La logique de la protection, 33 • La logique de l'abandon, 33</i>	
Conclusion	34
2. Les crises institutionnelles	35
PIERRE CHARAZAC	
Définition	36
Clinique de la crise	36
<i>Le sentiment d'urgence, 36 • La suspension des procédures et des rituels, 37 • L'insécurité collective, 39 • La mise en tension des relations avec l'extérieur, 40</i>	
Les causes structurelles de la crise	41
<i>La fragilité des processus de liaison, 41 • La défaillance des formations intermédiaires, 44 • La question de la tâche primaire et la notion de limite, 46</i>	
Les causes conjoncturelles de la crise	48
<i>La crise vécue par les soignants, 48 • La crise vécue par les résidents, 50 • Les collusions groupales, 50</i>	
La crise dans la relation avec les familles	51
<i>Les mythes de la famille, 52 • Les logiques de la famille, 53 • La tâche de la famille, 54</i>	
Conclusion	56
3. La violence du soin en gériatrie	59
JEAN-MARC TALPIN	
Faire violence/être violent	59
Les sources des mouvements violents	64
<i>Le choix du travail en gériatrie, 65 • Violence de la rencontre en gériatrie, 67</i>	
La clinique au risque de la violence	71
Conclusion	76

4. Mourir en institution	79
SERGE-ALAIN JOSSERAND	
Prolégomènes institutionnels à un bien mourir au naturel	79
<i>Le groupe au travail de la réunion d'institution, 79 •</i>	
<i>Écoute matricielle et hystérie circulante, 82 • Le</i>	
<i>pacte dénégatif à l'épreuve du signal</i>	
<i>de mort à venir, 84</i>	
Le travail de trépas chez le vieillard	86
<i>Janice Norton, 86 • Michel De M'Uzan, 87 • Alain</i>	
<i>Josserand : la fusion mortelle du moi idéal</i>	
<i>avec son idéal du moi. La mort comme scène primitive</i>	
<i>idéale, 89 • Retour à l'institution et à la fonction</i>	
<i>du groupe, 91 • Anticiper le travail de trépas : le</i>	
<i>signal de mort à venir, 93 • Les psychopathologies</i>	
<i>tardives de signalement, 98</i>	
5. Mourir Alzheimer	123
SERGE-ALAIN JOSSERAND	
La triade du SIMOV à l'épreuve des auteurs	123
Comment trouver l'objet ? Les comportements d'appel	126
<i>Le vieillard hurlant à la mort, 126 • Le comportement</i>	
<i>de logorrhée apraxique de liquidation verbale du</i>	
<i>moi, 128 • L'appel verbal adressé mais délivré</i>	
<i>à la cantonade, 132</i>	
La fonction d'appel et ses défaillances	133
<i>L'adressage de l'appel, 133 • L'apraxie du langage et</i>	
<i>de la mémoire : perte de l'appel, 134 • L'appel et la</i>	
<i>naissance de la pensée. Échec et détresse, 135 •</i>	
<i>L'appel escamoté : comportement de collage</i>	
<i>et de suivi, 138 • Forclusion de l'appel.</i>	
<i>Comportements instinctifs, 139</i>	

Où trouver l'objet ? Le cadre spatio-temporel	140
<i>Manifestation clinique du cadre et objet, 140 •</i>	
<i>Régression par actualisation d'un cadre du passé, 142</i>	
Intermittences de la source pulsionnelle	145
<i>La chute, 145 • Les psychopathologies minute, 146 •</i>	
<i>Hypothèses psycho-dynamiques, 147 • Trauma</i>	
<i>psychique et comportements, 149 • Considérations</i>	
<i>économiques, 149</i>	
Conclusion. Le signal de mort d'organe à venir	150
6. Mourir sur commande	153
SERGE-ALAIN JOSSERAND	
Éthique et commandement	153
La mort individualisée : un commandement personnel	156
La mort collectivisée : les normes collectives opposables	
et substituables au commandement individuel	160
L'euthanasie, une mort sur commande,	
et sans commandement ?	165
<i>Clinique des états dissociés et euthanasie, 166 • Deux</i>	
<i>morts exemplaires : euthanasie, ou assistance</i>	
<i>à personne en danger de mourir sans trépasser ?, 170</i>	
Conclusion	172
7. Le travail du psychologue clinicien	
dans les institutions gériatriques	175
JEAN-MARC TALPIN	
Le travail du psychologue clinicien en institution	
gériatrique	178
<i>Le type d'institution, 178 • L'organisation de</i>	
<i>l'institution, 180 • Les attentes et modèles de</i>	
<i>l'institution, 183 • Les accueillis, 191</i>	

Quelques problématiques récurrentes du travail du clinicien	194
<i>Résistance des équipes, 195 • Comment travailler lorsque la durée de travail est des plus limitées ?, 198 • La non-demande de l'âge et la demande portée par des tiers, 200 • L'arrêt de la prise en charge d'un âgé, 201</i>	
Conclusion	205
8. Groupes et soin institutionnel	207
PIERRE CHARAZAC	
La groupalité en institution gériatrique	208
<i>La groupalité interne du résident, 208 • La groupalité dans les tâches institutionnelles, 209</i>	
Les résidents et le groupe	210
<i>Les groupes de résidents, 211 • Groupes thérapeutiques et soins de groupe, 214</i>	
Le travail de groupe des soignants	214
<i>L'écoute mutuelle, 215 • Penser en groupe, 216 • L'écoute du psychanalyste, 218</i>	
 <i>BIBLIOGRAPHIE</i>	 223
 <i>INDEX</i>	 229

INTRODUCTION

ON PEUT S'ÉTONNER de ce que le vieillissement actuel de la population n'ait pas tourné davantage l'attention des psychologues vers les institutions où la majorité des personnes parvenues au grand âge achèveront leur existence. Alors que l'importance socio-économique de ce phénomène n'a échappé ni aux politiques ni aux promoteurs privés, la souffrance des personnes qui vivent et travaillent dans ces établissements n'a encore fait l'objet d'aucune étude l'inscrivant dans une conception d'ensemble de l'institution gériatrique.

C'est à ce manque, ressenti notamment par tous les praticiens exerçant en Ehpad (Établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes), que le présent ouvrage tente de répondre, en traitant du statut institutionnel de la dépendance, de la souffrance des soignants, des crises et de la mort dans ces établissements. Sans prétendre offrir une vue complète de l'institution gériatrique, le fait d'aborder toutes ces questions avec pour référence théorique et clinique l'approche psychanalytique contemporaine des groupements humains constitue un premier pas dans ce sens.

Avant de présenter ces études et leurs auteurs, il nous faut planter les jalons d'une définition de l'institution gériatrique.

Qu'est-ce qu'une institution ?

Selon les travaux désormais classiques de Kaës (2000), les institutions se définissent comme « l'ensemble des formes et structures sociales instituées par la loi et par la coutume ». Elles réunissent en proportions variables des fonctions d'ordre social, culturel, économique et politique ainsi que des fonctions psychiques qui régulent l'accomplissement de leur tâche et dans certains cas s'y opposent.

Kaës (2005) définit ainsi les quatre premières de ces dimensions :

- L'institution produit une tâche reconnue comme socialement nécessaire, avec pour corrélats des statuts, des rôles, des règles de fonctionnement et des contrôles.
- Elle participe à la vie économique car en elle sont investis des capitaux et elle produit des valeurs.
- Elle est organisée dans un cadre juridique qui règle et arbitre les rapports intra et inter-institutionnels.
- Elle a besoin d'être soutenue dans son projet et son action par le pouvoir politique.

« La réalité psychique de l'institution, écrit-il, est en interférence avec toutes ces dimensions et une tâche prioritaire de l'analyse institutionnelle est de repérer les déplacements qui peuvent s'opérer d'un ordre de réalité vers un autre. » (Kaës, 2005) Les fonctions psychiques de l'institution s'exercent sur la vie pulsionnelle et les représentations de ses membres. Elles permettent l'articulation de l'intrapsychique avec l'intersubjectif qui est à la base du lien à l'institution, à ses membres et à ses objets. C'est en cherchant comment et jusqu'à quel point, malgré les contradictions de ces fonctions, les sujets parviennent à entrer dans une unité imaginaire que Kaës a montré l'importance des contrats conscients et des pactes inconscients qui soudent les membres d'une institution.

L'institution gériatrique

Sans les désigner nommément, Goffman (1968) classe les institutions gériatriques dans les institutions qu'il qualifie de totalitaires¹. Il définit ce type d'institution comme « un lieu de résidence et de travail où un grand nombre d'individus, placés dans la même situation, coupés du monde extérieur pour une période relativement longue, mènent ensemble une vie recluse dont les modalités sont explicitement et minutieusement réglées. » Il les range en cinq groupes dont le premier est constitué par « les organismes qui se proposent de prendre en charge les personnes jugées à la fois incapables de subvenir à leurs besoins et inoffensives : foyers pour aveugles, vieillards, orphelins et indigents. » Les quatre autres types concernent les personnes incapables mais dangereuses de manière intentionnelle ou non pour la communauté, et celles dont la vie en institution est nécessaire à l'accomplissement d'une tâche donnée (casernes, internats) ou du retrait hors du monde (monastères).

Le classement des établissements gériatriques dans les institutions totalitaires ne répond pas à un critère d'âge mais à cet ensemble d'incapacités qu'on appelle aujourd'hui la dépendance et à des traits structuraux communs aux institutions totalitaires que, dans sa préface à l'ouvrage de Goffman, Castel regroupe ainsi :

« L'isolement par rapport au monde extérieur dans un espace clos, la promiscuité entre reclus, la prise en charge de l'ensemble des besoins des individus par l'établissement, l'observation obligée d'un règlement qui s'imisce dans l'intimité du sujet et programme tous les détails de l'existence quotidienne, l'irréversibilité des rôles de membre du personnel et de pensionnaire, la référence constante à une idéologie consacrée comme seul critère d'appréciation de tous les aspects de la conduite, etc. » (Goffman, 1968)

1. J.M. Talpin suggère qu'il serait plus juste de parler aujourd'hui d'institutions totales, afin d'éviter de les assimiler aux régimes totalitaires.

Dans le cas qui nous intéresse, cette approche suscite deux remarques. Exclusivement centrée sur la souffrance des pensionnaires des institutions totalitaires, elle laisse de côté la souffrance des équipes soignantes et la place tenue par les familles. Non seulement ces réalités lui échappent mais elle est par conséquent dans l'incapacité de les mettre en rapport l'une avec l'autre. Quant à l'idéologie qui la sous-tend, elle présente la tâche de ces institutions comme subordonnée à une organisation obéissant elle-même à un but unique qui est l'exclusion de certaines catégories d'individus. Or d'une manière générale, ramener un phénomène à une cause unique équivaut toujours à écarter des facteurs dont le rejet affaiblit d'autant la théorie en question. Cette réserve s'impose d'autant plus devant la complexité des buts poursuivis par l'institution gériatrique.

La fonction soignante des Ehpad

L'approche psychanalytique évite l'écueil précédent dans la mesure où elle reconnaît à l'institution une pluralité de niveaux de réalité et de fonctions, y compris dans sa tâche, et met en valeur le travail d'intégration exigé de ses membres, en s'efforçant de ne négliger aucun des déterminants intrapsychiques et intersubjectifs qui empêchent ce travail.

La question de la fonction soignante des Ehpad est à cet égard exemplaire. Son appellation de tâche primaire ne résiste pas à l'examen des multiples tâches qui leur sont aussi assignées. Une des thèses du présent ouvrage est que la dépendance doit sa place de premier plan dans l'organisation et le fonctionnement de l'institution gériatrique à sa capacité d'unifier l'ensemble de ses missions, si bien que s'il fallait attribuer aux Ehpad une tâche primaire remplissant cette condition, ce serait celle de la prise en charge de la dépendance.

Ceci ne signifie pas que nous réduisons la mission de soigner à sa portion congrue mais qu'elle prétend à une place

d'un autre ordre que les autres. Cette différence de niveau suit la distinction entre *cure* et *care*. Le traitement (*cure*) a pour objectif la guérison d'une affection tandis que le soin (*care*) représente un ensemble de gestes, d'investissements et de qualités spécifiques, qu'ils aboutissent ou non la guérison¹. Alors que les soins reçus par un patient âgé se présentent comme une juxtaposition de traitements, à l'image d'une addition de prescriptions, le soin vise à rassembler et unifier cet ensemble dans une certaine représentation de sa personne, de ses besoins et de la relation avec lui.

Cette définition s'applique à la relation soignante en Ehpad, où le statut de résident s'efface derrière celui de personne âgée dépendante. S.A. Josserand² montre ainsi comment le travail de trépas en institution intègre d'emblée dans le soin la question de la mort au lieu d'en reporter la rencontre à l'entrée en soins palliatifs. Du point de vue de l'équipe soignante, à la différence des missions encadrées par des textes et des protocoles, celle du soin implique des compétences qui échappent aux directives et aux évaluations directes. Elles résultent d'accords interpersonnels dont les autres missions fournissent la base sans jamais suffire à les rendre opérants, parce qu'ils impliquent un facteur supplémentaire d'ordre psychique qui constitue le champ d'intervention du psychologue exerçant dans ce type d'établissement.

Présentation de l'ouvrage

Les trois auteurs de cet ouvrage ont rencontré l'institution gériatrique au début de leur activité clinique, à une époque où les Ehpad n'existaient pas encore. Ils y ont exercé ou ils y exercent encore des fonctions diverses mais avec une

1. La médecine emploie toutefois le pluriel quand il s'agit des soins de suite et de réadaptation ou des soins palliatifs.

2. Au chapitre 4 de cet ouvrage.

approche de la clinique individuelle et groupale partageant la même référence à la théorie et la pratique de la psychanalyse.

Dans le premier chapitre, P. Charazac examine comment la prise en charge de la dépendance est devenue la tâche principale des Ehpad, ouvrant le passage d'une conception organisationnelle et médicale à une approche psychodynamique faisant de la dépendance le paradigme du lien entre les résidents et les soignants. Cette fonction unificatrice de la dépendance s'est fixée dans une série de mythes institutionnels tels que le domicile de substitution, l'adaptation réussie ou l'égalité entre résidents, mais elle est aussi à l'origine d'un travail psychique qui soutient le narcissisme des résidents et des soignants.

Le chapitre sur les crises institutionnelles analyse leurs expressions cliniques puis leurs causes, en distinguant celles d'ordre structurel qui intéressent l'état des liens interpersonnels et celles conjoncturelles qui font intervenir les soignants, les résidents et leur famille. Les crises dans la relation avec les familles conduisent à analyser à leur tour les mythes et les logiques de la dépendance vécue par le groupe familial et leurs interactions avec les soins institutionnels, notamment sur le mode de l'emprise.

J.M. Talpin examine la violence du soin en gériatrie sous le double aspect de ses composantes objectivement violentes et de ce qui peut y faire violence sans résulter d'une intention agressive ou destructrice. Il l'aborde dans une perspective dynamique tournée vers l'élaboration de ses sources internes, notamment des vœux de mort verbalisés ou non par les soignants, et la transformation de ses buts, en mettant en valeur le rôle du cadre institutionnel et des dispositifs groupaux d'élaboration de la pratique.

Avec son expérience de l'écoute des réunions hebdomadaires d'un service de gériatrie, S.A. Jossierand propose une

étude du « mourir en institution » qui renouvelle la notion de travail de trépas. C'est dès l'entrée en établissement qu'il faut traduire ce qu'il nomme le signal de mort à venir en message verbal de mort à venir destiné aux proches et aux soignants. Ce signal déclenche des transformations intrapsychiques et des comportements de recherche d'un objet clé à l'origine de tableaux psychopathologiques parfois trompeurs. Il provoque aussi chez l'équipe soignante un malaise exigeant que les ajustements ou les prescriptions nécessaires fassent l'objet d'une élaboration en groupe.

S.A. Josserand consacre le chapitre suivant à ce qu'il advient de ce modèle chez le sujet dément qui ne dispose plus des capacités de transformation et des moyens de recherche de l'objet clé réclamés par le travail de trépas. À travers une série de comportements d'appel qui sont autant d'agrippements de l'objet (logorrhées d'aimantation répétant les onomatopées d'appel du bébé, hurlements de détresse, investissements hallucinatoires massifs) il montre que le dément n'abandonne jamais sa quête de l'objet spécifique du trépas, signe qu'il reçoit lui aussi un signal de mort à venir, quitte à dissiper dans cette recherche ses dernières ressources.

Sous le titre « La mort sur commande », S.A Josserand essaie d'articuler les exigences du Surmoi individuel, qui reçoit un commandement à bien mourir au naturel, variation du premier commandement éthique « Tu ne tueras point », avec les exigences du Surmoi collectif institutionnel, qui relaie les normes, protocoles et recommandations de bonnes pratiques. Si les exigences surmoïques se heurtent au sentiment de culpabilité et à l'ambivalence, le conflit individuelle déplace l'investissement du commandement inconscient (individu) aux commandes conscientes protocolaires (institution) quant à la mort.

Dans un chapitre consacré au travail du psychologue clinicien, J.M. Talpin revient sur l'organisation et le fonctionnement des institutions gériatriques, à l'origine de la diversité des statuts qu'il y occupe et des attentes des équipes et des résidents à son égard. Parmi les problématiques récurrentes qui s'y rencontrent, il détaille la non-demande ou la demande portée par un tiers, les facteurs intervenant dans la décision d'arrêter une prise en charge individuelle et les nombreux motifs possibles, conscients ou non, de résistance des équipes soignantes aux dispositifs d'élaboration de la pratique proposés par les psychologues.

Le dernier chapitre concerne les groupes que l'arrivée en gériatrie des psychologues, des ergothérapeutes et des animateurs a mis en valeur, et dont le rôle n'apparaît jamais aussi bien que lorsqu'ils disparaissent ou sont détournés de leur but. P. Charazac présente les groupes de résidents comme les intermédiaires obligés entre les simples regroupements et une authentique vie sociale, et le soin comme résultant toujours d'une démarche d'équipe, autrement dit de groupe. Après avoir différencié les groupes d'animation, des groupes à visée thérapeutiques et des soins de groupe, il s'arrête sur le travail qui s'accomplit en réunion de synthèse ou en groupe d'analyse de la pratique, dans l'un et l'autre cas en présence d'un psychologue ou d'un psychanalyste. De l'écoute de ce dernier dépend la capacité des soignants d'enrichir leur réflexion de pensées se rapportant à la dépendance, la mortalité et la violence qui échappent le reste du temps à leur conscience.

Cet ouvrage s'adresse à tous les professionnels exerçant en Ehpad qui se questionnent sur les difficultés qu'ils rencontrent pour accomplir leur travail conformément à leurs aspirations. Si psychologues et psychanalystes ne peuvent pas supprimer tous les facteurs entretenant cette souffrance, en particulier quand ceux-ci ont une origine psychique, il leur est en revanche possible d'agir sur les résistances collectives

à prendre conscience de certaines réalités, de nommer et de mettre en travail les dynamiques négatives empêchant l'institution d'être soignante. Notre ambition est d'éclairer leur questionnement et les inciter à aller plus avant dans cette voie.

P. Charazac

Chapitre 1

L'INSTITUTION ET LA DÉPENDANCE

Pierre CHARAZAC

JUSQU' AU XIX^E SIÈCLE les hospices ont reçu les indigents. Qu'ils soient jeunes ou vieux, c'était leur misère sociale qui les y faisait entrer. Tandis que l'âge civil devient un critère de plus en plus difficile à manier, c'est aujourd'hui la dépendance qui décide de l'entrée d'une personne en Ehpad. D'après S. Volant (2014), au 31 décembre 2011 on comptait en France 10 481 établissements d'hébergement pour personnes âgées dont 7 752 Ehpad qui représentaient à eux seuls 82 % du total des places (contre 75 % en 2007). « La part des personnes âgées en situation de dépendance (relevant des groupes iso-ressources 1 à 4) au sein des personnes accueillies continue d'augmenter (84 % à la fin 2007, 89 % à la fin 2011). »

Alors que la dépendance est inhérente à toute institution, qu'elle soit ou non gériatrique, il a fallu que le discours politique et économique s'empare de cette notion pour qu'elle