

Motivation sociale, fragilité cognitive et assomption de la vieillesse

Social motivation, cognitive frailty, and elderly's assumption

C. Hazif-Thomas*, P. Thomas**, M. Walter***



C. Hazif-Thomas

La démotivation est fréquente chez la personne âgée et passe le plus souvent inaperçue, ce qui explique qu'elle soit insuffisamment prise en compte. Elle peut survenir sur un terrain dépressif. Elle va de pair avec le vieillissement frontal auquel s'adjoint une fréquente polypathologie. Les problématiques psychosociales s'enchevêtrent avec des problématiques plus médicales pour participer au développement de la perte d'autonomie, multifactorielle, financière, relationnelle, physique et psychologique. Les pathologies aiguës et chroniques surviennent en effet sur fond d'une perte d'autonomie qui, combinée aux désavantages sociaux, constitue le handicap. Pour autant la lutte pour l'autonomie ne se résume pas à la consommation de soins pour échapper à la dépendance, même si le poids social, familial et financier reste central dans le cadre général de la prise en charge.

Le poids des représentations sociales

La motivation s'inscrit dans le sentiment d'appartenance à un groupe humain. La productivité, la performance, l'efficacité et l'utilité sont des valeurs sociales largement partagées, mais rarement en scène chez les aînés. "Autrefois vieillesse signifiait indigence et les vieux rejoignaient dans les hospices charitables la cohorte des ivrognes, des incurables et des fous." Par cette remarque J. Blond et al. (1) évoquent la mise à l'écart de la société des plus vieux, placés au même rang que les "fous" et autres "déchus" ou "anormaux", candidats désignés au grand renferme-

ment analysé par M. Foucault dans son *Histoire de la folie à l'âge classique* (2). À notre époque plus proche de la nôtre, la vieillesse est considérée comme une maladie – qu'on songe au "cancer social", ou à la "peste blanche", qui ont désigné le vieillissement –, pour être maintenant principalement perçue comme un problème de société en raison du stigmate aliénant de la dépendance. Quelle que soit l'évolution des représentations, la vieillesse et ses conséquences sont encore et surtout un souci familial, et nombre de personnes âgées ne se résolvent pas à être une charge pour leurs proches. Il était d'usage que la famille, traditionnellement, s'occupe de ses anciens. Les enfants, nombreux aux siècles précédents, pour un faible nombre de personnes âgées, ont cédé la place aux familles nucléaires. La solidarité familiale n'existe pas moins à travers les aidants familiaux et le vieillissement des relations intrafamiliales. Les proches sont en effet requis, sans forcément s'y être préparés, pour faire face, par exemple, à la démentification d'un des leurs. De Gaulle confronté à la sénilité de Pétain au sein de la "grande famille militaire" dira l'aspect cassé, et blessant pour lui-même, de l'image que son ancien chef lui renvoyait. En ce sens, le traumatisme psychique, bien plus qu'une désorganisation des informations, peut être la tragédie d'une existence lorsque cette histoire traumatique ne peut s'intégrer dans la mémoire de vie, la biomnèse: "La vieillesse est un naufrage", insiste le général. N'est-ce pas plutôt une épreuve qui ruine définitivement la capacité de se remémorer des rêves d'adolescent qui, d'un certain point de vue, restent à élaborer. Cette "anti-utopie qu'est la vieillesse" est la base d'un travail d'acceptation de

* Intersecteur de psychiatrie du sujet âgé, hôpital Bohars, Brest.

** Pôle Jean-Marie-Léger, hôpital Esquirol, Limoges.

*** Professeur de Psychiatrie, CHU de Brest, JE 2535, université de Bretagne occidentale (UBO), Brest.

Résumé

La démotivation de la personne âgée constitue une dynamique acquise de déconstruction de l'élan motivationnel par la confrontation amère entre, d'un côté, une autonomie qui fléchit et, de l'autre, une dépendance qui n'est pas acceptée. Dans cette ambivalence, des problématiques psychosociales aggravent les conséquences des maladies.

Mots-clés

Personnes âgées
Viellissement
Autonomie
Démotivation

cette partie de la vie où l'on ressent pleinement son caractère d'"irréalisable", mais elle n'est pas toujours facilement à portée psychique (3).

La vieillesse : une redistribution des rôles sociaux

La vieillesse ne doit pas faire oublier que le troisième âge est aussi le support d'un nouveau réseau de parenté. Le troisième âge pourvoit en effet nombre de jeunes ménages en moyens financiers pendant de longues périodes, ce qui explique que de nouveaux rapports se tissent entre les générations qui, même si elles craignent la vieillesse, l'abondent de plus en plus comme une nouvelle tranche de vie, d'autant plus prégnante que les seniors survivent en moyenne plus de 20 ans au mariage des enfants. À l'inverse de l'image que renvoient les propos de De Gaulle, les vieillards peuvent donc être considérés comme des catalyseurs psychiques ; il s'agit aussi de cela avec la démence, de cette extrême fragilité cognitive qui nous oblige à concevoir, certes souvent a contrario mais pas toujours, qu'effectivement "le [bon] vieillissement est la mémoire de cette révolte contre la conformité mesquine, la déshumanisation larvée. Une société qui recueille la mémoire de ses anciens se maintient vigilante. Vieillir, c'est devenir un veilleur de l'espérance, l'annonciateur d'un demain renouvelé" (4). N'est-ce pas ce que le succès de l'auteur, âgé de 93 ans, d'*Indignez-vous* valide ? (5) De même, lorsqu'on perçoit la capacité d'empathie de certains malades déments, parfois seuls sensibles au vécu de deuil de leur médecin alors que ses collègues n'en ressentent rien, force est d'admettre que la fragilité cognitive ne témoigne pas forcément d'une infirmité non cognitive, bien au contraire ! Ces observations disent aussi quelque chose de la gérontophobie excessive qui continue de sévir chez nos contemporains, en mal d'acceptation de leur finitude, et rappellent que, à l'évidence, la vieillesse est un "construit social". Les femmes âgées sont plus souvent que les hommes l'objet de discriminations. Les minorités sont aussi les plus exposées à l'âgisme. L. Grant mentionne

que l'âgisme a des conséquences négatives sur un vieillissement sain (6). Ainsi, si l'âge n'est pas une donnée immédiate de la conscience, "l'âgisme est bien une 'forme d'hétérophobie' à l'égard des plus âgés, puisqu'il souligne les différences dues à l'âge" (7).

Vieillesse et sens de la vie

Il n'est pas de motivation sans perception de sens. Nombreuses sont les personnes âgées confrontées au bilan de leur histoire de vie et aux cicatrices relationnelles familiales. Peuvent-elles encore trouver du sens ? Nombre d'hommes âgés sont tentés de se réfugier dans le matriarcat, faisant dire à I. Siméone que les hommes sont plus dépendants du milieu social que les femmes (8). La vie a-t-elle encore un sens quand les groupes sociaux se déroberont ? La solitude, contrainte ou non, des aînés est un sort qui, pour être fréquent, est loin d'être accepté sereinement. Si Cicéron, par exemple, offre nombre d'arguments pour accepter de vieillir, il oublie de considérer le "vieillir à deux", comme si assimiler le cours de la vie du vieillard à la course du soleil dans sa phase déclinante n'était pas significatif. Outre que cela implique de ne voir dans le sujet vieillissant qu'un homme de plus en plus faible, voire inférieur, cela ne vient-il pas favoriser aussi l'idée de l'impossible éclairage, par ce soleil couchant, d'une réalité commune partagée ? Si la finitude est ici bien énoncée par le sage romain, elle ne saurait toutefois faire accréditer l'idée d'un vieillissement coupé de son contexte, de la/des relations, telles qu'elles rayonnent de l'individu, qui définissent chacun dans son être-avec. S'il faut un double soleil pour éclairer le fond de la bêtise humaine, selon Sartre, il est possible de vieillir non seulement en supportant la désillusion que l'avancée en âge peut provoquer mais aussi en l'accompagnant de l'illusion, pas si stupide, qu'il est possible d'éclairer en duo le paysage existentiel de nos dernières années. Surtout en cas de veuvage, le désir des sujets âgés de traverser le deuil du conjoint peut aussi les conduire à s'adresser à un thérapeute. Cette tentative de reprise résiliente d'un vécu douloureux est évidemment mise à mal lorsque la réalité démentielle vient

Summary

The demotivation in the elderly is based in an acquired deconstruction of the motivational momentum rooted in the bitter confrontation of two opposite statements.

On one hand, an autonomy decrease; on the other, a non-accepted dependency.

In this ambivalence, psychosocial problems worsen the existing consequences of comorbid diseases.

Keywords

Elderly
Ageing
Autonomy
Demotivation

renforcer le vécu de condamnation à la solitude allié à l'impossible maintien d'une mémoire vive et vivace. L'inquiétude des aînés n'a pas tant trait au vieillissement en soi qu'à la solitude dans les vieux jours, qui multiplie par 2 le risque de développer une maladie d'Alzheimer (9). Solitude, également, lors du manque de mots du fait de troubles neuropsychologiques ou parce qu'aucune aide n'aide à rétablir la communication.

Vieillir au risque de l'indifférence sociale : la démotivation

Écartelé entre fragilité extrême et finitude tourmentée, le malade d'Alzheimer semble le moins armé pour échapper au risque majeur de toute relation d'aide en santé : celui de se voir réduit à une définition médicale, voire administrative, comme l'évoquent J. Maisondieu et, plus récemment, P. Whitehouse (10). L'évaluation neuropsychologique, application de l'*evidence-based medicine*, a du sens pour le médecin, mais en a-t-elle pour le malade ou le patient âgé ? Ainsi, la double peine d'une solitude subie avant la maladie, puis subie du fait de la maladie, n'est pas a priori considérée comme un fardeau subjectif, ce d'autant que : "notre société cultive l'illusion inverse – qu'il faut parvenir à rester jeune pour repousser la mort. Et c'est comme cela que nous fabriquons des Alzheimer à la pelle" (11). Par là nous entrevoyons tant la tempête existentielle de l'individu malade que la polémique théorique des experts envahir un champ médicosocial déjà sensible, sans apercevoir que le soignant, surtout en psychiatrie du sujet âgé, devrait d'abord et avant tout travailler ses propres sentiments de solitude, de finitude et d'incertitude. "Si tu ne peux maîtriser la tempête, ajuste les voiles", dit un proverbe de marin. Si tu ne peux contrôler le poids des ans, ajuste ton réseau et accepte le fragile plaisir à vivre, pourrait-on dire, nous autres gériatres et gérontopsychiatres. Ce qu'effectivement le sujet âgé, aux prises avec une solitude mal assumée, ne peut pas réaliser, ou bien vit mal de ne pouvoir vraiment le faire. Et ce d'autant plus qu'il souffrira de l'éloignement de ses enfants, de la crainte d'être rejeté, de l'incapacité à pouvoir sortir de chez lui suite à divers handicaps, réalité souvent alliée à un faible niveau de ressources, ou bien même du fait de ne pouvoir compter sur quiconque en cas de besoin.

Parce que rien n'avait été prévu, l'été de la canicule, en 2003, a eu des conséquences terrifiantes, marquées par le désinvestissement collectif à l'égard de tous ces êtres fragiles, morts de n'avoir pas de personne ressource à proximité. Implicitement, cet épisode a posé dans la mémoire collective comme quasi équivalentes la vieillesse et la "fatale invisibilité" à laquelle colle fatalement la cruauté tranquille de l'indifférence sociale, comme s'il n'y avait pas lieu, en l'occurrence, de faire quelque deuil que ce soit. Cette canicule fut le fait d'un désinvestissement ou d'un non-investissement collectif, d'où d'ailleurs une accumulation de corps non réclamés que les pouvoirs publics ont dû stocker dans des chambres froides destinées... à la viande ! "Effrayant réel du cannibalisme négatif de ces morts sans deuils", peut ainsi remarquer P.M. Charazac (12) !

C'est, a contrario, dans un esprit de non-indifférence et d'authentique curiosité qu'une aide psychothérapeutique, au sein d'un travail plus global de secteur et de réseau, favorisera l'émergence d'objectifs, limités, certes, mais atteignables afin que les malades et leurs proches reprennent confiance en eux et progressent dans leur travail d'acceptation de la finitude et/ou de la maladie. Le travail du psychothérapeute face à l'effet du vieillissement est très concret, consistant selon H. Danion-Boileau dans "l'art d'accommoder les restes" (13). N'est-ce pas aussi l'art d'accommoder la fragilité tant cognitive que non cognitive, cette vulnérabilité bien particulière dont le philosophe Pascal David cerne la densité sémantique : "La fragilité est donc bien une vulnérabilité, non pas toutefois générale, liée à la condition humaine, mais spécifique, particulière, identifiée, voire diagnostiquée chez une personne souffreteuse. Je suis vulnérable dès ma naissance (et même ma conception), je suis fragile si telle ou telle pathologie m'affecte et constitue pour moi une menace identifiable, ou si je réunis des 'facteurs de risque'. C'est plutôt une épée de Damoclès qu'un talon d'Achille" (14).

Détresse émotionnelle mal comprise et fragilité du lien

La personne âgée risque de refouler une détresse mal comprise et mal acceptée par l'entourage, quitte à se résigner en renonçant à ses investissements, voire à développer un profil de victime. Elle attribue parfois la cause de son mal-être à son environnement humain, qu'elle suppose hostile, d'où la tentation

de le lui faire payer par de l'agressivité, ou de se taire au risque de somatiser. La forme clinique d'un trouble thymique dépend du poids de l'environnement sur la psychologie de la personne âgée, de son type de personnalité et des stratégies décisionnelles acquises au cours de sa vie. La dépression peut ainsi se colorer d'attitudes de démotivation – versant conatif –, d'attitudes agressives – versant hostile –, ou même prendre une allure bruyante sur le plan somatique – versant masqué. La dépression du sujet âgé peut également évoluer à l'abri d'une maladie organique ou d'une perte d'activités, égarant alors souvent le diagnostic médical, peu habitué à remarquer la forme conative de l'état dépressif tardif autrement qu'à travers le prisme d'une incapacité neurologique, d'une apraxie démentielle, etc. La présentation somatique combine souvent une demande d'aide et le rejet paradoxal de cette même aide, dans une attitude des plus ambivalentes. Le rejet est susceptible, si l'ambivalence n'est pas élaborée, de précipiter la régression (régression à un stade préambivalent). Il peut être partagé par les soignants eux-mêmes qui, de leur côté, vivent aussi quelquefois douloureusement l'assomption de la vieillesse. C'est ainsi que, comme le remarque J. Pellerin, si une personne âgée de moins de 75 ans trouve encore à peu près "facilement" quelqu'un qui écoute ses affects dépressifs, les mêmes affects, passé cet âge, sont le plus souvent considérés comme la conséquence globale d'un état général dont on estime que la prise en charge revient à la traditionnelle attitude médicalisante protectionniste, avec ou sans focus gériatrique (15). Cette pente vers une régression infantilissante est accentuée lors des "désarrois extrêmes", pendant lesquels un malade désorienté, éminemment fragile

au niveau cognitif, voire dément, peut se sentir réduit à incarner cet "objet sous la main d'autrui", soit une chose, parce que lui manque surtout le lien de réassurance soignante que seul assure un regard soucieux, celui du *care*, venant, sur un plan plus profond, faire écho au besoin toujours vivant du "mamelon visuel" (16) chez ce qui demeure du petit d'homme en chaque homme. D'ailleurs, les échecs d'apprentissage répétitifs ne font-ils pas dire aux professionnels de l'accompagnement que, dans certains cas, "mieux vaut être dément et grabataire que déambulant"? Ainsi, M. Personne et R. Vercauteren donnent l'exemple de "la télévision le matin pendant la toilette": "la personne malade est oubliée parce que l'agent regarde une émission de télé pendant ce temps". Les auteurs remarquent, au passage, que les professionnels sont dans ce cas eux-mêmes désorientés face à l'ampleur de leur responsabilité devant un sujet fragile, évitant de le regarder pour mieux fuir leur angoisse (17).

Conclusion

Dans le champ de la maladie d'Alzheimer, de la fragilité tant cognitive que non cognitive, n'y aurait-il pas d'abord lieu d'investir dans la prévention de la solitude du sujet âgé, plutôt que de nourrir constamment le cimetière de molécules à visée curative? N'est-ce pas aussi une situation concrète qui pourrait susciter l'indignation? "Aux jeunes, je dis: regardez autour de vous, vous y trouverez les thèmes qui justifient votre indignation [...]. Vous trouverez des situations concrètes qui vous amènent à donner cours à une action citoyenne forte. Cherchez et vous trouverez!" (5).

Annoncez vous!

Une deuxième insertion gratuite pour les abonnés

Contactez Valérie Glatin au 01 46 67 62 77 ou faites parvenir votre annonce par mail à vglatin@edimark.fr

Références bibliographiques

- Blond J, Diter L, Molina L, Ploton L. La prise en charge des personnes âgées par le secteur psychiatrique. *Gérontologie et Société* 1999;80(11):167-81.
- Foucault M. Histoire de la folie à l'âge classique. Paris: Gallimard, 1972.
- Comte-Sponville A. Dictionnaire philosophique. Paris: PUF, 2001.
- Rouet A. Au plaisir de croire. Montréal: Anne Sigier, 2002.
- Hessel S. Indignez-vous, 2011. Montpellier: Indigènes éditions, 2011.
- Grant L. Effects of ageism on individual and health care providers' responses to healthy aging. *Health Soc Work* 1996;21:9-15.

- Foucart J. La vieillesse: une construction sociale. *Pensée plurielle* 2003;2(6):7-18.
- Siméone I. Le couple âgé et le vieillissement. *Actualités psychiatriques* 1986;16(3):18-24.
- Wilson R, Mendes de Leon C, Aggarwal N. Proneness to psychological distress and risk of Alzheimer disease in a biracial community. *Arch Gen Psychiatry* 2007;64(2):234-40.
- Whitehouse P, Georges D. Le mythe de la maladie d'Alzheimer. Marseille: Solal, 2009.
- Maisondieu J. La signification de l'altération des facultés cognitives dans les syndromes démentiels: conséquence d'un processus organique et/ou symptôme d'un mécanisme

de défense psychique, comment faire la part des choses? *Annales Médico-Psychologiques* 2009;167:206-89.

- Charazac PM. La crise de la vieillesse. Paris: Dunod, 2005.
- Danon-Boileau H. De la vieillesse à la mort, point de vue d'un usager. Paris: Calmann-Lévy, 2000:155-6.
- David P, Gentric A. Remarques sur le concept gériatrique de fragilité. *Ger Psychol Neuropsychiatr Vieil* 2011;9(1):7-10.
- Pellerin J. Le vieillard déprimé: entre travail de deuil et tentation de l'abandon. *Encephale* 2008;34(Suppl. 2):S89-S94.
- Houzel D. L'Aube de la vie psychique. Paris: ESF, 2002.
- Personne M, Vercauteren R. Accompagner les personnes âgées fragiles. Toulouse: Érès, 2009.