



Psychologie clinique du vieillessement normal et pathologique

Jean-Marc Talpin
Céline Racin

3^e édition actualisée et augmentée

DUNOD

La précédente édition de cet ouvrage est parue en 2017 sous la marque Armand Colin.

Conception de couverture : Le Petit Atelier

NOUS NOUS ENGAGEONS EN FAVEUR DE L'ENVIRONNEMENT :



Nos livres sont imprimés sur des papiers certifiés pour réduire notre impact sur l'environnement.



Le format de nos ouvrages est pensé afin d'optimiser l'utilisation du papier.



Depuis plus de 30 ans, nous imprimons 70 % de nos livres en France et 25 % en Europe et nous mettons tout en œuvre pour augmenter cet engagement auprès des imprimeurs français.



Nous limitons l'utilisation du plastique sur nos ouvrages (film sur les couvertures et les livres).

© Dunod, 2023 pour la présente édition

© Armand Colin, 2013, 2017

11 rue Paul Bert, 92240 Malakoff

ISBN : 978-2-10-084314-5

À toutes les personnes âgées rencontrées,
dans un cadre ou dans un autre,
aux étudiants avec lesquels nous partageons

Table des matières

<i>Introduction</i>	9
PARTIE 1 – LE VIEILLISSEMENT ET SES PROCESSUS	17
CHAPITRE 1 – LA VIEILLESSE : HISTOIRE, REPRÉSENTATIONS SOCIALES ET ANGOISSES	19
1. Un regard ethnologique sur la vieillesse.....	21
2. Historique de la vieillesse.....	24
3. Représentations sociales : entre angoisses et défenses.....	26
CHAPITRE 2 – QUELS PARADIGMES PSYCHANALYTIQUES POUR PENSER LE VIEILLISSEMENT ?	31
1. S. Freud et la mise à distance.....	33
2. C. Balier et le narcissisme.....	36
3. P.-L. Assoun et J. Bergeret : les devenirs de la libido.....	38
4. H. Bianchi : entre sujet et structure, qu'est-ce qui vieillit ?.....	40
5. J. Messy et la question de la « personne âgée ».....	42
6. M. Péruchon et G. Le Gouès : le vieillissement entre démence et sublimation.....	44
7. H. Bianchi et D. Quinodoz : le travail du vieillir.....	45
8. Perspectives contemporaines : actualité(s) de la névrose.....	48
9. Le vieillissement et le paradigme démentiel.....	50
CHAPITRE 3 – LE VIEILLISSEMENT, ENTRE CRISES ET PROCESSUS TOUT AU LONG DE LA VIE	53
1. Une conception en termes de crise et d'équilibre : E. Erikson.....	55
2. La crise du milieu de la vie.....	57
3. La ménopause et le différentiel sexuel.....	60
4. Crise et travail du vieillir.....	62
CHAPITRE 4 – ORGANISATEURS ET DÉSORGANISATEURS DU VIEILLISSEMENT	65
1. Le vieillissement du corps : image du corps et corps vécu. De la ride à la chute.....	67
1.1 Le vieillissement corporel visible.....	69
1.2 Le vieillissement corporel vécu.....	69
1.3 Corps vieillissant et corps érotique.....	71

2. Le vieillissement social : perte ou changement de statut ?	72
3. Vieillesse psychique : identifications tardives, Idéal du Moi, pertes et deuil.....	77
4. Vieillesse et famille (conjoint, enfants) : la question de la dépendance.....	80
5. Vieillesse et mort	84
PARTIE 2 – LA DÉPENDANCE SAISIE PAR LA PSYCHANALYSE.....	87
CHAPITRE 5 – DE LA NAISSANCE À LA MORT, PSYCHÉ EST DÉPENDANTE, N’EN SAIT RIEN.....	91
CHAPITRE 6 – LA DÉPENDANCE DANS L’AUTONOMIE	99
CHAPITRE 7 – APRÈS-COUP, LA DÉPENDANCE.....	107
CHAPITRE 8 – DÉPENDANCE ET INSTITUTIONNALISATION DES DISPOSITIFS DE SOINS DE LONGUE DURÉE.....	113
PARTIE 3 – PSYCHOPATHOLOGIE DANS LE VIEILLISSEMENT.....	121
CHAPITRE 9 – DIMENSION SOMATIQUE.....	129
1. Corps impotent et troubles psychiques.....	131
2. Décompensations somatiques	137
3. Vieillesse et maladie ou la solution hypocondriaque	142
CHAPITRE 10 – PATHOLOGIES DÉPRESSIVES ET PERTES	153
1. Les troubles dépressifs tardifs : classification et identification.....	156
2. Pertes et dépression	158
2.1 Pertes d'objets d'amour, deuil et dépression.....	158
2.2 Pertes de parties de soi, deuil et dépression	161
2.3 Perte du domicile et nouveau lieu de vie	165
3. Mélancolie, syndrome de glissement et suicide	168
CHAPITRE 11 – TROUBLES D’ALLURE PSYCHOTIQUE D’APPARITION TARDIVE.....	173
1. Délire et hallucination	175
2. Troubles persécutatoires.....	179
3. Confusions.....	181
CHAPITRE 12 – LES DÉMENCES.....	183
1. Classification et signes cliniques.....	185
2. Psychodynamique et métapsychologie des démences.....	193

CHAPITRE 13 – LE DEVENIR DANS LA VIEILLESSE DES PSYCHOPATHOLOGIES APPARUES DURANT L’ENFANCE OU L’ÂGE ADULTE.....	203
PARTIE 4 – CLINIQUE DE L’ÂGÉ EN INSTITUTION.....	209
CHAPITRE 14 – LES DIFFÉRENTS CADRES INSTITUTIONNELS.....	213
CHAPITRE 15 – INSTITUTION ET ÉQUIPES SOIGNANTES : ENTRE SOUFFRANCE ET ÉLABORATION.....	227
<i>En ouverture.....</i>	<i>235</i>
<i>Bibliographie.....</i>	<i>237</i>

Introduction

Jamais au cours des âges les humains n'ont vécu aussi vieux qu'en ce début de XXI^e siècle, du moins dans le monde occidental. L'espérance de vie atteint bientôt, en France, 80 ans pour les hommes quand elle dépasse les 85 pour les femmes. De plus, depuis les années 1960 elle augmente d'un trimestre par an, soit d'un an tous les quatre ans, ce qui fait se poser aux scientifiques comme aux démographes la question des limites, question que l'on retrouve sur le plan psychique comme fantasme et/ou comme angoisse. Question qui a aussi de fortes implications économiques. Cependant, en 2015 l'espérance de vie a stagné, ce qui relance la question des limites. De surcroît, l'espérance de vie en bonne santé augmente elle-même régulièrement, ce qui fait que les centenaires, d'exception, sont devenus une préoccupation sociale. En effet, on comptait 1 122 centenaires en 1970, 3 760 en 1990, 20 669 en 2016 et 29 995 en 2022¹, ce qui témoigne d'un véritable saut démographique. De tout temps, certains humains ont vécu longtemps ; la spécificité de notre société tient à la généralisation du phénomène avec les richesses que cela apporte mais aussi avec les questions que cela pose aux sciences humaines, à la médecine, à la santé publique, ainsi qu'à l'économie, qu'il s'agisse des retraites, des soins ou encore des lieux de vie lorsqu'une dépendance importante est présente.

Comme la présente édition de cet ouvrage vient alors que la pandémie du Covid sévit depuis début 2020, cette nouvelle donnée sanitaire, mais aussi politique et sociale, avec ses effets quant au vieillissement et en particulier au vieillissement en institution, seront pris en compte. Cette pandémie a alors contribué à la stagnation, voire à la régression, de l'espérance de vie et, dans un autre registre, à la crise, qui couvait depuis longtemps, des Etablissements d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes (Ehpad).

La psychologie clinique a été longue à s'intéresser au vieillissement pour plusieurs raisons. D'une part, celui-ci ayant longtemps été un phénomène quantitativement faible, et socialement peu bruyant (les vieux ne

1. Chiffres en ligne de l'INED.

revendiquaient pas), mobilisait peu. De plus, les vieux étaient largement gardés au domicile, par tradition, par amour ou par intérêt patrimonial. D'autre part, associé, voire assimilé à la fin de la vie, le vieillissement n'attirait pas car le soin n'y était guère porteur d'un avenir meilleur ; le prendre en compte conduisait à prendre le risque de rencontre avec la mort. D'ailleurs le modèle de la fin de vie et de l'accompagnement a un temps prévalu, avant que ne se constitue une véritable écoute clinique des sujets vieillissants. C'est dire que la vieillesse a été (et demeure pour partie) dévalorisée, ce qui fait que ceux qui s'en préoccupent en la théorisant et s'en occupent dans des prises en charge sont facilement assimilés à leur objet et eux-mêmes dévalorisés. Heureusement, ceci est de moins en moins vrai. Enfin, la vieillesse fait facilement peur car elle renvoie chacun à ce qui l'attend ou à ce qu'il pense qui l'attend ou, s'il est suffisamment jeune, attend ses parents : la mort certes mais aussi la déchéance, le soi-disant « retour en enfance », la démence, la dépendance... L'absence de travaux sur le vieillissement pendant longtemps (ceci ne concerne certes pas que la psychologie clinique) relève donc en partie de l'évitement, voire du déni, et de la pensée magique : ce que l'on ne voit, ce à quoi l'on ne pense pas, n'existe pas. Or nous verrons qu'une partie du problème tient à ce que ces attitudes vis-à-vis du vieillissement s'expliquent par le fait qu'elles reposent sur des représentations sociales négatives ainsi que sur des stéréotypes qui manifestent les angoisses et les défenses de la société qui les fabrique ; ces représentations et stéréotypes sont souvent ceux des professionnels, mais ils organisent aussi en partie la psyché des sujets âgés.

L'approche clinique rend nécessaire de distinguer vieillesse (comme état) et vieillissement (comme processus), et ce d'autant plus que ce processus s'étend sur plus longtemps qu'auparavant. Il y a en effet de nombreuses différences dans la dynamique psychique entre un-e jeune retraité-e et un-e nonagénaire ou centenaire.

Saint Augustin écrivait dans *Les Aveux* qu'il savait ce qu'était le temps tant que l'on ne lui demandait pas de le définir. Il en va à bien des égards de même de la vieillesse. De manière intuitive, chacun sait ce que c'est que la vieillesse, mais que l'on demande de préciser et l'on assiste généralement à des mouvements circulaires rendant impossible un arrêt sur une position claire. Deux modèles s'affrontent. D'une part, un modèle objectif : on est vieux à partir de tel âge (60, 65, 70, 80 ans, etc., il y a

sujet à débat) ou à partir de tel événement (retraite, maladie entraînant une dépendance...). D'autre part, un modèle subjectif : être vieux est un état d'esprit, il y a des jeunes qui sont déjà vieux (pantouflard...) et des vieux qui sont toujours jeunes (qui suivent en général quelques exemples de vieillesse idéalisée). Ce qui ressort du jeu entre ces deux modèles est d'une part une défiance vis-à-vis de la vieillesse, d'autre part une représentation négative qui s'exprime en creux : être vieux lorsque l'on est jeune du point de vue de l'âge attache à la vieillesse des qualificatifs peu valorisants du côté de l'habitude, du refus du changement, de la routinisation (V. Bergua et J. Bouisson), tandis que la jeunesse serait forcément synonyme de dynamisme, de changement...

S'il peut être utile d'avoir des critères d'âge pour certains types d'études, en particulier quantitatives, en psychologie clinique il est beaucoup plus utile et fécond de penser en termes de processus, donc de vieillissement, et ce d'autant plus que la définition de l'âge de la vieillesse varie en fonction de l'âge de celui qui produit cette définition. On connaît cette boutade attribuée à un universitaire : « Les étudiants sont de plus en plus jeunes ! ». Si l'écart s'accroît, c'est plutôt parce que celui du professeur augmente ! Il est aussi plus utile de penser l'âge au regard de la manière dont le sujet lui-même le vit. Avoir 80 ans, ce peut être atteindre l'âge de décès d'un père, d'une mère, ce peut être dépasser l'un ou l'autre, ce peut être se rapprocher de l'un ou l'autre, toujours en vie et se dire qu'il reste bien du temps à vivre, ce peut être changer de génération en devenant arrière-grand-parent... Ce peut être aussi dépasser, parfois de nombreuses années, l'âge de décès du ou des parents et devoir inventer comment vivre ces années sans modèle identificatoire parental.

La question de la définition se pose aussi pour le processus de vieillissement : si l'on peut dire théoriquement que l'on vieillit dès sa naissance, ce n'est pourtant pas ainsi que les représentations fonctionnent, qui distinguent grossièrement trois temps : le temps de la croissance (alors on grandit), un temps de stabilité (la maturité) et un temps de vieillissement, de post-maturité, voire, en vocabulaire médical, d'involution (tous termes péjoratifs !), une pente descendante, qui répond en miroir à une pente ascendante, après le pic de la maturité.

Nous reviendrons plus longuement dans cet ouvrage sur le processus, il serait au demeurant plus juste de parler des processus, du vieillissement

en partant de la crise du milieu de la vie. Quoi qu'il en soit, il importera de penser ce vieillissement dans sa plurifactorialité tant psychique que biologique et sociale en particulier afin de ne pas le penser uniquement par rapport à son terme, la mort, sans pour autant la dénier.

Ainsi, qu'il s'agisse du vieillissement ou de la vieillesse, c'est la crainte qu'ils suscitent, les angoisses qu'ils cristallisent, les deuils douloureux ou non faits qu'ils convoquent, qui expliquent la difficulté, les résistances à en faire un objet pour la pensée et la pratique clinique. En psychologie, les masters (ou leurs ancêtres les DESS) consacrés au vieillissement sont apparus dans les années 1980-1990. Heureusement, depuis, ils se sont développés, et ceci dans différentes orientations (clinique, sociale, cognitive, développementale, neuropsychologique).

Pour poursuivre dans cette dimension terminologique, révélatrice de bien des enjeux quant au vieillissement, et avant de présenter le plan et les articulations adoptés dans l'ouvrage, il est nécessaire de s'arrêter sur la question de la dénomination tant des âgés que de la discipline. Cette question ouvre à celle des représentations de la vieillesse qui sera développée ultérieurement. Le mouvement global est celui d'une certaine aseptisation du langage. Lorsque, dans les cours, nous parlons des « vieux », il y a toujours un(e) étudiant(e) pour dire sa surprise, le plus souvent choquée. Or ce terme n'est pas *a priori* péjoratif, mais à l'évidence il en porte maintenant la connotation. Le terme « personne âgée » a longtemps semblé plus respectueux mais J. Messy, dans *La personne âgée n'existe pas*, construit sur le modèle lacanien de « La femme n'existe pas », a ouvert une brèche en attirant l'attention sur le risque qu'il y a à réduire une personne (terme lui-même ambigu) à son âge. Dès lors, « sujet âgé » permet d'insister sur le fait qu'il s'agit bien du rapport subjectif de chacun à son vieillissement. Mais ce terme pose aussi d'autres questions : le sujet vieillit-il ? Qu'est-ce qui, d'un sujet, vieillit (question introduite par H. Bianchi) ? Alors, troisième, quatrième, cinquième âge ? Senior (terme qui, en sport, désigne les adultes) ? Il est frappant de constater la multiplication des désignations, que nous comprenons comme une fuite car, quoi qu'il en soit, chacun de ces termes assigne en fonction de la variable de l'âge auquel chacun tente plus ou moins de se dérober : on accepte d'autant plus son âge qu'on ne le fait pas, fût-ce au prix du « jeunisme », du déni, de la fuite en avant de la défense maniaque, de la chirurgie esthétique qui repose sur le leurre (nourri

de pensée magique, J.-M. Talpin, 2014) que l'effacement des signes du vieillissement vaut pour disparition du vieillissement lui-même. Nous verrons que cela évolue avec la réalité du vieillissement tant physique que psychique de chaque sujet.

La discipline qui s'intéresse à la vieillesse a d'abord été médicale : il s'agit de la gériatrie dont l'inventeur ne fut autre que J.-M. Charcot, celui-là même qui étudia l'hystérie et accueillit S. Freud à Paris¹. Avec lui se construisit l'idée d'une médecine spécifique aux sujets âgés grâce à une observation médicale précise. Puis vint la gérontologie qui s'intéresse, elle, au vieillissement normal, et, dans le champ qui nous intéresse plus particulièrement ici, la psychogériatrie et la gérontopsychiatrie. Si la lutte entre ces dernières relève de l'histoire des années 1970-1980, la distinction entre les deux termes est intéressante : le premier renvoie à toute la dimension psychologique présente dans le vieillissement et s'intègre dans la perspective d'une approche globale du sujet, le second relève d'une spécialisation de la psychiatrie pour le sujet âgé, de même qu'il existe une pédopsychiatrie. La psychogériatrie a été particulièrement soutenue et développée par J.-M. Léger, à Limoges ; la gérontopsychiatrie s'inscrit davantage dans la perspective ouverte en particulier par C. Balier et G. Dedieu-Anglade.

Pour notre part, nous inscrivons cet ouvrage dans une psychologie clinique du vieillissement, souhaitant mettre en avant la méthode et le corpus théoriques de la psychologie clinique référée à la psychanalyse, ce qui permet aussi de penser en termes de processus, de continuité et de rupture la clinique aux différents âges de la vie.

Un dernier point avant de présenter le plan de cet ouvrage : nous verrons bientôt que les théories cliniques du vieillissement sont diverses, de même que les représentations. Ceci tient largement, en faisant une lecture clinique des théorisations elles-mêmes, au fait que chacun théorise d'une part en fonction de ses propres pratiques professionnelles, du « type » d'âge rencontré, du cadre..., d'autre part en fonction de sa propre problématique psychique à l'égard du vieillissement (le sien, celui des parents...), ce qui est parfois assez transparent. Autrement dit, penser

.....
1. Cf. l'ouvrage d'A. Allouch (1992).

le vieillissement implique un travail de reprise du transfert du clinicien-théoricien sur l'objet vieillissement et/ou vieillesse. Les auteurs de cet ouvrage n'ont ni le même âge, de ce fait pas la même durée d'expérience dans la clinique du vieillissement et de ses institutions, ni les mêmes lieux de pratique. Alors que C. Racin fréquente les services de gériatrie (SSR et USLD) et les Ehpad depuis les années 2010, J.-M. Talpin a commencé à travailler en psychiatrie et gérontopsychiatrie en 1980.

La première partie de cet ouvrage sera consacrée au vieillissement dit normal, c'est-à-dire en dehors des psychopathologies avérées. Dans un premier chapitre, le vieillissement et la vieillesse sont abordés dans une perspective historique, ethnologique et sociale, articulée aux enjeux psychiques. En effet, ainsi que le souligne S. Freud, toute psychologie est d'abord une psychologie sociale : on ne peut comprendre le sujet singulier « en soi », en faisant abstraction du monde dans lequel il vit, auquel il est psychiquement appareillé. Cet arrière-fond posé, nous dégagerons les différents paradigmes retenus par les cliniciens qui se sont penchés sur la question du vieillissement. Ceci pose le contexte et les outils conceptuels avec lesquels nous penserons le vieillissement en tant que dynamique entre crises et processus tout au long de la vie (chapitre 3). Le quatrième chapitre développe cette dynamique à partir des différents organisateurs du vieillissement : le corps, le social, les identifications et les idéaux mais aussi la dimension familiale et générationnelle et, enfin, la perspective de la mort.

Dans la deuxième partie seront développées les questions liées à la dépendance (chapitre 5) et à l'autonomie (chapitre 6), dans leurs définitions comme dans les enjeux cliniques qui leur sont liés, en ressaisissant la dépendance dans la perspective temporelle particulière de l'*après-coup* ouverte par la psychanalyse (chapitre 7) et dans la rencontre avec les problématiques d'institutionnalisation (chapitre 8).

La troisième partie s'intéressera aux psychopathologies et aux modalités de prise en charge. En effet, les différents éléments posés et discutés précédemment seront mis à l'œuvre pour aborder les psychopathologies, d'abord celles qui apparaissent au cours du vieillissement, ensuite celles qui sont apparues dans l'enfance ou dans l'âge adulte, afin de voir et de comprendre ce que les sujets deviennent, comment ils se réorganisent psychiquement. Le premier chapitre de cette troisième partie (chapitre 9)

traite des pathologies liées au corps, qu'il s'agisse de décompensations somatiques et de leurs effets ou de manifestations hypocondriaques. Le chapitre suivant (chapitre 10) aborde l'un des enjeux majeurs des psychopathologies du vieillissement : les dépressions en lien avec la question des pertes (d'objets humains, de cadres sociaux ou locaux tel l'appartement) mais aussi du suicide, de la mélancolie et de cette forme spécifique au vieillissement qu'est le syndrome de glissement. Les troubles d'allure psychotique (manière de ne pas trancher trop rapidement la complexe question de la structure, qui fera l'objet d'une réflexion spécifique) d'apparition tardive sont abordés dans le chapitre 11, en prenant en compte la question des confusions qui ouvrira sur le chapitre consacré aux démences. Dans le chapitre 12, les démences, concept actuellement un peu fourre-tout de la psychopathologie du vieillissement, font l'objet d'un travail de définition puis d'un bref tour des hypothèses étiologiques, avant un approfondissement du sens de leurs symptomatologies. Enfin, le devenir des sujets ayant décompensé psychiquement avant la vieillesse est développé dans un chapitre spécifique (chapitre 13), avant une ouverture sur les prises en charge individuelles, groupales et institutionnelles¹. Des éléments relatifs à la prise en charge clinique, au suivi psychothérapeutique, seront présentés au fur et à mesure des différentes problématiques et modalités psychopathologiques.

La quatrième partie spécifiera la clinique de la vieillesse en institution en développant, dans un premier chapitre, les différents cadres institutionnels (chapitre 14), dans un second la dimension groupale (chapitre 15), pour ouvrir enfin sur les enjeux provoqués et/ou révélés par la crise sanitaire du Covid et les mesures sanitaires afférentes, à commencer par les mesures de confinement.

.....
 1. Pour un travail plus développé sur ces questions, nous renvoyons au collectif dirigé par B. Verdon (2012), *Cliniques du sujet âgé : pratiques psychologiques*, Armand Colin.

