



HAL
open science

La chute chez le sujet âgé : de l'impact psychologique au travail psychique

G. Navarro Ocampo, Vincent Bréjard, Agnès Bonnet-Suard

► **To cite this version:**

G. Navarro Ocampo, Vincent Bréjard, Agnès Bonnet-Suard. La chute chez le sujet âgé : de l'impact psychologique au travail psychique. NPG: Neurologie - Psychiatrie - Gériatrie, 2017, 17 (97), pp.42-50. 10.1016/j.npg.2016.02.003 . hal-02087544

HAL Id: hal-02087544

<https://hal-amu.archives-ouvertes.fr/hal-02087544>

Submitted on 2 Apr 2019

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.



ELSEVIER

Disponible en ligne sur

ScienceDirect
www.sciencedirect.com

Elsevier Masson France

EM|consulte
www.em-consulte.com



PRATIQUE PSYCHOLOGIQUE

La chute chez le sujet âgé : de l'impact psychologique au travail psychique

Falls among the elderly: From psychological impact to psychic work

G. Navarro Ocampo^{a,*}, V. Bréjard^a, A. Bonnet^b

^a LPCLS EA 3278, Aix-Marseille université, 29, avenue Robert-Schuman, 13621 Aix-en-Provence cedex 1, France

^b Université Lyon 2, 5, avenue Pierre-Mendès, 69676 Bron, France

MOTS CLÉS

Sujet âgé ;
Chute ;
Souffrance ;
Travail psychique

Résumé La chute chez la personne âgée est un événement fréquent considéré comme un problème de santé publique. Elle a des conséquences à court et/ou à long terme sur l'intégrité physique et psychique du sujet âgé et elle est liée à plusieurs facteurs intrinsèques et extrinsèques. L'expérience de la chute entraîne une douleur corporelle, mais aussi une douleur psychique, une souffrance. L'impact psychologique de la chute met en jeu différents éléments tels que : la confrontation à la castration, l'atteinte narcissique et objectale, associées à l'évocation et l'élaboration de la perte, conduisant ou non au « travail de deuil ». En cas d'échec de ce dernier, elle peut s'inscrire comme un événement traumatique pour le sujet âgé. Aussi, l'élaboration psychique et la question du sens sont mises en jeu. À travers des vignettes cliniques tirées de trois rencontres avec des personnes âgées résidant dans un établissement médico-social (EHPAD), nous tenterons de montrer l'impact psychologique de la chute et proposerons des hypothèses sur les processus psychiques en jeu.

© 2016 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

KEYWORDS

Elderly;
Fall;
Suffering;
Psychic work

Summary Falls among elderly people are common events that are considered as a public health problem. Falls are linked to several intrinsic and extrinsic factors and have consequences in the short and/or long term on the physical and psychological integrity of elderly individuals. The experience of a fall causes bodily pain, but also mental pain and distress. The psychological impact of a fall brings different elements into play, such as castration anxiety, and narcissistic

* Auteur correspondant.

Adresse e-mail : navarro.gabriela85@yahoo.com.mx (G. Navarro Ocampo).

and objectal injury associated with the evocation and elaboration of a loss, which may or may not lead on to a phase of mourning. Should the mourning process fail to occur, a fall can register as a traumatic event for the elderly person. This requires psychic elaboration and an approach to the issues of meaning. Using clinical examples from three encounters with elderly residents in a nursing home, we will try to show the psychological impact of a fall, and we will propose hypotheses on the psychological processes involved.

© 2016 Elsevier Masson SAS. All rights reserved.

La chute chez la personne âgée est un événement considéré comme un problème de santé publique (550 000/an en France); elle est une des causes les plus fréquentes d'hospitalisation en urgence pour accident de la vie courante (AcVC). Or, les chutes chez les sujets âgés de 65 ans et plus ont d'importantes conséquences sur le plan physiologique, psychologique et social. Ces conséquences, à court et/ou à long terme ont des effets significatifs sur «l'équilibre psychique» et «le bien-être» de la personne vieillissante [1]. Sur le plan psychologique, la chute est un événement imprévisible qui vient bouleverser l'organisation psychique du sujet âgé, occasionnant, généralement, des difficultés pour «se relever» tant au niveau physique que psychologique. Analyser l'impact psychologique de la chute chez la personne âgée apparaît une nécessité afin de mieux comprendre les réaménagements psychiques induits par celle-ci et être à même d'en prévenir les potentiels effets négatifs.

Dans un premier temps, nous définirons ce qu'est la chute et ce qu'elle recouvre d'un point de vue symbolique, ainsi que les facteurs de risque. Ensuite, à partir de trois vignettes cliniques, nous tenterons de montrer que la chute est une expérience particulière sur le plan psychologique pour le sujet âgé. Pour cela, nous décrirons différents processus psychiques mis en jeu, ainsi que des éléments d'accompagnement psychologique et de soutien de la personne âgée après la chute.

Définition et étiologie de la chute

D'un point de vue strictement moteur et physique, le rapport de la Haute Autorité de santé (HAS) définit la chute «comme le fait de se retrouver involontairement au sol ou dans une position inférieure par rapport à sa position de départ» [2]. Quel que soit le type de chute (mécanique, par malaise ou spontanée) chez la personne âgée, «le caractère répétitif des chutes est considéré à partir du moment où la personne a fait au moins deux chutes sur une période de 12 mois» [3].

Du fait de l'accroissement de la population âgée, le nombre de personnes qui chutent augmente statistiquement, et il existe une relation positive entre l'âge et le risque de chute, la moitié des chutes survenant après 85 ans. Selon une enquête réalisée en France sur les AcVC, les chutes représentent «84% des mécanismes à l'origine d'un

AcVC chez les 65 ans et plus. Le taux d'incidence des chutes accidentelles avec recours aux urgences est de 4,5 pour 100 personnes, 3 pour 100 hommes et 5,6 pour 100 femmes» [4].

Par ailleurs, les chutes sont une des causes les plus fréquentes d'entrée en SSR, en USLD et en EHPAD. En effet, 40% des personnes âgées sont institutionnalisées suite à une hospitalisation pour chute [5].

En institution, le nombre de chutes est encore plus élevé qu'en milieu communautaire, avec une incidence supérieure à 60%. Cette incidence est due au grand nombre de personnes atteintes de démences et de troubles cognitifs en milieu institutionnel qui sont l'un des facteurs de risque de chute. D'autre part, des études antérieures montrent que le risque de chute est multiplié par vingt lorsque le sujet a chuté une première fois [6], et que le fait de passer plus d'une heure au sol en cas d'incapacité à se relever (cas par exemple d'une personne vivant seule) augmente considérablement le risque de conséquences psychopathologiques [7].

Significations et sens de la chute

Étymologiquement, le mot «chute» vient de l'ancien français «cheute», action de choir; mouvement de ce qui tombe; disgrâce, ruine, mauvais succès. C'est l'action de tomber, de perdre l'équilibre, d'être entraîné vers le sol. Le mot «chute» a aussi d'autres significations: tomber plus bas, baisser, diminuer de valeur, ou encore, faute qui fait passer dans un état de déchéance (état de dégradation physique; décrépitude).

Par ailleurs, une «chute» renvoie aussi à la partie restante de la séparation d'un tout, ou encore la partie finale de quelque chose avec ou sans déclin. Dans le cas de la chute du sujet âgé ces différentes significations apparaissent particulièrement représentatives. Il y a donc là l'idée de quelque chose qui s'est cassé, d'une rupture, qui n'est pas sans évoquer une rupture équivalente dans l'histoire du sujet.

Plus avant, la chute a un statut spécifique dans l'économie psychique, ce dont témoigne son synonyme «tomber» avec le radical «tombe», repris par Messy [8] avec sa métaphore «de la chute à la tombe». Si la chute est présente tout au long de la vie, la proximité de la mort lui confère un sens particulier chez la personne âgée. Elle représente ainsi l'entrée dans la dernière étape de la vie,

bien moins accident qu'événement psychique prenant sens de la proximité temporelle de la mort [9].

Enfin, la chute peut prendre un sens particulier pour le sujet : chute « appel » par laquelle la personne âgée est à la recherche (consciente ou inconsciente) de bénéfices secondaires, chute « suicide » qui se manifeste chez des personnes vieillissantes fatiguées et présentant des maladies lourdes, chute « symbolique » qui devient un signifiant dans le sens où elle traduit l'inconscient du sujet, chute « symptôme » qui fait rupture dans l'identité déjà fragilisée du sujet âgé. Enfin, chute « signal » caractérisée par une défaillance de représentation, et/ou une dépendance psychique. Comme le souligne Jossierand [9], « la chute ne provoque pas la dépendance, elle en est la conséquence ou la révélation ». Elle fait signe, révèle, annonce. En effet, ces différentes chutes révèlent un non-dit et peuvent représenter un analogon d'acte manqué ou de passage à l'acte. Les chutes impliquent l'activation de matériel psychique qui se trouve associé inconsciemment à la chute, comme par exemple, une souffrance, un mal-être dans un contexte de rupture ou d'abandon, réel ou ressenti, par l'entourage, ou encore une volonté de mourir sous-jacente [10].

Ces significations de la chute pour le sujet âgé renvoient à la fragilité, l'impuissance et la proximité de la mort. Elles apportent une première série d'éclairages possibles sur le sens de la chute, notamment chez la personne âgée.

Facteurs de risques et causes de la chute

Les chutes sont rarement liées à une seule cause, et découlent de plusieurs facteurs intrinsèques (liés à la personne) et extrinsèques (liés à l'environnement). L'essentiel des travaux sur les facteurs de risques porte sur les déterminants physiologiques, moteurs, ou cognitifs (déficits), avec plus de 400 facteurs impliqués [6]. Les principaux sont les antécédents de chute, l'âge supérieur à 85 ans, la marche instable et le déclin cognitif. Ces facteurs sont directement liés au vieillissement.

D'autres pathologies peuvent conduire la personne âgée à chuter. Les principales concernent les troubles cardiovasculaires et les pathologies ostéo-articulaires. Des facteurs médicaux comme l'anémie, la dénutrition, des problèmes visuels ou auditifs sont également impliqués. En outre, l'incidence de facteurs iatrogènes (polymédication), et la prise de psychotropes et d'antidépresseurs ont pu être évoquées [5]. Toutefois, peu d'études se sont intéressées aux facteurs psychologiques impliqués ; l'un des plus significatifs est la peur de tomber, qui augmenterait le risque de chute. Il s'agit d'une appréhension face à la possibilité de chuter, apparaissant le plus souvent après une première chute, même si l'antécédent n'est pas une condition indispensable.

La chute chez la personne âgée est un phénomène complexe amenant à dépasser les aspects physiques, physiologiques et cognitifs, pour prendre en compte l'expérience subjective et l'histoire. Elle survient à un moment particulier de la vie du sujet, qui ne saurait s'y réduire. Pour le clinicien, il est essentiel de considérer, au-delà de l'événement, la manière dont le sujet pourra ou non en faire histoire, afin qu'en cas d'échec du travail psychique nécessaire à l'élaboration de l'événement, l'intervention psychologique puisse en favoriser la reprise. C'est

pourquoi préalablement à cette étape, il s'agit d'analyser et de prendre en compte les effets subjectifs de la chute.

Conséquences psychologiques de la chute

Comme le montre la littérature [6], les conséquences physiques de la chute sont celles sur lesquelles ont porté l'essentiel des recherches antérieures, car elles constituent le motif le plus courant de la consultation médicale, voire de l'hospitalisation. Cependant, passée l'urgence médicale, s'installe fréquemment un état de souffrance psychologique mal connu, dont les conséquences sont multiples et influencent clairement la vie des personnes âgées.

La chute comme traumatisme : de l'impact physique à l'impact psychique

L'expérience de la chute implique fréquemment un caractère traumatique en tant qu'événement imprévisible associé à une grande charge émotionnelle. La personne vit une expérience douloureuse qui menace son intégrité physique et psychique. Cette expérience peut être plus ou moins intense selon la personne concernée.

En psychopathologie, le traumatisme est un débordement et une irruption dans la vie d'un individu d'un événement à grande charge émotionnelle. En raison de la brutalité et de l'effet de surprise de l'événement traumatique, un anéantissement des moyens de défense habituels survient face à une éventuelle déstabilisation émotionnelle [11]. Selon Charazac [12] « le traumatisme se définit cliniquement comme un événement imprévu qui déclenche un afflux d'angoisse accompagnée d'une sensation de mort imminente ».

Les théories du traumatisme chez Freud ont évolué au fil de son œuvre. En 1897, il considère que les traumatismes sont liés aux fantasmes inconscients, de l'ordre de la séduction et du sexuel. Quelques années après, en 1920 dans « Au-delà du principe de plaisir », Freud [13] avance que le traumatisme est plutôt lié à un défaut du pare-excitation. Autrement dit, lorsque les excitations extérieures sont assez fortes et font « effraction » dans le psychisme, elles deviendront traumatiques. Ce tableau clinique est la névrose traumatique et se caractérise par la compulsion de répétition. Plus tard, en 1926, dans « Inhibition, symptôme et angoisse » [14], il associera le traumatisme à la perte d'objet. Enfin, en 1939 dans « L'Homme Moïse » Freud [15] envisage le traumatisme comme lié à une blessure narcissique.

Pour Lacan, le trauma serait « une rencontre "non manquée" avec le réel sans que le système signifiant n'ait eu le temps de se mettre en place » [16]. Ainsi, le réel traumatique est ce qui n'est pas possible à dire, ce qui ne peut pas être représenté, symbolisé, ce qui fait « trou » dans le signifiant. Lorsqu'un événement devient traumatique, un « réel » non symbolisé auquel il ne peut donner sens s'impose au sujet. L'accent est mis sur la question de l'élaboration psychique et du sens dont la mise en jeu en cas de succès permet à la personne de poursuivre favorablement une dynamique d'existence.

La spécificité de l'approche psychanalytique du traumatisme est de distinguer de manière claire le niveau de l'événement « de la réalité » de son traitement psychique. L'aspect strictement individuel de la reprise subjective – ou de ses échecs, achoppements éventuels – est ce qui constituera ou non le traumatisme, conséquence psychique de l'événement. Ainsi, la perte d'un animal familier amènera l'appareil psychique à réaliser un travail de deuil, ou au contraire, à l'impossibilité de l'élaborer faisant alors traumatisme, voire trauma dans le cas d'un vécu réactualisant l'*Hilflosigkeit* (détresse face au trop plein de tension psychique) de l'infans.

Chez les aînés, le caractère traumatique de la chute est plutôt associé à une menace de castration, à une blessure narcissique et à une rupture dans l'histoire du sujet [17]. En effet, la personne âgée est confrontée à un moment d'insécurité qui peut déclencher une perte de confiance en soi et un sentiment de dévalorisation touchant l'estime de soi. La chute peut entraîner la perte de fonction, qui correspond à l'accroissement de l'écart entre les désirs du sujet et les moyens dont il dispose pour les réaliser [18]. Le choc émotionnel lié à cet événement douloureux qu'est la chute crée une séparation, une rupture dans la continuité de son existence, de son histoire.

L'expérience de la chute entraîne ainsi une douleur corporelle, mais aussi une douleur psychique, dont l'élaboration en souffrance constitue un enjeu majeur du travail que doit réaliser l'appareil psychique dans la temporalité qui lui est propre [19]. Elle implique un impact physique, direct et inattendu entre le sol et le corps, et déclenche une émotion vive et soudaine. Cet impact physique et corporel vient alors effracter le psychisme en résonnant tout autant à l'extérieur qu'à l'intérieur de l'individu.

Au-delà de la perte d'équilibre et de l'intégrité physique, la chute intensifie les changements psychologiques liés à l'âge tels que : le sentiment d'angoisse, d'abandon et de solitude, le bouleversement narcissique et l'image du corps endommagée [2].

Objectifs de l'étude

Devant le faible nombre de travaux sur les conséquences psychologiques de la chute chez le sujet âgé, il apparaît nécessaire de porter une attention particulière à l'expérience subjective post-chute, ainsi qu'aux remaniements psychiques qui s'y associent. Afin de proposer un éclairage psychopathologique des processus à l'œuvre chez le sujet âgé ayant chuté, nous proposerons une perspective centrée autour de deux hypothèses. Dans la première, nous soutenons que la chute est une expérience traumatique impliquant une confrontation à la castration, une atteinte narcissique et une rupture de l'histoire du sujet. Dans la seconde, nous considérons que la chute est une expérience de perte réelle mais aussi symbolique, mettant en demeure l'appareil psychique de s'engager dans un travail psychique, « travail de la chute ». Ce travail psychique s'apparente par certains aspects à celui de la maladie décrit par Pedinielli [20] à propos des patients somatiques, toutefois il s'en distingue par la difficulté systématique à réinvestir le futur,

propre à des sujets pour qui la mort constitue la logique chronologique.

Méthodologie

Nous proposerons, à travers les éléments clés de trois rencontres avec des personnes résidant dans un établissement médico-social (EHPAD), des vignettes cliniques sur l'impact psychologique de la chute chez le sujet âgé. Il s'agit de Mme A., Mme R., et Mme V., femmes entre 85 et 90 ans, valides et semi-valides, étant tombées au moins une fois par chutes mécaniques ou par malaise. À travers le discours représentatif et riche en contenu de ces trois personnes, nous pourrions repérer le vécu particulier qu'implique l'expérience de la chute.

Mme A.

Mme A., âgée de 90 ans, est veuve et a un enfant. C'est une femme autonome pour la plupart des activités de la vie quotidienne, qui marche avec l'aide d'une canne. Son sens de l'humour lui permet de s'intégrer au sein de l'établissement, où elle est arrivée depuis environ deux mois. Suite à deux chutes répétées dans sa chambre, elle présente une asthénie persistante, est très algique, ayant des douleurs au niveau du dos.

Mme R.

Mme R., âgée de 90 ans, veuve, a une fille et deux garçons (dont un est décédé), est une femme autonome, qui réalise par elle-même tous les actes de la vie quotidienne. Mme R. est une personne très dynamique, énergique, elle dit avoir vécu « plein de belles choses », « une belle vie ». Elle parle souvent des voyages qu'elle a faits. Elle sort régulièrement de l'établissement, où elle est arrivée depuis environ quatre mois. D'ailleurs au moment de sa première chute, elle était dans la rue. Lors de notre rencontre elle exprime une peur de tomber : « Je crains de sortir depuis que je suis tombée, j'ai peur de tomber encore une fois ». Toutefois, elle continue à réaliser les activités de la vie quotidienne et à sortir. Quelques jours après, Mme R. fait un malaise, tombe dans sa chambre et perd conscience.

Mme V.

Mme V., âgée de 87 ans, veuve, a une fille, est une femme autonome qui participe à une grande partie des animations de l'établissement. Elle réalise par elle-même les activités de la vie quotidienne et sort régulièrement de l'établissement avec sa dame de compagnie, depuis son entrée il y a plus d'un an. C'est une dame qui ne montre pas facilement ses émotions et ses sentiments, elle est calme et impassible. Lors d'un séjour dans sa famille, Mme V. chute en se levant de sa chaise. Suite à cet événement, elle est hospitalisée pendant cinq jours à cause d'une fracture du col du fémur. Dès son retour à l'établissement, son état général se détériore très rapidement.

La chute : entre douleur et souffrance, entre angoisse de castration et *hilflosigkeit*

Vignette clinique 1

Mme A., lors de notre rencontre, malgré les intenses douleurs corporelles qu'elle manifeste, précise : « Ce n'est pas la douleur physique, vous savez, les femmes, on peut supporter la douleur, c'est plutôt le fait d'être immobilisée, je ne suis même pas capable de me lever du lit toute seule, c'est handicapant ». Son discours montre l'importance et l'impact de la douleur psychique, sans pour autant négliger la douleur corporelle. « C'est une marche, un pas dans la vieillesse et ce n'est pas beau ça!... Regardez dans quel état je suis, je ne peux plus bouger ni rien faire », dit-elle. L'expérience subjective dont témoigne Mme A. apparaît s'organiser autour de deux axes : l'un renvoie à la douleur, l'autre à l'impuissance. Le regard de l'Autre intervient ici dans la logique du discours comme « carrefour de sens » lui permettant de transformer psychiquement la douleur physique en une réalité psychique où se réactualise le registre de la limite, voire de la castration. Il semblerait que la chute vienne en effet raviver et amplifier un sentiment d'impuissance et d'immobilisation dont les prémices s'inscrivent dans le processus naturel du vieillissement. C'est une situation délicate qui la renvoie à une image détériorée de la vieillesse, où la question de la conscience de soi et le regard de l'Autre sont mis en jeu : « Regardez... ». Selon Benoist [21] « la question de l'Autre apparaît comme constitutive de l'identité », grand Autre secourable et médiateur, identifié comme ordre du langage et lieu de parole. Ainsi, l'identité se construit à partir de l'Autre et par rapport à l'autre. D'ailleurs, la tentative de Mme A. de « faire appel » à l'Autre témoigne de sa capacité à inscrire la douleur dans un discours de souffrance [19].

Vignette clinique 2

Lorsque je vais à la rencontre de Mme R. elle explique qu'elle a passé « un bon moment » sur le sol, mais elle ne sait pas combien de temps exactement. Si elle n'a pas conscience du temps qu'elle a passé sur le sol, « un bon moment » pourrait laisser entendre que Mme R. a pu vivre la perte de connaissance comme un temps subjectif « suspendu ».

Quand elle reprend conscience, elle a encore passé du temps sur le sol en essayant de se relever : « J'ai ouvert les yeux, je me suis retrouvée par terre et la seule chose que je voulais c'était me relever, mais je ne pouvais pas, c'était trop dur! (...). Finalement j'ai réussi mais là c'est trop! (...). Je ne veux plus rien faire, de toute façon je ne peux pas faire grande chose dans cet état, je reste sur mon lit et je ne sais plus ce qui se passe... » dit-elle. Il semble que Mme R se trouve face à un conflit entre le vouloir (faire) et les capacités motrices réduites à cause de la chute. Le fait d'être confrontée à ce conflit apparaît difficile pour elle. À la différence de Mme A., on observe avec Mme R. un effet traumatique de la chute qui apparaît comme une rupture dans l'expérience subjective, un temps particulier qui n'est pas sans rappeler l'*Hilflosigkeit* de l'infans décrit par Freud [14] à partir de sa seconde

théorisation du traumatisme dans « Inhibition, symptôme et angoisse ». L'impuissance dont tente de rendre compte la patiente est ici à mettre en perspective avec la traduction erronée de ce concept en français : la traduction correcte est bien impuissance, impuissance découlant de la confrontation à un inattendu. En cela chez Mme R. la problématique s'articule de manière tout à fait particulière et différente de Mme A. : le travail d'élaboration de la chute semble ne pas s'engager, et l'appareil psychique de la patiente est débordé par l'angoisse.

Tout à coup, à travers la chute, la réalité s'impose : « J'ai fait beaucoup de choses dans ma vie (...) j'ai bien profité, maintenant, j'en ai assez, là c'est trop! » dit-elle. De plus, tomber et rester par terre sans pouvoir se relever seul ramène le sujet aux temps d'avant, d'un enfant qui fait ses premiers pas, au temps du narcissisme primaire, « ce narcissisme qui ne se soutient que de la présence d'un objet bien particulier, celui qui satisfait tous les besoins » [17].

Ces fragments de discours, de Mme A. comme de Mme R., nous laissent entendre plusieurs aspects : d'une part, le sujet âgé, à travers la chute, est confronté à une réalité qui s'impose à lui, et qui vient remettre en question l'illusion de pouvoir continuer à réaliser les choses « comme avant ». Il est ainsi confronté à son vieillissement, sa fragilité, à la mise en cause de l'illusion de toute-puissance, voire à sa finitude. Les conséquences de la chute qu'elles décrivent (être immobilisées, dans l'incapacité de se relever seules) semblent associées à un sentiment d'échec et un sentiment d'incapacité : « je ne suis même pas capable de... », « je ne peux plus bouger ni rien faire », ou encore « je ne peux pas faire grande chose dans cet état ». Un écart entre leurs désirs et leurs possibilités apparaît, conflictualisant alors la distance entre le Moi et l'Idéal du Moi. Cet écart constitue une double atteinte narcissique, liée d'une part, à l'écart entre le Moi et l'Idéal du Moi et d'autre part, à la non réalisation du désir et à la confrontation à la limite et à la castration. Elles utilisent la négation contre cette expérience qui les touche douloureusement, et qui potentiellement les renvoie à une image nouvelle mais détériorée d'elles-mêmes. Comme le souligne Pedinielli [20] « le corps souffrant apparaît dans le discours sous la même forme que le refoulé : par la négation ».

Par ailleurs, dans le cas d'une chute où le corps est touché et blessé, le rapport avec celui-ci et l'image du corps peuvent être modifiés et réaménagés. À la fin d'une des séances, après avoir échangé sur l'expérience de la chute, Mme A. ajoute : « Allez trotter, vous qui pouvez le faire, quand j'étais petite ma mère me disait comme ça... à mon âge qu'est-ce que je peux faire? Allez trotter vous qui êtes jeune et belle ». On entend ici que Mme A. associe la jeunesse à la beauté et à la capacité de « faire » et « d'agir », en opposition à la vieillesse qu'elle relie à un sentiment d'incapacité. Mais surtout, ces paroles viennent confirmer dans et par le transfert un potentiel de transformation de l'expérience traumatique en traumatisme passant par l'Autre. Ainsi s'actualise dans le transfert un mouvement névrotique montrant que le sujet parvient à faire histoire dans l'après-coup de l'événement. De plus, apparaît en contrepoint de la plainte concernant le corps, la question de la rivalité féminine : les conséquences physiques de la chute sont reprises et peuvent alors faire l'objet d'un travail de subjectivation.

En revanche, Mme R. décrit des modifications de la représentation du corps suite à la chute, qui illustrent combien le réel du corps reste présent : « Depuis que je suis tombée j'ai la sensation que mon corps vibre, c'est une sensation bizarre que je n'ai jamais ressentie, c'est comme si quelque chose vibrait dedans moi (...) Vous savez, avec la vieillesse le corps se fatigue, il doit se reposer... ». Mme A. précise : « J'ai l'impression qu'il y a un morceau de moi qui est parti, c'est comme si j'avais perdu quelque chose en moi ».

D'emblée, nous pouvons percevoir que leurs discours sont centrés sur la dimension corporelle : dans un cas, sur des sensations vécues comme étranges. Dans un autre, sur la perte, voire la castration. Freud [22] dans son article « L'inquiétante étrangeté » explique que « ce qui est nouveau devient facilement effrayant et étrangeté », mais qu'« il faut, à la chose nouvelle et non familière, quelque chose en plus pour lui donner le caractère de l'inquiétante étrangeté ». Tout particulièrement, les événements qui touchent les peurs refoulées de castration ou de mort peuvent déclencher un sentiment d'inquiétante étrangeté [23]. En effet, dans l'expérience de la chute, le corps peut être assimilé à une figure de l'inquiétante étrangeté, un corps étrangement familier touchant ces peurs refoulées.

Il semblerait que dans les deux cas, la chute constitue la révélation d'un nouveau rapport au corps. Les modifications qui lui sont liées semblent provoquer une atteinte narcissique et un désinvestissement du Moi. Comme le souligne Freud [24] « le moi est d'abord un moi corporel ». Dans « Deuil et mélancolie » il fait une analogie entre la douleur corporelle et la douleur psychique. Il souligne que « Le conflit dans le moi... agit nécessairement comme une blessure douloureuse » [25]. Le traumatisme causé par la chute constitue ainsi une effraction de l'enveloppe corporelle et du psychisme. De plus, la chute pourrait impliquer la représentation d'un corps effracté : « un morceau de moi qui est parti, c'est comme si j'avais perdu quelque chose en moi ». Une modification de la représentation de soi se met en place, ainsi que la question de la castration, du manque et d'incomplétude comme précédemment mentionné. Ces deux vignettes cliniques soulignent l'importance du remaniement du rapport au corps, et témoignent d'un travail d'élaboration de l'événement-chute susceptible d'être engagé.

La chute, la perte et « la réactivation objectale »

Dans l'expérience de la chute, nous retrouvons un rapport avec la question de la perte dans un registre objectal. Dans les discours autour de la chute les pertes physiques et psychologiques sont souvent évoquées. Dans le cas de Mme R., la chute (notamment la dernière où elle est restée au sol pendant quelque temps) vient réactualiser d'autres pertes réelles et symboliques. En premier lieu, elle parle de deux opérations qu'elle a subies il y a quelques mois : la première, où on lui a extrait une tumeur cancéreuse qui a eu lieu juste avant son arrivée à l'établissement. La deuxième, intervenue alors qu'elle était déjà dans l'établissement à cause de problèmes intestinaux. Elle raconte surtout l'expérience de la dernière opération, où elle a eu la sensation « d'être un

squelette, rigide », ainsi elle a eu l'impression de « partir » de ce monde. En second lieu, elle parle, avec des larmes aux yeux, des proches qui sont décédés depuis quelques années : son mari est mort dans un accident de voiture qu'ils ont eu (elle était avec lui à ce moment-là) il y a 20 ans. Plus récemment, cela fait quatre ans déjà que son fils est décédé suite à un cancer, puis sa sœur aînée qui d'ailleurs était auparavant dans le même établissement, et sa sœur cadette sont mortes. Ces trois pertes réelles ont eu lieu dans une courte période de quelques mois.

Tout au long du vieillissement comme processus les êtres humains subissent des pertes. Messy [8] définit la perte comme « la disparition des objets par nous investis ». Si des pertes sont présentes tout au long de la vie, elles sont toutefois plus nombreuses avec l'âge. Elles sont centrales dans la vieillesse et sont vécues de manière plus intense lorsque celles-ci sont violentes et inattendues.

À partir du récit de Mme R. nous pouvons percevoir qu'en effet, la chute vient réactualiser des pertes importantes, dans un registre plutôt objectal : la perte de ses proches. D'une certaine manière, la chute met à l'épreuve l'inscription du sujet dans une temporalité, elle permet, chez Mme R., de retourner au passé et de mettre en mots/maux ces expériences douloureuses. Par ailleurs, elle fait un lien psychique entre les opérations subies et la mort. En effet, « la chute en tant "qu'accident" est révélatrice de la pulsion de mort, force de déliaison et de destruction » [9].

Travail de deuil et « travail de la chute »

Vignette clinique 3

Mme V., lors de notre rencontre, est allongée sur son lit, un peu somnolente. Elle parle très peu et dit être « très fatiguée ». Lorsque nous abordons dans l'entretien la question de la chute, elle refuse de parler de cette expérience douloureuse, nos échanges restant surtout au niveau non verbal, à travers le regard et le toucher. Après quelques minutes, elle exprime que cette expérience est « difficile » pour elle : « c'est un chamboulement » précise-t-elle. Mme V. semble éprouver des difficultés à représenter, élaborer et symboliser cet événement particulier. Elle est confrontée à une difficulté intense à dire ce réel traumatique, à produire un discours susceptible de soutenir la reprise subjective de sa souffrance psychique et corporelle, et à lui conférer du sens. Il apparaît compliqué pour elle de s'engager dans un processus narratif concernant la chute, de se raconter, d'exprimer son vécu, sa douleur physique et psychique. Cette impossibilité peut évoquer la mise en échec du travail d'historisation et l'impossibilité de réaliser le travail psychique qu'implique la chute.

La chute expérimentée comme perte renvoie à la question du deuil. Freud [25] précise que le travail de deuil se déclenche quand l'épreuve de réalité montre que l'objet n'existe plus et exige de retirer la libido de cet objet, à renoncer à celui-ci afin de se déplacer et d'en investir un autre. La réalité affirme cette perte et le Moi l'accepte. L'expérience de la chute, peut amener la personne âgée à effectuer un travail psychique, un travail de deuil, de renoncement et d'acceptation des pertes subies. Ce travail

de deuil suppose un réinvestissement de l'objet mais aussi, du monde extérieur. La personne est censée se séparer et se détacher de ce qui a été perdu, déplacer sa libido sur d'autres objets, et donc accepter et élaborer psychologiquement ce manque. C'est en renonçant à certains objets que la personne peut évoluer et se reconstruire. Ainsi, les différentes modalités de la perte constituent autant d'étapes du processus de subjectivation, depuis les premières différenciations moi-objet jusqu'aux renoncements aux objets parentaux de l'adolescence.

Un processus analogue au travail de deuil a été proposé pour rendre compte de l'expérience et des remaniements psychiques propres aux maladies somatiques, à partir des travaux de Gutton [20].

Or, bien que la chute ne soit évidemment pas à considérer comme une maladie, nous pouvons au travers de l'expérience subjective faire l'analogie entre le travail psychique engagé ou non suite à la chute, et le « travail de la maladie ». Certains éléments tels que l'atteinte narcissique et objectale, le rapport au corps, ainsi que la perte ou encore « le travail de deuil » apparaissent communs aux deux tableaux cliniques. Ces processus se retrouvent dans l'expérience de la chute, tout comme dans le « travail de la maladie » [20]. Néanmoins, avec le grand âge et l'approche de la mort, les blessures d'ordre narcissique, les pertes et les deuils s'accroissent pouvant dépasser les capacités de liaison de l'appareil psychique. Alors, la chute « serait assimilée à une perte "une de plus, une de trop" » [8].

Si dans le travail de la maladie, le traitement psychique de la perte, dans ses aspects tant narcissiques qu'objectaux, conduit à un réinvestissement objectal articulé au désir du sujet dans son rapport à l'Autre [26,27], les discours des sujets âgés ayant chuté soulignent la confrontation au manque, la notion d'échec, d'impuissance et de désir non réalisé.

C'est pourquoi, la production d'une parole par laquelle le sujet peut exprimer sa souffrance psychique mais aussi sa souffrance corporelle est nécessaire. C'est par la parole que la personne peut élaborer l'expérience de la chute, lui donner du sens afin que l'effet d'après-coup ne prenne pas un caractère traumatique.

Bertagne [27] explique que la maladie en tant qu'« événement réel » entraîne une atteinte objectale et narcissique, mais qu'elle peut aussi réactualiser une autre perte ou une autre douleur. C'est précisément le cas de Mme R. qui nous semble particulièrement illustrer cette proposition : elle a expérimenté plusieurs pertes et deuils quelques années avant la chute, qui après-coup font retour dans la suite de « l'événement-chute ».

Par ailleurs, Pedinielli [26] mentionne que l'inscription de la maladie dans l'histoire du sujet avec les remaniements, les discours et les ruptures temporelles qui lui sont liées, constitue le matériel manifeste du travail de la maladie ou de ses difficultés.

Dans le cas de Mme A. comme de Mme R., la chute est vécue comme une rupture entre un « avant » et un « après », comme un « arrêt dans la vie ». À l'inverse, le discours de Mme R. démontre un désinvestissement du futur « (...) j'ai vécu plein de belles choses. Maintenant, ce n'est plus possible (...) », ce qui suggère une difficulté dans le « travail de la chute ». Enfin, pour Mme V., il y a une difficulté très importante à produire un discours.

Discussion

La chute en tant que traumatisme peut déclencher une désorganisation psychique du sujet âgé, ou au contraire, elle peut avoir des effets positifs à la réorganisation de la psyché qui se manifestent dans l'après-coup.

Selon Bertagne [27] le « travail de la maladie » implique une élaboration de la perte, un réinvestissement libidinal du corps, une tentative de réactualisation des diverses problématiques et une liaison des affects et des représentations. Par ailleurs, Pedinielli [26] écrit que le « travail de la maladie » peut être considéré comme l'équivalent de liaison et d'élaboration psychique.

Tels sont les cas de Mme A. et de Mme R. en ce qui concerne l'expérience de la chute et le travail de celle-ci. Elles sont amenées à faire avec un corps à réinvestir, à élaborer les pertes qu'implique la chute (perte de fonction, perte de soi) ainsi que d'autres expériences passées dont la signification peut contribuer à renforcer le traumatisme de la chute. En revanche, Mme V., présente des difficultés à élaborer l'expérience de la chute. Face à cet événement, elle n'a pas de mots, pas de symbolique pour exprimer sa souffrance et sa détresse qui fait trou dans le psychisme. Devant elle s'impose un réel auquel elle ne peut pas donner de sens. Chez Mme V., la chute vient faire « effraction » dans l'enveloppe corporelle et dans le psychisme.

En effet, l'expérience de la chute implique une remise en mouvement de l'appareil psychique et un travail de liaison intrapsychique. À travers la chute, la temporalité et la causalité psychique sont engagées. C'est une épreuve bouleversante et désobjectivante, un événement inscrit dans une temporalité et dans une histoire. Selon Roos [17], « la chute corporelle interroge le sujet dans son rapport au corps et dans son rapport à la temporalité, corps travaillé par le temps de l'enfance et par ceux qui y ont été rencontrés ». La chute vient réactualiser l'infantile, elle reproduit la relation au corps et au psychisme maternel, les pertes, les traumatismes. Ainsi, au moyen de cette réactivation, le sujet âgé peut élaborer dans l'après-coup, des événements passés et leur conférer un sens nouveau.

Nous pouvons ainsi interroger la manière dont le sujet se re-construit après une chute. L'accompagnement et le soutien psychologique dans un espace d'écoute, de présence et d'expression permettent au sujet, par la parole et par le corps, d'assimiler la chute, de lui donner du sens, la reconstituer, l'inscrire dans une histoire.

Le fait que le sujet s'autorise à se dire, à exprimer son vécu, ses émotions et ses sentiments, à sentir son corps et à le représenter implique une tentative d'élaboration. De même, en faisant des liens entre passé et présent, le sujet peut donner une continuité, se reconstruire et se reconnaître dans l'ici et maintenant en donnant du sens à son existence.

Lors de l'expérience de la chute, la relation avec l'autre et pour l'autre engage trois aspects : les mots, le corps et le regard afin que la personne âgée se sente contenue. Cela nous renvoie à une des fonctions du Moi-peau, « la maintenance du psychisme », proche du « holding » de Winnicott, c'est-à-dire la manière dont la mère soutient le nourrisson à travers l'ensemble des soins qui s'adaptent aux changements physiques et psychologiques de l'enfant, afin de donner un support à son Moi. En effet, la présence, le regard,

le langage corporel, le toucher et les mots de l'autre sont des moyens d'étayage et de support du Moi. « En se sentant exister sous le contact, le regard d'autrui et dans la parole, en étant reconnu par l'autre, l'individu peut être aidé à ne pas perdre totalement, voire à retrouver, sa qualité de sujet » [28]. D'ailleurs, c'est la défaillance de « la maintenance du psychisme », de l'étayage maternel qui peut se trouver également actualisée par la chute. Les fonctions principales du maintien ou du « holding » sont de tenir physiquement l'enfant et de créer un sentiment de continuité d'être. Quand ces fonctions ne sont pas accomplies une expérience de rupture et d'angoisse peuvent surgir. Winnicott [29] décrit le vécu de l'enfant face à cette situation : « s'en aller en morceaux, faire une chute sans fin, mourir (...) perdre tout espoir de voir le contact se rétablir ». Dans cette perspective, la personne âgée qui chute ne tient pas physiquement et peut éprouver un sentiment de rupture et de discontinuité. Ainsi, une défaillance de l'étayage maternel pourrait être actualisée par la chute. C'est pourquoi, une relation à travers les mots, le corps et le regard, un contenant rassurant et sécurisant deviennent essentiels pour le sujet âgé qui chute afin de réactiver cette « maintenance du psychisme ».

En outre, la rencontre avec l'autre et la relation thérapeutique impliquent nécessairement la question du transfert. Si elle est une rencontre et une relation d'inconscient à inconscient, Dejours [30] décrit qu'elle est aussi « rencontre de corps à corps dans le registre de l'agir expressif (...) ». Le rôle du corps de l'autre met en place une « cristallisation transférentielle immédiate » [31].

Il s'agit de permettre le rétablissement d'une continuité d'existence avec la personne âgée, ainsi que d'ouvrir une voie pour exprimer la souffrance psychique et corporelle qu'implique la chute, au moyen d'une relation de confiance basée sur l'écoute. Pour cela, il est nécessaire de permettre à la personne d'exprimer ses émotions, ses affects et ses sensations corporelles, de faire exister son corps et recréer un lien entre corps et psychisme.

Conclusion

La chute est une expérience douloureuse qui n'est jamais à négliger au plan intrapsychique, elle touche le sujet âgé dans son intégrité physique et psychique, elle bouscule sa manière de vivre, d'être.

Chaque sujet vit la chute de manière différente, dans son corps, ses sensations, ses pensées, ses représentations. En effet, une chute veut toujours dire quelque chose, derrière chaque chute est mobilisée une histoire de vie et un vécu. Parler de cette expérience permet à la personne qui a chuté de mettre à distance cette expérience et d'élaborer son impact psychologique.

Une des fonctions du psychologue pourrait donc être d'intervenir par la parole et par le corps, en permettant à la personne âgée de raconter cette expérience tout en l'associant à d'autres événements douloureux et marquants de son histoire. Il s'agira de remettre en mouvement, de réinscrire dans une dynamique intra- et intersubjective ce qui a été figé par la chute.

Le discours portant sur l'expérience de la chute, entre un « avant » et un « après », ainsi que sur le corps, est nécessaire

pour que la personne âgée conserve un sentiment de singularité et de subjectivité, de permanence et d'appartenance. Il permet d'être et de se savoir toujours soi-même et en même temps différent, d'intégrer et de transformer l'expérience qu'implique la chute en un élément de son histoire, parmi d'autres.

Déclaration de liens d'intérêts

Les auteurs déclarent ne pas avoir de liens d'intérêts.

Références

- [1] Christen-Gueissaz E. Le bien-être de la personne âgée en institution. Un défi au quotidien. Paris: Seli Arslan; 2008.
- [2] Ribadier A, Sainjeon-Cailliet S. Identité et chute de la personne âgée. In: Personne M, editor. Protéger et construire l'identité de la personne âgée. Psychologie et psychomotricité des accompagnements. Toulouse: Érès; 2011. p. 49–60.
- [3] Recommandations de bonnes pratiques professionnelles. Évaluation et prise en charge des personnes âgées faisant des chutes répétées. Société Française de Gériatrie et Gérontologie en partenariat avec la Haute Autorité de Santé; 2009 http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/2009-06/chutes_repetees_personnes_agees_-_argumentaire.pdf.
- [4] Ricard C, Thélot B. Plusieurs centaines de milliers de chutes chez les personnes âgées chaque année en France. BEH 2007;2:322–4.
- [5] Cudennec T, Roger M. Les chutes : causes, conséquences et prévention. Successful Aging SA; 2002 http://www.saging.com/mise_au_point/les-chutes-causes-consequences-et-prevention.
- [6] Espolio Desbaillet Y. Prise en charge pratique des chutes des personnes âgées. Rev Med Suisse 2010;6:2130–4.
- [7] Bloch F. Les complications non traumatiques des chutes : des conséquences trop souvent négligées chez la personne âgée. Neurol Psychiatr Geriatr 2015;15:188–90.
- [8] Messy J. La personne âgée n'existe pas. Paris: Petite Bibliothèque Payot; 2002.
- [9] Jossier SA. Collapse in elderly persons, or dementia in the depressive grieving process. Info Psy 2003;79:773–81.
- [10] Le Borgne S. La chute chez la personne âgée : une modalité suicidaire? Neurol Psychiatr Geriatr 2014;14:285–9.
- [11] Nkodo Mekongo YP, De Breucker S, Delvaux N, et al. La peur de chuter et le « syndrome post-chute » de la personne âgée. Rev Med Brux 2007;28:27–31.
- [12] Charazac P. L'aide-mémoire de psycho-gériatrie en 24 notions. Paris: Dunod; 2011.
- [13] Freud S. Au-delà du principe de plaisir. Paris: PUF; 1920.
- [14] Freud S. Inhibition, symptôme et angoisse. Paris: PUF; 1926.
- [15] Freud S. L'homme moïse et la religion monothéiste. Paris: Gallimard; 1939.
- [16] Crocq L. Les traumatismes psychiques de guerre. Paris: Odile Jacob; 1999.
- [17] Roos C. Des chutes en abîme, une chute en cache une autre. Champ psy 2008;1:95–112.
- [18] Le Gouès G. L'âge et le principe de plaisir. Paris: Dunod; 2000.
- [19] Pedinielli JL. Figures du pathique. Psychol Clin 1990;4:5–11.
- [20] Pedinielli JL. Le travail de la maladie. Psychol Med 1987;19:1049–52.
- [21] Benoist JM. Facettes de l'identité. In: Lévi-Strauss C, editor. L'identité : séminaire interdisciplinaire. Paris: PUF; 1977. p. 13–24.
- [22] Freud S. L'inquiétante étrangeté. In: Freud S, editor. Essais de psychanalyse appliquée. Paris: Éditions Gallimard; 1933. p. 163–210.

- [23] Jones E. La vie et l'œuvre de Sigmund Freud. Tome III. Les dernières années (1919–1939). Paris: Presses Universitaires de France; 1969.
- [24] Freud S. Essais de psychanalyse. Paris: Petite Bibliothèque Payot; 1951.
- [25] Freud S. Deuil et mélancolie. In: Freud S, editor. Métapsychologie. Paris: Éditions Gallimard; 1915. p. 103–22.
- [26] Pedinielli JL. Corps malades : l'opération de souffrance. *Psychol Clin* 1990;4:13–28.
- [27] Bertagne P. Historisation du somatique. *Psychol Clin* 1990;4:117–29.
- [28] Maintier C. Une identité à construire et à conserver. In: Personne M, editor. Protéger et construire l'identité de la personne âgée. *Psychologie et psychomotricité des accompagnements*. Toulouse: Érès; 2011. p. 33–46.
- [29] Winnicott DW. Le bébé et sa mère. Paris: Payot; 1992.
- [30] Dejours C. Le corps comme « exigence de travail » pour la pensée. In: Debray R, Dejours C, Fédida P, editors. *Psychopathologie de l'expérience du corps*. Paris: Dunod; 2002. p. 63–106.
- [31] Harrus-Révidi G. *Psychanalyse des sens*. Paris: Payot Rivages; 2000.