

Contrôle et dépendance : apport de la psychosomatique intégrative auprès d'une personne âgée dépendante

Pierre Mardyks

▶ **To cite this version:**

Pierre Mardyks. Contrôle et dépendance : apport de la psychosomatique intégrative auprès d'une personne âgée dépendante. Psychologie et comportements. 2012. dumas-00984640

HAL Id: dumas-00984640

https://dumas.ccsd.cnrs.fr/dumas-00984640

Submitted on 28 Apr 2014

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.

UNIVERSITE DE PARIS VI PIERRE ET MARIE CURIE
FACULTE DE MEDECINE DE LA PITIE-SALPETRIERE
SERVICE FORMATION CONTINUE

DIPLOME UNIVERSITAIRE
DE
PSYCHOSOMATIQUE INTEGRATIVE
« Médecine, Psychanalyse et Neurosciences »

Pr. Marc Olivier BITKER
Pr. Jean-François ALLILAIRE
Pr. Jean Benjamin STORA

Contrôle et dépendance

Apport de la psychosomatique intégrative auprès d'une personne âgée dépendante

Mémoire de psychosomatique
présenté par Pierre Mardyks

Jury du vendredi 21septembre 2012
Faculté de Médecine La Pitié-Salpêtrière

Au Docteur Viand,

Remerciements

A Monsieur le Professeur Jean Benjamin Stora,
Pour nous avoir mis en confiance, sans laquelle rien ne pourrait se faire, pour nous avoir transmis le goût du travail et de l'effort de questionnement sans cesse à renouveler, et pour nous donner les orientations pour contribuer à développer la psychosomatique intégrative.

A ma famille, à mes proches et à mes amis,
Pour votre patience et vos encouragements dans ce travail.

A mes collègues de formation,
Pour le climat d'empathie, de soutien mutuel, et pour nos échanges, nous avons constitué un véritable collectif de travail propice à la réalisation de chacun. Si différents, nous nous sommes enrichis mutuellement.

A mes collègues préventeurs, à toute l'équipe de l'EHPAD, aux patients,
Source de mon inspiration et bénéficiaires, je l'espère, des connaissances et des savoir-faire issus de l'apprentissage de cette discipline.

Résumé

Le cas clinique de Jacques exposé dans ce mémoire se situe à un moment critique du cycle de sa vie, l'âge des lésions organiques, des atteintes cérébrales et de la perte d'autonomie.

Présenter le cas d'une personne âgée dépendante en recherchant les interrelations entre la médecine et les neurosciences peut sembler cohérent pour tous.

Mais prendre en compte la dimension psychanalytique du vécu de Jacques et essayer d'établir les liens existants entre l'approche psychanalytique, médicale et des neurosciences peut apparaitre étonnant pour quelques-uns !

Le soutien psychothérapique de Jacques qui arrive en maison de retraite n'est pas le sujet de ce mémoire, son décès étant survenu malheureusement trop rapidement.
Par une réflexion sur les processus psychiques développés au cours de sa vie d'enfant et d'adulte, je vous propose d'essayer d'expliquer l'histoire de Jacques, pour tenter de mieux comprendre son incapacité d'adaptation en établissement.

L'entrée en maison de retraite constitue pour Jacques un traumatisme. Ce changement de cadre de vie va porter atteinte à son unité psychosomatique.
Nous verrons que les risques psychiques et somatiques sont en interrelation dynamique entre eux conformément à la théorie des systèmes proposée par J.B.Stora.

Comprendre pour aider Jacques, pour mieux l'accompagner dans cette fin de vie tragique.
Cette situation d'appel nous incite à engager une réflexion sur la relation de soin.

Ainsi, nous aborderons deux parties dans ce mémoire :

Dans la première partie nous décrirons l'histoire de Jacques, les évènements marquants de sa vie jusqu'à son entrée en EHPAD[1] et nous proposerons de les relier à l'histoire de sa maladie.
En nous basant sur des éléments du dossier médical (voir ANNEXE), nous examinerons également la clinique dans les trois approches somatique, cognitive et psychique.
Faire la part des choses, à quoi attribuer les troubles observés chez Jacques ? Au vieillissement normal, au vieillissement pathologique ? À l'évolution de la maladie ? Au mode de fonctionnement psychique ? Au stress généré par la perte d'autonomie et l'entrée dans l'établissement ? Ce qui a pour conséquence l'épuisement de Jacques et du personnel de l'établissement. En trois jours, trois chutes !

Dans la seconde partie, nous rappellerons l'apport de la psychosomatique intégrative dans la compréhension des mécanismes de somatisation.
Nous rapprocherons le risque psychique et le risque somatique pour évaluer le risque psychosomatique global.
Nous nous appuierons sur l'étude des mécanismes psychiques pour proposer une explication des fluctuations des réactions de Jacques face à l'équipe des soignants :

[1] Etablissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes

Transgression et soumission. Prendre le contrôle ou perdre le contrôle ? Sentiment d'impuissance ou de toute puissance ?

Ainsi des ajustements de l'attitude de l'équipe seront proposés par un travail collectif pour diminuer les réactions de défense liées à la personnalité psychique de Jacques.

En l'absence de stabilisation des réactions psychiques, nous verrons que la gestion des risques somatiques ne sera pas possible. (En cohérence avec le pronostic défavorable à terme établi dans notre évaluation.) Jacques décédera d'une façon subite mais prévisible.

Nous ne pourrons réaliser le projet de soin, diminuer les déficiences et maintenir ou améliorer les propres capacités de Jacques pour faciliter sa participation à la vie sociale dans l'établissement. (Selon la définition de l'OMS, la santé est physique, psychique et sociale)
Retrouver un nouveau « chez soi » pour redonner un sens à sa nouvelle vie ici.
Cependant, la progression du traitement de kinésithérapie sera envisagée, la participation de Jacques à un atelier de prévention des chutes spécifique aux personnes âgées dépendantes.

Identifier le niveau de risque de désorganisation de l'unité psychique de la personne âgée face au stress dès son entrée en maison de retraite facilite la mise en place des mesures de prévention personnalisées et permet d'établir un pronostic du devenir du patient.
Ce qui permet de prévenir également la souffrance de l'équipe soignante en l'aidant à comprendre que le processus de somatisation est relié au vécu psychique.

Je cite J.B. Stora « Lorsque le psychisme, qui joue le rôle primordial de gestion des excitations est défaillant, c'est LE CORPS QUI PREND LA RELEVE ».

MOTS CLES

Personnes âgées dépendantes, psychosomatique intégrative, médecine, neurosciences, psychanalyse, unité psychosomatique, vieillissement normal et pathologique, leucoaraïose, rage narcissique, questionnaire d'aide diagnostic psychosomatique, évaluation du risque psychosomatique, relation de soin, souffrance stress équipe soignante, autonomie et dépendance, incapacité d'adaptation, transdisciplinarité, kinésithérapie gérontologique, atelier équilibre prévention des chutes EHPAD.

TABLE DES MATIERES

PARTIE 1 : ETUDE DE CAS.

A. CONNAISSANCE DE JACQUES
   1. Histoire de vie---------- 6
   2. Histoire des maladies---------- 8
   3. Premières rencontres avec Jacques, ses relations avec les soignants----------9
   4. Evolution des relations de Jacques avec l'équipe et les autres résidents------ 10
   5. Les dernières semaines de Jacques avant son décès---------- 12

B. PROBLEMES CLINIQUES DE JACQUES

   1. Somatique : Les troubles de la marche et les risques de chute----------13
   2. Neurosciences : Les troubles cognitifs
      a) Troubles mnésiques----------15
      b) Fonctions exécutives et attentionnelles----------16
      c) Démence----------17
   3. Les troubles psychiatriques----------17
      a) Dépression
      b) Anxiété
      c) Troubles du comportement

PARTIE 2 : APPROCHE PSYCHOSOMATIQUE INTEGRATIVE.

A. Apport de la psychosomatique----------19
B. Apport de la psychosomatique intégrative
C. diagnostic psychosomatique
   1. Tableau des évènements de vie et troubles somatiques----------22
   2. Examen clinique psychosomatique----------27
      a) Questionnaire d'aide au diagnostic psychosomatique : scores et commentaires.
      b) Résultats de l'examen clinique psychosomatique----------30
      c) Discussion----------33
D. Relation thérapeutique et stratégie de soin
      a) Approche thérapeutique par l'équipe de l'établissement----------40
      b) Traitement de kinésithérapie----------42

E. Conclusion et perspectives----------44
F. Annexes
   1. La leucoaraïose péri-ventriculaire----------46
   2. Examen neuropsychologique du 19 mai 2011----------49
   3. Fiche de suivi d'hygiène----------51
   4. Questionnaire d'aide au diagnostic psychosomatique----------52
   5. Grille de calcul des indicateurs psychosomatiques----------56
   6. Modèles de mémoire----------58
   7. Nosographie psychosomatique----------60

G. Bibliographie----------62

PARTIE 1 : ETUDE DE CAS.

A. CONNAISSANCE DE JACQUES

Nous verrons que la singulière histoire de Jacques peut expliquer les troublantes réactions de ce nouveau résident qui mettent en difficulté l'équipe soignante.
Nous verrons ensuite la chronologie des maladies de Jacques :
A l'occasion de l'éloignement de son domicile pour suivre des études supérieures, Jacques contracte la tuberculose et mettra 4 ans pour guérir.
Puis s'ensuit une vie agréable en bonne santé. A l'âge de 81 ans, une chute l'oblige à quitter son domicile pour vivre en EHPAD. Une rafale de lésions psychosomatiques entrainera son décès.

1. Histoire de la vie de Jacques

L'entretien a lien la semaine suivant son entrée dans l'établissement après avoir établi une relation satisfaisante de confiance avec Jacques.
Je lui explique que je poursuis une formation professionnelle à l'hôpital de la Pitié-Salpêtrière auprès du Professeur J.B. Stora. Je lui résume la démarche psychosomatique intégrative. Je lui demande l'autorisation de présenter son traitement pour le mémoire. Il accepte sans aucune réticence et me rappelle qu'il ne peut signer un accord écrit car il ne peut pas tenir un stylo suite à l'atteinte des deux mains.

Il conserve ses capacités auditives, ses réponses claires, immédiates, sans hésitation. Rapide, il ne fait que répondre aux questions, aucun commentaire supplémentaire. L'entretien ne provoque aucune souffrance exprimée. Visage impassible, excepté quand il évoque sa tante Christine. A ce moment là un large sourire apparait. Ce sourire persiste et il regarde ailleurs.

Né le 5 juillet 1929 à Paris, Jacques a 82 ans.

Fils unique, **orphelin** dès l'enfance. Il ne s'est jamais marié, aucun(e) ami(e) connu(e), aucune relation de travail ni de voisinage. Pour toute famille une tante veuve et sans enfant. Il ne parle pas de ses grands parents. Les a-t-il connus ?
Il a perdu son père à 8 ans (décès par septicémie suite à une petite plaie de la lèvre) et sa mère à 10 ans.
Il ne parle pas de lui-même de sa mère. Quand je lui demande la cause du décès de sa mère, il semble étonné par la question et me répond évasivement, qu'il n'en connait pas la cause. Il semble avoir peu investi cette question et je suis étonné. J'insiste légèrement et il me dit que « suite au décès de son mari, elle se serait sous alimentée, errante, elle serait peut être morte de désespoir »

En 1939, orphelin, il est recueilli par sa **tante maternelle, Mme Christine E**. veuve de guerre (14 /18) et sans enfant. Avec un grand sourire, il dit « en avoir profité longtemps car elle a vécu jusque l'âge de 89 ans ».
Leur relation était très riche. Il est donc allé vivre à Compiègne avec elle, il y a été au lycée, a suivi une bonne scolarité.

En 1949, après le BAC, départ de Compiègne, il quitte sa tante pour faire une prépa au lycée Carnot à Paris.

En 1950, âgé de 21 ans, en 2 ème année de prépa, il souffre alors de **tuberculose** avancée ; il quitte Paris et part pour 1 an dans un sanatorium en Allemagne ; il va ensuite dans un autre sanatorium à Montmorency.
La maladie s'aggrave en 52. Il est opéré (ablation du lobe supérieur gauche) puis une seconde fois (trachéoplastie, 4 côtes).
En aout 54, il est officiellement guéri. Il passe alors son concours d'entrée à HEC avec succès et termine ses études en 57. Il vivait alors entre Paris et Compiègne. Jacques déclare ne plus avoir de problème de santé.

Après son diplôme, il travaille dans une banque et puis chez un distributeur de produits de puériculture ;
En 1961, âgé de 32 ans, il entre dans une grande entreprise française produisant des biens culturels où il va faire toute sa carrière de contrôleur de gestion pendant 33 ans jusqu'à l'âge de la retraite (65 ans).

Depuis 1974, il vivait quai Voltaire à Paris, sur la rive gauche, dans le 6e arrondissement. Il évoque son appartement avec beaucoup de plaisir, la vue sur la Seine ainsi que les 40 cinémas des alentours.
Il a beaucoup voyagé : notamment grâce à son travail aux USA en 1980.

Depuis 1987, il conserve la même employée de maison qui s'appelle **Christina** à laquelle il semble très attaché. Il me dit qu'il est reconnaissant de lui avoir sauvé la vie.
Je la rencontre à la maison de retraite quand elle vient rendre visite à Jacques. C'est une femme petite, énergique, sèche et autoritaire. Originaire d'Amérique du sud, elle parle avec un fort accent. Elle me décrit la vie de Jacques dans son immeuble « très chic ». En 25 ans, elle se plaint de la radinerie de Jacques. Elle ne venait qu'une seule fois par semaine, ne le rencontrait que exceptionnellement. Une fois par an, une enveloppe avec ses étrennes et un petit mot « merci et bonne année ».
Elle me raconte que ses voisins se plaignaient de ne jamais communiquer avec lui. « Bonjour merci et au revoir » ses seuls mots. Jamais de visite d'amies. Elle me dit en baissant la voix « …il doit être pédé ».

En 1989, décès de sa tante Christine.
Il a pris sa retraite en 1994. Il se sentait en bonne santé et décrit « une vie merveilleuse et idéale » : il s'investit dans des activités culturelles, cinéma (5 fois par semaine) et 2 fois par semaine au théâtre (théâtre du Rond-point, Athénée et théâtre 13). Il me raconte avoir organisé plus de 100 weekend à Londres en Eurostar !

En 2002, âgé de 73 ans, début des difficultés à la marche consécutive à une gonarthrose, il voyage moins, sort toujours autant ;

En avril 2011 il programme une chirurgie du genou arthrosique mais il chute en mars 2011en sortant de sa douche.

Après presque 4 mois d'hospitalisation de mars à début juillet 2011, il va vivre six mois dans un autre EHPAD qu'il « n'aime » pas, puis enfin entre ici le 14 décembre 2011. Notre EHPAD est à 100 m de l'entreprise où il a fait carrière 33 ans.

Jacques a 82 ans lors de son entrée en EHPAD; relativement plus jeune par rapport aux autres résidents (L'âge moyen des entrants dans les établissements pour personnes âgées, fin 2007, était de 84 ans et 9 mois)[2].

2. Histoire des maladies de Jacques

La toute première maladie qui a bouleversé la vie de Jacques, alors âgé de 21 ans, est la tuberculose qui va évoluer pendant 4 ans. Placé en sanatorium, traité par antibiothérapie et chirurgie (lobectomie) il conserve pour séquelles une atteinte vestibulaire liée à un syndrome oto-neuro-toxique (streptomycine ?)
Jacques me déclare ne pas en avoir ressenti ni instabilité ni vertiges.

Jacques chute le 15 mars 2011.
Il reste 4 jours au sol et il se souvient de la chute et raconte s'être trainé au sol sans pouvoir se relever.
Il sera « sauvé » par l'arrivée de Christina (l'employée de maison) qui prévient les secours.

Sur le constat du SAMU il est rapporté que Jacques est conscient, en hypothermie (34.6°C), en détresse respiratoire. Il présente un choc septique à point de départ urinaire entrainant une insuffisance rénale aigue et des escarres de la face des genoux et du thorax sur des points ainsi qu'une compression bilatérale cubitale avec atteinte sensitive et motrice des deux mains.

Admis à l'Hôtel Dieu, transféré à Cochin puis à l'Hôpital Broca le 4 avril 2011.
Commence le parcours de Jacques d'hôpitaux en établissements où se succèdent les changements de services (réanimation, pneumologie, médecine), les examens médicaux et les évaluations :

A l'entrée l'indice de masse corporelle[3] de Jacques est de 25.5 (poids 84 kg pour 182 cm).
Après les complications ventilatoires, urinaires et des troubles de l'hypotension orthostatique, Jacques développe un syndrome post chute entrainant appréhension et perte d'autonomie.

L'IRM cérébral, ne révèle pas de signe en faveur d'un accident vasculaire cérébral récent mais « des hypersignaux flair de la substance blanche sous corticale et périventriculaire correspondant probablement à une leucoaraïose périventriculaire[4]» (voir ANNEXES 1A et 1B la leucoarïose)

Pathologie découverte en 1987 pour décrire des anomalies diffuses de la substance blanche visualisées à l'imagerie, la leucoaraïose peut se manifester par des troubles cognitifs, des

---

[2] *PRÉVOT, J. Les résidents des établissements d'hébergement pour personnes âgées en 2007. Études et Résultats, août 2009, n°699, 8 p.*

[3] $$IMC = \frac{masse}{taille^2}$$ *Selon les seuils retenus par l'OMS, les valeurs de 18 et 25 constituent des repères communément admis pour un IMC normal (donc présentant un rapport de risque acceptable, c'est-à-dire dans la norme statistique). Cependant il n'est pas tenu compte de l'âge du sujet.*

[4] Cf. ANNEXE 1B un *extrait de l'article de Yannick Nadeau,M.D., FRCPC et SteveVerreault, M.D., FRCPC présenté dans le cadre de la conférence* ***Le cerveau en gruyère : la leucoaraïse****, lors de l'évènement La gériatrie, Université Laval*

anomalies de la démarche, des troubles de l'humeur, des symptômes urinaires ou elle peut être asymptomatique.

Sur le plan neuropsychologique, le compte rendu d'hospitalisation indique que devant une symptomatologie anxio-dépressive, un traitement anti depresseur est introduit. Le patient nécessite un soutien psychothérapeutique et une rééducation de la psychomotricité.

Dans ce contexte Jacques est transféré en SSR (Suite de soins et de rééducation) à l'hôpital La Rochefoucauld le 17mai 2011 pour poursuite de la rééducation et tentative de sevrage de la sonde urinaire.

Le 19 mai 2011, le profil d'efficience cognitif est réalisé :
« …montre actuellement un fonctionnement cognitif dans l'ensemble assez déficitaire compte-tenu du haut niveau culturel…**le comportement est parfaitement adapté. Patient coopérant et courtois**… compte tenu de la proximité de la chute (2 mois), un deuxième bilan serait utile : séquelles ou détérioration débutante ??? Patient à suivre » Cf. en ANNEXE 2 le compte rendu complet de l'examen neuropsychologique.

A la sortie du SSR, nouvel échec de désondage, Jacques conserve une sonde urinaire à demeure, une hypotension orthostatique. Jacques a repris la marche avec un rollator (2 fois 40 m).
Il est noté dans le dossier de sortie « léger syndrome dépressif en raison de la persistance d'un déficit du nerf cubital bilatéral l'obligeant à manger avec des couverts spéciaux et difficultés à tourner les pages de son journal. »

Ainsi Jacques sort début juillet 2011 en état de dépendance, il ne peut rentrer à son domicile et il ne peut reprendre sa vie solitaire. Après un premier séjour dans un EHPAD « qu'il n'aime pas », il arrive le 14 décembre 2011 ici, 9 mois après la chute.

3. Premières rencontres avec Jacques, ses relations avec les soignants.

Souffrance du nouvel arrivant et souffrance du personnel !

Jacques vient d'arriver à la maison de retraite, mercredi 14 décembre 2011. Il s'ensuit 3 chutes en 3 jours. Chutes sans conséquences physiques.

L'infirmière me transmet une ordonnance pour rééducation de l'équilibre et me prévient par ces paroles : « Monsieur du 11 est agressif ! Il crie et dérange tout le temps. Il insulte l'équipe de soins et les hôtelières ».
L'aide soignante ajoute « il pique des crises comme un bébé et jette par terre tout ce qu'il peut ! Il nous fatigue et il nous donne beaucoup de travail ! » « Il me fait de la peine ».

D'abord je lis l'ensemble des éléments du dossier à la recherche des facteurs de stress déclenchant de ce comportement. Puis je me rends auprès de lui.
Après toutes les précautions d'usage et de politesse (frapper à la porte de sa chambre, me présenter et expliquer l'objet de ma visite), je constate que Jacques s'adresse à moi calmement et courtoisement. Je lui propose de le revoir dans deux jours pour débuter la première séance de kinésithérapie et Jacques accepte le rendez vous sans discuter ni du jour ni de l'heure.

Il en sera ainsi durant tout le séjour de Jacques dans l'établissement, dans une même journée, l'alternance de révoltes agressives et de soumission.

Le déclenchement des comportements de défense serait en partie lié aux relations avec l'équipe.

Dans les transmissions de l'équipe, je retrouve les jours suivants les mêmes descriptions (crises de colères, insultes, jets d'objets et chutes). Depuis son arrivée il y a 5 jours, il est resté dans sa chambre. Il refuse d'en sortir pour prendre ses repas dans la salle à manger.

4. Evolution des relations de Jacques avec l'équipe et les résidents.

Nous constatons que Jacques semble s'adapter lentement à sa nouvelle vie dans l'établissement. Les relations conflictuelles avec l'équipe s'espacent.
Il investit de nouveaux intérêts pour des activités ludiques et culturelles avec certains résidents.
Il va prendre ses repas dans la salle à manger commune. Il s'alimente de nouveau correctement. Amélioration de son indice de masse corporelle.
Le 16 janvier IMC 19.1 kg/m2 et le 9 février 19.6 (en début d'hospitalisation après sa chute 25.5).

- Mobilisation de l'équipe et ajustement des comportements

Le lundi après midi a lieu la réunion de synthèse hebdomadaire de l'équipe soignante de l'EHPAD. En présence du médecin coordinateur, de l'infirmière coordinatrice, des infirmiers, des aides soignantes, de la psychomotricienne, de l'ergothérapeute et de la psychologue.
Le médecin décrit à l'équipe les signes de la maladie de Jacques, la leucoaraïose, mais explique que les troubles du comportement ne sont peut être pas en relation à ce stade d'évolution de la maladie. J'interviens pour avertir l'équipe que Jacques présente tous les facteurs de risque de chute. Les épisodes de colère aggravent les risques de chute.
Jacques déambule avec la démarche très spécifique de la leucoaraïose.
La psychologue de l'établissement pense qu'il y a détérioration des fonctions cognitives. Est-ce lié à la leucoaraïose, au vieillissement physiologique des fonctions cognitives ou au vécu traumatique de son entrée en EHPAD ? Les mêmes questions se posent pour les crises de colère ?
L'équipe se mobilise pour aider Jacques à renouer avec ses centres d'intérêts.
L'ergothérapeute procure à Jacques un support d'aide à la lecture pour l'aider à tenir les livres et tourner les pages. Une liseuse pour livres numériques sera envisagée.

Les entretiens de la psychologue avec Jacques s'établiront dans un climat de plaisir retrouvé de partager des souvenirs d'évènements culturels (expositions de peinture, voyages et musées, films et romans).

Pendant les séances de kinésithérapie, il participe volontiers et fait des efforts pour bien faire. Coopération sans crise de rage (absence de « troubles de l'humeur » pendant la séance, comme décrit dans la leucoaraïose).
Sa mémorisation des exercices est lente et en rapport avec le vieillissement normal. Ce problème sera développé au chapitre « **troubles mnésiques »** ainsi que dans les annexes 6.

Progressivement l'amélioration de son équilibre au cours de la déambulation redonne confiance à Jacques. Avoir moins peur de chuter encourage Jacques à sortir de la chambre. Cette autonomie retrouvée lui facilite sa participation aux activités de l'établissement.

Les aides soignantes décrivent leurs difficultés face à Jacques.
Jacques les accuse de lui « perdre » son linge. Il les accuse également de faire du désordre dans sa chambre, de ne pas remettre à sa place la chaise déplacée ;
Elles prennent conscience que les crises d'agressivité sont déclenchée à chaque fois qu'elles rentrent rapidement dans la chambre.

Progressivement le traitement des facteurs environnementaux de déclenchement des crises de Jacques améliore la relation avec l'équipe.
Jacques ne chute plus. Il déambule avec difficulté.

- Relation de Jacques avec les autres résidents

Activités ludiques
La première fois qu'il désire sortir de sa chambre, c'est pour participer aux activités ludiques (scrabble et trivial poursuit) dont il est informé par le programme rédigé par l'animatrice. Je le vois se déplacer rapidement avec l'aide de son déambulateur pour y être à l'heure prévue. Il reste assis à attendre. Après une demi-heure, il réclame auprès du personnel des explications qui resteront sans réponse. Quand enfin l'activité commence avec une heure de retard, il fait des reproches à l'aide médicopsychologique qui lui demande de se calmer, de ne pas participer au jeu collectif et de se mettre à part et faire un solitaire !

Ainsi, au quotidien, des interventions interprofessionnelles se mettent en place pour expliquer à l'équipe comment réajuster les relations avec Jacques pour éviter les crises et favoriser son adaptation à l'établissement.

Jacques participera de nouveau à des activités « intellectuelles » avec les autres résidents. Il sera informé des retards et ne sera pas mis à l'écart.

Repas
Jacques désire également prendre ses repas en compagnie des autres résidents. La psychomotricienne lui choisit une place à une petite table de deux, l'autre résident est aimable, bien éduqué et d'un excellent niveau intellectuel (professeur qui a fait hypocagne et cagne). Satisfaction de Jacques et inquiétude, il me dit : « bien que j'utilise des couverts ergonomiques, je mange comme un cochon à cause de mon atteinte cubitale bilatérale. Que va-t-il penser de moi ? »
Je lui réponds que son voisin ne s'en plaint pas. « Compte tenu de son niveau intellectuel, votre voisin de table a pu constater votre excellente éducation. Il peut comprendre que vous mangez ainsi à cause de votre handicap des mains ». Jacques fait un large sourire qui témoigne de sa satisfaction à ma réponse et continuera à sortir de sa chambre pour les repas.

L'ergothérapeute va rechercher des couverts ergonomiques plus adaptés et la psychomotricienne va travailler avec Jacques pour tenter d'améliorer la précision des gestes pour s'alimenter.

Ses relations avec les visiteurs de l'extérieur

Christina vient le voir régulièrement pour gérer ses problèmes administratifs. Jacques reste allongé, passif et lui laisse régler les affaires. En ma présence, il ne lui témoigne aucune marque d'affection. Il reste froid et distant.
Visite d'un psychiatre pour la démarche de mise en tutelle : coopérant et courtois.

Une femme vient lui rendre visite :
Elle me déclare être amie de Jacques et vient de faire 200km pour lui rendre visite.
Elle me dit devant Jacques que c'est un « merveilleux conteurs plein de charme ».
Jacques est allongé et sourit, le regard ailleurs. Il semble l'écouter calmement.

Plus tard dans l'après midi, je trouve Jacques en colère. Il m'explique qu'il ne supporte pas la présence de cette femme, qu'il n'avait qu'une seule envie, c'est de la mettre dehors. Je lui dis que je suis étonné car il souriait en sa présence. Il me répond qu'en réalité il « bouillait ».

5. Les dernières semaines de Jacques avant son décès.

A partir du mois d'avril, brusque retour des troubles cliniques et anxiété.
Le 12 avril, il se plaint de vertiges lors de sa douche. Il demande à être recouché avec mise en place d'une barrière. Dans la soirée il dit qu'il ne veut plus d'une barrière.
Pendant la nuit, il est très agité et il arrache sa sonde vésicale à demeure.

Habituellement, quand je lui propose la séance de kiné, il change ses lunettes de lecture pour ses lunettes de vision de loin. Les lunettes sont toujours rangées par lui dans leur étui respectif et il pose les étuis toujours sur la desserte à porté de main.
Ce 13 avril, il me semble bien confus, il ne retrouve pas l'étui à lunettes (vision loin). Je le ramasse du sol et cela le rassure. Compte tenu de son état, pas de séance ce jour.

Je peux lire dans les transmissions des équipes :

« Il sonne sans arrêt pour se plaindre et il nous dérange »
Sur le plan visuel : « il veut absolument voir immédiatement un ophtalmo parce qu'il n'arrive pas à lire ; bien qu'il est été averti d'un rendez-vous pris, il continue de sonner. »
Sur le plan urinaire, diurèse normale.
« Il sonne sans arrêt et se plaint de constipation » « il réclame sans arrêt des laxatifs ».
Les fiches de suivi d'hygiène montrent qu'il n'est pas constipé. Un laxatif lui sera donné et il s'en suivra des selles liquides.

Les jours suivants, il continuera de se plaindre continuellement de constipation. Un lavement lui sera administré avec pour résultat des selles liquides. Jacques déclarera que cela le soulage.
La peur de la constipation l'empêche de dormir la nuit. Il reste alité pendant la journée et prend ses repas dans sa chambre.

Il me dit « **on se fiche de moi. Ma constipation c'est le seul problème** ».

Je tiens compte de sa demande et lui propose des exercices abdominaux diaphragmatiques de lutte contre la constipation (Ventilation dirigée type Valsalva etc.)
Je reprends la stratégie de soin du début de son séjour : explications et réassurances qui ont pour effet de calmer Jacques :

Avec exigence je dirige les exercices respiratoires qu'il exécute avec beaucoup d'attention.
De séance en séance il progresse et je valide ses efforts. Nous pouvons ainsi poursuivre la rééducation de l'équilibre en dehors de sa chambre.

Cependant Jacques continue de se plaindre de constipation et de douleur abdominale. Il réclame laxatifs, lavements et antalgiques. Ses urines sont claires et la diurèse normale. Christina semble ne lui apporter aucun apaisement.

Jacques me demande d'interrompre la rééducation et me dit « **je souffre tellement que je ne contrôle rien du tout !** »

Le lendemain, le 25 avril, échographie abdominale vésico-sphinctérienne à l'hôpital Cochin qui ne décèle aucune anomalie.
A son retour de l'hôpital, la sonde est déconnectée, du sang s'écoule.

Retour en urgence à l'hôpital Cochin prévu pour le lendemain matin.
Dans la nuit, Jacques chute du lit et est adressé en urgence à l'hôpital Béclère pour suspicion de fracture. Rien n'est décelé.

Retour à l'EHPAD et chute de nouveau apparemment sans fracture.

Hospitalisé de nouveau à Béclère pour décompensation respiratoire puis cardiaque, il décèdera quelques jours plus tard.

B. PROBLEMES CLINIQUES DE JACQUES

1. Somatique : Les troubles de la marche et les risques de chute

On peut observer un élargissement du polygone, des petits pas avec de la festination, (Terme issu du latin « festinare » : se hâter).
Tendance à marcher plus vite de façon à éviter la chute en avant. La festination se rencontre chez certains patients essentiellement ceux atteints de la maladie de Parkinson. Elle correspond au premier degré de la propulsion. La propulsion appelée également antépulsion est la tendance pour certains patients d'accélérer leur marche jusqu'à prendre le pas de course. À ce sujet le médecin Trousseau disait : « Ils semblent courir après leur centre de gravité. »

Une diminution du balancement des bras ainsi qu'une démarche magnétique (comme si les pieds étaient collés au sol). (On explique le tableau par une interruption des voies reliant le cortex moteur et l'aire motrice supplémentaire aux ganglions de la base et au cervelet. L'épargne relative des membres supérieurs serait secondaire à la position plus superficielle des fibres des membres supérieurs, ce qui les rend moins vulnérables aux changements profonds péri ventriculaires.

Jacques utilise un rollator. C'est un déambulateur avec 3 roues et deux poignées pour freiner.
Il avance avec précipitation, festination en accélérant le pas et en même temps il freine en permanence. Il pousse le rollator, le buste très incliné en avant.

L'objectif est de mieux contrôler la coordination et de déambuler sans freiner. Un cadre fixe sans roues augmenterait la sécurité mais Jacques refuse le changement de déambulateur.



Facteurs de risques de chutes de Jacques

Jacques est exposé à un très important risque de chutes à répétition. Il présente presque tous les facteurs prédisposant et précipitant.

- Facteurs prédisposant (terrain)

- Âge supérieur à 80 ans (82 ans)
- Antécédents de chutes (fractures traumatiques)
- Poly médication supérieure à 4 jours (prise de plusieurs classes thérapeutiques par jour)
- Prise de psychotropes, diurétiques, digoxine ou anti arythmique de classe 1
- Trouble de la marche et/ou de l'équilibre (timed up & go test > 20 secondes et station unipodale impossible à réaliser)
- Diminution de la force et de la puissance musculaire des membres inférieurs (incapacité à se relever d'une chaise sans l'aide des mains ;
- index de masse corporelle < 21 kg/m2 (18.4)
- Gonarthrose bilatérale
- Anomalie des pieds
- Troubles de la sensibilité des membres inférieurs
- Baisse de l'acuité visuelle et antécédent chirurgie de la cataracte
- Syndrome dépressif
- Déclin cognitif ? (suspecté par un score MMSE et/ou test des cinq mots et/ou test de l'horloge et/ou test Codex anormal)
- Syndrome Parkinsonien

- Facteurs précipitant

- Cardio-vasculaires : hypotension orthostatique et cardiopathie
- Neurologiques : existence d'un déficit neurologique sensitivomoteur de topographie vasculaire constitué et d'une confusion mentale sémiologie extrapyramidale
- Vestibulaires : vertige à l'interrogatoire lié à un syndrome oto-neuro-toxique
- Environnementaux : l'éclairage insuffisant de la chambre, de la salle de bains et du couloir d'accès.

2. Neurosciences : Les troubles cognitifs

a) Troubles mnésiques

Sa mémorisation des exercices de rééducation est lente et en rapport avec le vieillissement normal.

La progression de la difficulté des exercices de coordination et de correction posturale est lente et c'est la répétition des séances qui lui permet de mémoriser l'enchainement des exercices proposés.

La mémoire, est elle conforme au vieillissement physiologique de Jacques ?

Ainsi nous a été définie **la mémoire : c'est la capacité qui nous permet d'acquérir une information de la conserver intacte de la restituer à la demande.**

Pour aller plus en avant, reprenons les schémas des mémoires étudiés en cours de neuroscience.

ENCODAGE puis STOCKAGE puis RECUPERATION

A chaque séance, Jacques me reconnais et je n'ai pas besoin de rappeler l'objet de ma visite : Jacques a la capacité de **récupération de l'information** (préservation d'indices pour recherche et évocation de l'information).

Stimulation de la mémoire dans des registres sensoriels extéroceptifs (visuels, auditifs) et proprioceptifs (appareil musculo-squelettiques et vestibulaire)
Voir ANNEXE 6 : Modèle de mémoire d'après **Atkinson et Shiffrin (1968)**

Le rythme des séances est de trois fois par semaine mais sans horaire précis.

La mémoire de travail temporaire est activée. Le processus de contrôle est présent (autorépétition, codage, décision et stratégies de rappel).

La Mémoire à long terme encore fragile car il ne s'agit pas d'un stockage permanent à ce stade de la rééducation : les progrès ne se pas acquis. A chaque séance, les mêmes erreurs posturale au départ. Ensuite, en cours de séance, possibilité par Jacques de réajuster les écarts posturaux.

La progression de la difficulté des exercices de coordination et de correction posturale est lente et c'est la répétition des séances qui lui permet de mémoriser l'enchainement des

exercices proposés. De janvier à mars, **Jacques progresse. Sur le plan neurochimique, la plasticité synaptique** semble préservée chez Jacques.
Par ailleurs le maintien de l'information permet le stockage.

La capacité d'attention de Jacques est préservée, ce qui y a probablement permis l'**encodage** (Saisie de l'information et du contexte).

La mémoire de travail est présente chez Jacques, ce qui lui permet de reproduire par lui-même des exercices gestuels mémorisés.
(Pour **Baddeley (1974),** la mémoire de travail permet de réaliser des manipulations cognitives sur des informations maintenues temporairement. Mémoire de courte durée, mémoire « tampon » qui permet le maintien des informations spatiales ou visuelles.)

Mémoire déclarative et mémoire procédurale :
Selon le modèle de mémoire de **Cohen & Squire (1980)** (voir ANNEXE 5)
Les séances de kinésithérapie de l'équilibre mettent en jeu la mémoire procédurale prioritairement (habiletés, apprentissage non associatif, amorçage perceptif et conditionnement).
Concernant la mémoire déclarative, les deux entretiens fructueux avec Jacques, pour établir l'histoire de vie et répondre au questionnaire d'aide au diagnostic psychosomatique, montrent, me semble t'il la préservation de la mémoire sémantique des faits ainsi que de la mémoire épisodique des évènements.

Le traitement kinésithérapique se déroule en l'absence de plainte mnésique spontanément ni autodépréciation verbalisée. Seul rappel exprimé par Jacques « ne me quittez pas des yeux ».

b) Fonctions exécutives et attentionnelles

Je pense qu'il n'y a pas de troubles de la mémoire liée au vieillissement normal selon les critères du **Mild Cognitive Impairment (MCI)** définis par Petersen et al, 2001 car absence de plainte mnésique, pas d'altération objective de la mémoire, le fonctionnement cognitif général semble conforme au vieillissement normal.
Les activités de la vie quotidienne sont perturbées par les troubles de la déambulation et l'atteinte cubitale bilatérale.

Pour rappel, le tableau clinique des troubles mnésiques du vieillissement normal est :

• altération de systèmes sensoriels, empêchant un recueil correct des informations

• 3 caractéristiques retenues comme associées au vieillissement normal:

- réduction des capacités attentionnelles
- Mémoire de travail non altérée en soi, mais secondairement à la réduction des capacités attentionnelles
- altération de la récupération active

- rappel libre altéré, indiçage efficace
- diminution de la vitesse de traitement
- temps nécessaire au traitement dune tâche d'autant plus augmenté que la tâche est complexe

Concernant Jacques,
L'altération de systèmes sensoriels, empêchant un recueil correct des informations est aggravée par l'atteinte vestibulaire suite au traitement par la streptomycine de la tuberculose ainsi que par l'atteinte cubitale bilatérale.
La réduction des capacités attentionnelles se manifeste par une **fatigabilité.**
J'ai pu également constater que temps nécessaire au traitement d'une tâche est d'autant plus augmenté que la **tâche est complexe**.
Ce qui est en rapport avec le vieillissement normal d'un sujet de plus de 80 ans.

c) Démence

Absence des signes de démence sous-corticale liée à l'évolution de la leucoaraïose :
Ni lenteur d'idéation (formation et enchainement des idées), ni apathie, ni détérioration de la mémoire procédurale. En revanche, chez Jacques présence de l'apraxie à la marche caractéristique (voir ANNEXE 1B)

3. Les troubles psychiatriques

Jacques est resté conscient pendant 4 jours au sol après la chute. Il m'en parle avec inquiétude. Cet évènement a probablement constitué un traumatisme psychique. (Envahissement du psychisme par un afflux d'excitations violentes, vécues comme agressives et susceptibles de déborder les capacités de défense, psychologique de l'individu).

a) Dépression

Jacques présenterait une **dépression anxieuse** accompagnée de crises d'agitation anxieuse et désordonnée, voire de confusion.
Peut-on relier cette dépression anxieuse au stress de la chute, de la perte d'autonomie et l'entrée en EHPAD ? Dans ce cas, il s'agirait d'un trouble d'adaptation avec humeur dépressive ?
Cette situation aurait elle réactivé le deuil pathologique des parents pendant l'enfance et atteint durablement le fonctionnement psychosocial par l'isolement et l'absence de lien affectif autre que sa tante Christine ?

Nous constatons l'**absence de syndrome de glissement**

- dans lequel on voit une opposition.
  - Refus de s'alimenter
  - Refus de se soigner
  - Refus de communiquer

  - Négativisme
  - Retrait affectif, indifférence, aucun investissement vers l'extérieur
  - Renoncement délibéré et agressif
  - Satisfaction d'être dans le repli de soi
  - Régression dans le sommeil.
- Pas de grabatisation.
- Absence de volonté d'en finir, équivalent suicidaire dans lequel le sujet s'enferme dans un mutisme absolu laissant la pulsion de mort prendre toute la place.

b) Anxiété

Les troubles anxieux sont consécutifs au stress post-traumatique de la chute et de l'hospitalisation de Jacques.
Le syndrome post chute est apparu pendant l'hospitalisation.
Il se définit par l'apparition dans les jours suivant une chute chez une personne âgée d'une diminution des activités et de l'autonomie physique, alors que l'examen clinique et si besoin le bilan radiologique ne décèlent pas de cause neurologique ou mécanique ou de complication traumatique. Plus généralement, on entend par syndrome post-chute un ensemble de troubles psychologiques, de l'équilibre et de la marche observés après une chute. Tout se passe comme s'il se produisait une véritable sidération des automatismes de l'équilibre et de la marche.

Pour rappel, sémiologie clinique
_ A la phase aiguë : peur, anxiété, perte des initiatives, refus de mobilisation, tendance rétropulsive avec flexion des genoux lors du relevé du fauteuil, aidé par l'examinateur
_ Forme vieillie : **Syndrome de régression psychomotrice**, avec confinement dans la chambre, peur de sortir et de tomber, rétropulsion à la station debout avec appui du pied sur le talon et orteils en griffe, marche précautionneuse, les pieds aimantés au sol, les mains s'agrippant aux meubles ou à l'examinateur, l'ensemble réalisant la stasobasophobie.

A l'entrée en EHPAD, je ne constate ni syndrome post chute ni syndrome de régression psychomotrice. En revanche, dans le questionnaire d'aide au diagnostic psychosomatique, les réponses de Jacques signent une **très forte anxiété**.
Tout d'abord, le sentiment d'un danger imminent relatif à l'appréhension de la maladie et d'un pessimisme concernant le futur.
Deuxièmement, une appréhension de quelque chose d'indéfini (Question 14)
Et troisièmement un sentiment de désarroi.

c) Troubles du comportement

Il survient des crises de colère, des comportements à caractère obsessionnel et paranoïde déclenchés par la confrontation au personnel de l'établissement.

Demandes répétées de laxatifs,
Plaintes répétées de vol de vêtements,
Opposition au déplacement d'un fauteuil dans la chambre

PARTIE 2 : APPROCHE PSYCHOSOMATIQUE INTEGRATIVE.

A. APPORT DE LA PSYCHOSOMATIQUE

Dans les dernières semaines avant son décès, Jacques subit un processus de désorganisation rapide. Jacques est fragile et présente un grand risque psychosomatique.

Si nous nous référons à l'approche de Pierre Marty concernant **le processus de désorganisation progressive qui repose exclusivement sur les dysfonctionnements psychiques**, je pourrais ainsi essayer de décrire la dégradation de l'état de santé de Jacques :

Son entrée en EHPAD faisant suite au traumatisme d'une chute « où il s'est vu mourir » suivi d'une hospitalisation de plusieurs mois a constitué une accumulation d'excitations sans possibilité d'écoulement dans ses comportements habituels de défense (hyperactivité).

Reprise de la dépression consécutive au deuil traumatique de la perte de ses parents pendant son enfance.

Apparition d'un état de détresse psychosomatique accompagné d'angoisses diffuses (peur de la constipation, peur d'altération de la fonction visuelle).

Désorganisations somatiques en rafale (perte d'équilibre, atteinte du système urinaire, choc septique probable, décompensation respiratoire puis cardiaque aboutissant au décès.

B. APPORT DE LA PSYCHOSOMATIQUE INTEGRATIVE

Dans la nouvelle approche de la psychosomatique intégrative, J.B. Stora incorpore également la dimension médicale et celle des neurosciences :
« Le quantum d'excitation dont parle Sigmund Freud et Pierre Marty **atteint la perception psychique mais aussi celle du système nerveux central et du système immunitaire** ; on ne peut ignorer l'existence des différents systèmes et leurs réactions lors de la modification de l'environnement des individus.[5] »

Ce quantum d'excitations mentales et sensorielles est pris en charge par 5 systèmes en interrelations les uns avec les autres :

1. L'appareil psychique
2. Le système nerveux central
3. Le système nerveux autonome
4. Le système immunitaire
5. Le système génétique ou Génome

[5] Note non publiée de JB Stora version mise à jour le 18 octobre 2011 : Le principe des somatisations-modèle de J.B. Stora

Dans le cas de Jacques, j'envisage pour hypothèse que la perte de l'autonomie et l'entrée en EHPAD sont la source d'excitations externes qui constituent un stress majeur et permanent.

Dans cette note (le principe des somatisations), JB Stora écrit que « …le traumatisme actuel peut réactiver un traumatisme passé mémorisé sous forme de représentations mentales ou non dans l'hippocampe, les ganglions de la base et le tronc cérébral ainsi que dans le système limbique (mémoire des émotions). »

L'entrée en EHPAD peut donc réactiver le traumatisme de séparation de Jacques avec tante Christine et le stress des années d'évolution de la tuberculose. **Au stress externe occasionné par ce changement d'environnement en établissement peut se surajouter les excitations endopsychiques**, ce stress interne relié à une problématique du moi jamais résolue, comme nous l'envisageons dans le cas de Jacques.

Le stress de l'appareil psychique ainsi débordé se transmet aux différents systèmes afin d'essayer de rétablir l'homéostasie mais des phénomènes de dérégulation et de dysfonctionnements apparaissent conduisant à des somatisations graves lorsque le stress est permanent.

Apport des neurosciences :
J.B. Stora propose une hypothèse neuronale pour expliquer l'origine des somatisations :
« Quand le quantum d'excitation ne peut être traité au niveau de l'appareil mental, il est alors transmis au niveau de sous-systèmes neuronaux qui vont, en fonction de leur programmation propre, activer les différents circuits biologiques de défense de l'organisme. »

Activation du système de réaction de rage et de colère par des états de frustration.
Toutes les réactions corporelles (cardiorespiratoire, tonus musculaire, blocage du système digestif, du sphincter anal etc.) sont mobilisées au niveau du système nerveux autonome et sont orchestrées par les projections neuronales de l'amygdale reliées au système hypothalamique.

Les sentiments d'anxiété sont générés par le système de réaction de peur.
En psychanalyse, anxiétés et peur sont reliées au noyau paranoïde. Ce sont les parties latérales et centrales nucléiques du complexe de l'amygdale qui sont le cœur du système. A partir de l'amygdale il existe des projections neuronales vers l'hypothalamus antérieur et médian. Ce système déclenche des réactions motrices au niveau viscéral, les diarrhées par exemple.

Tous ces mécanismes neurohormonaux de défense semblent mis en œuvre dans les réactions de Jacques qui face à un stress permanent, alterne entre des crises de colère et des moments de grande anxiété.

Finalement, Jacques subit un choc septique. L'apport des neurosciences pour comprendre cette évolution fatale est fondé sur l'hypothèse actuelle suivante :
Toute forme de stress impliquant un changement significatif du cours de vie peut activer l'axe hypothalamo-hypophyso-surrénalien et produire les corticostéroïdes qui court-circuiteront le système immunitaire de surveillance.
Ainsi anxiété, dépression et manque de force du Moi (fatigue) sont liés à une sous activité du système immunitaire et ont pour conséquence **l'altération de l'unité psychosomatique**.

J.B. Stora explique dans la note précitée « les recherches des années 90 ont démontré que Selye se trompait dans la phase dite d'épuisement. Le stress chronique (permanent) ne conduit pas à l'épuisement des molécules telles que l'adrénaline et le cortisol, mais la sécrétion continue de ces molécules dans le corps conduit à un effondrement généralisé de l'unité psychosomatique humaine ». Ce qui survient probablement dans le cas du stress permanent de Jacques.
J.B. Stora poursuit : « la psychobiologie nous invite à réduire à deux étapes les réactions à la suite d'évènements stressants provoquant un quantum élevé d'excitations.

1. Une étape adaptative complexe d'alarme et d'activation
2. Une étape des conséquences de la désadaptation résultant d'une réponse prolongée de stress. »

A l'arrivée dans l'EHPAD mi-décembre 2011, Jacques était soumis à un stress qui s'est vraisemblablement insuffisamment atténué de janvier à avril 2012.
Il s'en est suivi une deuxième phase de décompensation somatique en rafales.

Reprenons les stades de somatisation énoncés par J.B. Stora[6] pour expliquer l'évolution de l'état de santé de Jacques.

Pendant la vie d'adulte actif, Jacques a réussit à trouver un mode de vie que lui –même a qualifié de satisfaisant (plaisir, vie idéale etc.). Solitaire, vie professionnelle intense et surinvestissement dans des activités sublimatoires, comme nous l'avons vu précédemment.

Pendant sa vie de « jeune retraité » vivant chez lui avec seulement un handicap de marche, le maintien de l'ensemble des activités culturelles a encore été possible.

Je propose le stade 1 de somatisation décrit par JB Stora : « il comprend des comportements psychiques et somatiques destinés à renforcer le pare-excitations individuel » auxquels je rattache le retrait émotionnel, travail et activités culturelles intenses sont des modes de dépense de l'énergie en excès et une façon de neutraliser le retournement des pulsions agressives contre soi. Il s'agit de décharger et découler les excitations déclenchées par des évènements et des situations et qui touchent l'affectivité.

Comment décharger les excitations ? JB Stora décrit deux possibilités d'écoulement et de décharge :

1. Dans un travail mental d'élaboration joué par l'appareil psychique
2. Dans des comportements moteurs et sensoriels différemment lié ou non au travail mental.

Dans le cas de Jacques,
Vraisemblablement absence ou insuffisance du travail d'élaboration mentale du deuil de ses parents et de séparation et d'éloignement de tante Christine.
En revanche, pendant sa vie d'adulte, Jacques a visiblement pu adopter **des comportements à valeur libératoire** comme nous l'avons vu précédemment, travail, vie culturelle quotidienne et **comportements obsessionnels**.

La chute entraine perte de l'autonomie, gène dans l'usage des deux mains et modification de l'environnement et du mode de vie. Jacques ne peut plus décharger dans l'activité de ses comportements adoptés dans son ancienne vie quai des Grands-Augustins. Les excitations ne

[6] Stora JB, Le rôle de l'appareil psychique, des mécanismes neuronaux et neurohormonaux dans les somatisations : l'approche de la psychosomatique intégrative, Annales Médico-psychologiques 170 (2012) 26-31

s'écoulent pas dans l'élaboration mentale et s'accumulent. Selon JB Stora elles peuvent réveiller les excitations non résorbées de l'enfance ; les excitations de l'âge adulte et celles de l'enfance paraissent alors s'additionner.
De fin mars à mi avril, je propose de le stade 4 décrit Par JB Stora « l'émergence incontrôlable des **pulsions agressives mortifères** du fait de la désintrication pulsionnelle aboutit à **une désorganisation psychosomatique du Moi**…les troubles somatiques à ce stade sont très graves, induits par le déclenchement des processus globaux de désorganisation progressive de tous les systèmes. »

Début mai, passage en stade 5, que JB Stora décrit ainsi : « la rupture désorganisatrice du Moi peut être de nature irréparable…au niveau somatique, les forces de désorganisation mortifères peuvent conduire en dernier lieu, l'être humain au bord de l'épuisement et à la mort dans toutes les maladies où le pronostic vital est engagé. »

De quelle désorganisation psychosomatique du moi s'agit-il ?
René Spitz a introduit le concept d'organisateur de l'appareil psychique du nourrisson dans le processus de maturation et JB Stora a posé l'hypothèse des organisations psychosomatiques et explique « …si la consolidation de l'organisateur ne se fait pas, le développement de l'appareil psychique s'arrête à un point qui deviendra un point de fixation-régression (Freud-Marty). Par contre la maturation somatique poursuivra son cours puisqu'elle suit une programmation génétique automatique[7]. »

C. DIAGNOSTIC PSYCHOSOMATIQUE

1. Evènements de vie et troubles somatiques

Sur le tableau sont reliés les évènements de vie aux troubles somatiques.
Les commentaires aident à établir progressivement les caractéristiques du fonctionnement psychique (comportements, émotions, pensées – représentations mentales) en les replaçant dans l'environnement familial du patient en vue d'établir un premier diagnostic.

[7] JB Stora, note de cours non publiée « La relation d'objet », GHU La Pitié-Salpêtrière, 28 novembre 2010.

Commentaires	Evènements de vie	Date ou âge	Trouble somatique
	Naissance à Paris	05/07/29	
Carence infantile	Décès du père	8 ans	
Deuil pathologique	Décès de la mère	10 ans	
Répétition de situation : après le décès du père, il est recueilli par une mère de substitution qui est veuve. Enfant surinvesti.	Recueilli par Christine à Compiègne	1939	
	BAC au lycée de Compiègne	1948	
Distance à l'objet. Eloignement de Jacques, le lycée Carnot est distant de 85 km de Compiègne : possible traumatisme de séparation avec tante Christine.	1ère et 2ème année de prépa à Paris	1948/49	Tuberculose
Distance à l'objet espace /temps Retour de Jacques en France. Montmorency est distante de 80 km de Compiègne : fragilité des défenses immunitaires et naturelles en relation avec la carence précoce des parents.	Sanatorium en Allemagne puis à Montmorency	1950	Aggravation
Jacques déclare ne pas souffrir de vertige pendant toute sa vie active.		1950	Traitement à la streptomycine entrainant syndrome oto-neurotoxique vestibulaire
	2 opérations	1952	lobectomie
Distance à l'objet espace /temps Rapprochement de Jacques auprès de Christine	Succès au concours HEC Vit entre Paris et Compiègne	1954	Officiellement guéri de la tuberculose
	Fin des études	1957	
Jacques ne s'éloigne pas de Christine	Premiers emplois à Paris		
Commentaires	**Evènements de vie**	**Date ou âge**	**Trouble somatique**
Noter le choix du métier : contrôleur Activité professionnelle intense ne lui laissant que peu de temps libre.	Contrôleur de gestion d'une entreprise	De 1961 à 1994	

Distance à l'objet espace /temps Voyages professionnels de courte durée.	française produisant des biens culturels. Il est basé en proche banlieue		
Autoérotisme : Vit en solitaire. Aucune relation ni intime ni amicale exception pour Tante Christine dont il a pu « profiter » longtemps. Avec ses voisins 3 mots : « bonjour merci au revoir »	Emménage quai Voltaire au centre de Paris, il décrit une vie de plaisirs culturels et de voyages	De 1974 à son hospitalisation	
Similitude de prénoms tante Christine et Christina qui lui reproche d'être avare de paroles et radin. Froideur narcissique Pulsions anales	Employée de maison Christina 1 fois par semaine	De 1987 à aujourd'hui	
	décès de tante Christine	1989	
Hyperactivité ou réinvestissement dans des activités culturelles *sublimatoires (mécanismes de défense)*	Prend sa retraite, il décrit une merveilleuse et idéale investie par sorties culturelles quotidiennement et plus de 100 weekends à Londres	1994 à 65 ans	Se sent en bonne santé
	il voyage moins, sort toujours autant	2002 à 73 ans	Début des difficultés à la marche car gonarthrose.
	Programme une chirurgie du genou	Avril 2011	
Il me dit qu'il a pensé qu'il allait mourir : *Syndrome post traumatique*	Chute en sortant de sa douche. Christina prévient le SAMU	15 mars 2011	4 jours au sol, conscient
Commentaires	**Evènements de vie**	**Date ou âge**	**Trouble somatique**
Syndrome post chute.	Hospitalisé en réa puis pneumologie puis médecine		• IMC 25.5 • Découverte de la leucoaraïose

			• Marche avec un rollator
Fonctionnement cognitif assez déficitaire. Séquelle ou détérioration débutante ? Comportement parfaitement adapté, patient coopérant et courtois « léger syndrome dépressif en raison de la persistance d'un déficit du nerf cubital bilatéral l'obligeant à manger avec des couverts spéciaux et difficultés à tourner les pages de son journal. »	SSR La Rochefoucauld	17 mai 2011	• Maintien de la sonde urinaire à demeure • Persistance d'un déficit du nerf cubital bilatéral
Premier séjour dans un EHPAD « qu'il n'aime pas »,	1er EHPAD	Juillet 2011	
Distance à l'objet espace Il me dit « dommage que je ne puisse voir le bâtiment de mon ancien travail depuis la fenêtre de ma chambre	Choix de la 2ème EHPAD car à 100 m de son ancien cadre de travail	14 décembre 2011	
Anxieux et dépressif *Colères narcissiques primaires* *Possible réactivation du traumatisme archaïque.* Obnubilé par le vol de ses vêtements et le déplacement des meubles (*obsessionnel paranoïde*)			Chutes à répétition
Espacement des crises de colère narcissique *Anxiété* par peur de la constipation.	Anxiété par peur de la constipation,	Janvier 2011	• Arrêt des chutes • Diarrhées liées à prise de laxatifs • IMC 19.1
Adaptation progressivement à l'EHPAD.	Amélioration de ses relations avec équipe soignante. Il est moins agressif mais aussi exigeant. Début de socialisation (repas et jeux avec autres résidents)	Février 2011	• Progrès de l'équilibre et coordination. • IMC 19.6

Commentaires	Evènements de vie	Date ou âge	Trouble somatique
anxiété	Il demande une barrière de lit qu'il refuse ensuite	12 avril	Vertiges lors de la douche
Agitation, facteur déclenchant ?	Il arrache la sonde à demeure la nuit.	Nuit du 12/13 avril	
Récidive des crises narcissiques primaires	Exige de voir immédiatement un ophtalmo	13 avril	Ressent des troubles visuels
Il déclare « **on se fiche de moi. Ma constipation c'est le seul problème** ».	Peur de la constipation : réclame laxatif ou lavements		Déclenchement de selles liquides
« **je souffre tellement que je ne contrôle rien du tout !** » anxiété	Demandes incessantes de lavements	24 avril	Absence anomalie à l'échographie abdominale vésico-sphinctérienne
	Il déconnecte la poche urinaire	30 avril	Sang dans le tuyau
En urgence à Cochin en urologie	Chute du lit sans conséquence	1er mai	Urines hématiques T 37°6
Urgence Béclère	chute	2 mai	Hématurie Absence de fracture
Retour à l'EHPAD. Désorientation.	2 chutes	3 mai	Déshydratation T 38°2
	hospitalisation	4 mai	Décompensation cardio respiratoire sévère
		6 mai	décès

2. L'examen clinique psychosomatique

L'examen clinique de Jacques a lieu le 13 janvier 2012, un mois après son arrivée dans l'EHPAD. Les crises de colère narcissique se sont espacées et Jacques ne chute plus. Apparition de l'angoisse de la constipation.

a) Questionnaire d'aide au diagnostic psychosomatique (voir en ANNEXE 4 les réponses de Jacques)

JB Stora a établi le questionnaire à l'intention des médecins et des psychothérapeutes, destiné à compléter l'entretien psychosomatique.

Jacques est d'accord pour répondre oralement au questionnaire, à la condition que je coche les croix des réponses car il a trop de difficultés pour écrire (atteinte périphérique cubitale bilatérale)
Il comprend chaque question du premier coup, sans me faire répéter, il répond vite sans hésiter. Les 180 questions sont abordées sans pause ni fatigue de sa part. Aucune lassitude exprimée.
Généralement, les questions correspondent bien à ce qu'il ressent. Quand les questions ne semblent pas adaptées, il me le fait remarquer par un geste d'haussement des épaules.

- Validité

Le questionnaire est valide car Jacques a moins de 85 ans et n'a pas répondu à une seule question « 133 Chaque année j'ai droit à tous mes congés de maladie ? »
L'indicateur de validité est à 0 ce qui signe la validité.

- Résultats

I. Indicateur de Franchise score 7/10 le patient est plutôt franc et se révèle dans ses réponses

II. Désir de paraître sous son meilleur jour score 5 /15. Patient non concerner par le désir des patients d'apparaître intéressant et bien équilibré émotionnellement

III. Dépréciation du patient dans sa relation au médecin score 6 /15
Le patient ne rapporte pas de façon exagérée ses problèmes accompagnés d'émotion.

IV. Absence d'habitudes toxiques score 0 (médicament non prescrit, cigarette, alcool, café et comportement alimentaire)

V. Indicateurs de santé et d'équilibre psychique : les résultats montrent des scores très élevés.

- ❖ Échelle anxiété-tension : score 91/115
  JB Stora : Un score élevé sur cette échelle révèle la fragilité des patients et nous devons découvrir leurs troubles somatiques (à majorité cardiovasculaire, système digestif, ou autres).

- ❖ Échelle de dépression score 107/115

JB Stora : Cette échelle est centrée sur l'état végétatif et sur l'humeur du patient, à savoir baisse de l'appétit, retrait social, découragement, sentiment de culpabilité, apathie comportementale, perte d'intérêt dans les activités qui apportent un plaisir. Des scores élevés de cette échelle indiquent la fragilité du patient et l'aggravation probable des troubles somatiques.

- Échelle de dysfonction cognitive score 80/115
  JB Stora : Cette échelle repose sur l'évaluation de la capacité de se remémorer des expériences du passé, de penser de façon abstraite, de se représenter des événements, de les inter-relier et de les penser de façon symbolique.

- Échelle des fluctuations émotionnelles score 69/115
  Environ 6 % des patients souffrants de troubles somatiques. Ces patients ont des troubles endogènes de l'humeur, passent par des périodes d'apathie, et basculent souvent dans des états de colère, d'anxiété ou d'euphorie. Il s'agit de troubles du système neuronal de l'émotion (système limbique, ganglions de la base) parfois accompagnés de pensées suicidaires.

- Échelle de comportement défensif score 60/115
  JB Stora : Ces patients sont irritables et soupçonneux, il provoque souvent de l'exaspération de la part du personnel soignant. Il semble que ces patients ne font pas confiance aux médecins et sont sur la défensive.

VI. Indicateurs de comportements d'adaptation

Qui reflètent les stratégies du système de défense mentale.

- Comportement de retrait et d'absence d'affect score 62/115

- Comportement craintif, inhibé, perte d'estime de soi score 95/115

- Comportement d'anhédonie, d'incapacité de jouir de l'existence score 85/115

- Comportement coopérant en apparence, déni de la maladie. Score 82/115
  Il s'agit d'un mode de défense consistant en un refus par le sujet de reconnaitre la réalité d'une perception traumatisante

- Comportement d'observance, recherche de l'approbation. Score 40/115
  Score moyen à faible, ce que confirme la clinique, patient qui n'est pas facile à soigner.
- Comportement de confiance et d'observance, attente d'être traité avec courtoisie score 20/115
  Score très faible, le patient n'est pas confiant, ce qui est confirmé par la clinique.

- Comportement sceptique, non-conforme, action impulsive score 43/115

- Comportement autoritaire, agressif, peu observant score 30/115

- Comportement responsable, et coopérant score 58/115

- ❖ Comportement imprévisible, d'observance fluctuante, insatisfaction et troubles de l'humeur score 74/115
  Score assez élevé, ce qui est confirmé par la clinique : Ce sont des personnes qui ne sont pas satisfaites de leur état psychologique et/ou physique, et changent souvent d'humeur sans raison apparente.

- ❖ Comportement plaintif, pense qu'il ou qu'elle mérite de souffrir score 63/115
  La clinique ne montre pas de comportement masochiste.

VII. Les modérateurs du stress comme indicateurs du pronostic des traitements : les scores maxima signent un pronostic défavorable.

- ❖ Échelle d'appréhension de la maladie versus acceptation de la maladie score 109/115
  Leur intérêt pour toute modification de leur corps les conduit à ruminer des pensées ou bien à abuser des services médicaux. On peut assimiler ces patients à ceux manifestant un comportement hypocondriaque.
  Confirmé par la clinique : Jacques a peur de la constipation et réclame des laxatifs.

- ❖ Échelle de déficits fonctionnels versus compétences fonctionnelles score 115/115
  Il s'agit d'un indicateur de qualité de vie ; il mesure le sentiment de perte de l'indépendance et de la liberté de s'engager dans des activités quotidiennes. Confirmé par la clinique

- ❖ Échelle de sensibilité à la douleur versus résistance à la douleur score 115/115
  Jacques craint la douleur mais n'exprime jamais de douleur.

- ❖ Échelle de mesure de l'isolation sociale versus soutien social score 103/115
  Effectivement Jacques est seul dans la vie.

- ❖ Échelle d'évaluation du pessimisme du futur versus optimisme du futur 85/115

- ❖ Échelle d'absence de vie spirituelle versus croyance spirituelle 95/115

VIII. Pronostic des traitements
Cinq échelles ont pour objectif d'identifier le comportement de la vie des patients qui peuvent compliquer ou accroître l'efficacité du traitement.

- ❖ Échelle d'évaluation de l'appréhension des procédures médicales versus résilience
  Sore 68/115
- ❖ Comportement d'observance problématique score 69
- ❖ Comportement de tout ignorer de leur maladie, refus défensif de l'information score 85/115. Jacques ne m'a jamais évoqué la leucoaraïose. Était-il au courant ?
- ❖ Demande excessive de soins score 85. Confirmé par la clinique.
- ❖ Comportement de non observance score 71

IX. Échelle d'évaluation des difficultés d'adaptation du patient-échelle de risque médical Score maximal 115/115. Confirmé par les complications fatales.

X. Échelle d'évaluation de la référence du patient pour aide psychologique score 100/115

b) L'examen clinique

RESULTATS DE L'EXAMEN CLINIQUE PSYCHOSOMATIQUE

JBS-PSYSOMA- version 21. Octobre 2010 THE PSYCHOSOMATIC GRID

Elaborée par J.B. STORA de **1993 à 2011**

Jacques

Date de naissance 5 juillet 1929

date de l'examen clinique 13 janvier 2012.

L'EXAMEN CLINIQUE PREND EN CONSIDERATION LES 4 DIMENSIONS DU FONCTIONNEMENT DE L'UNITE PSYCHOSOMATIQUE **1. LES PROCESSUS ET MECANISMES PSYCHIQUES , LES MANIFESTATIONS CARACTERIELLES, DE COMPORTEMENT, LES ACTIVITES SUBLIMATOIRES, ETC.** **2. LA PREVALENCE DES COMPORTEMENTS** **3. LA CAPACITE D'EXPRESSION DES AFFECTS** **4. LE RISQUE LIE A L'ENVIRONNEMENT**		NOTE
1. LES PROCESSUS ET MECANISMES PSYCHIQUES, • **Axe 1A** : relation d'objet : • 1-présence de l'objet • 2-évaluation de la dimension narcissique (présence Soi grandiose, Idéal du Moi) • 3-de la dimension masochique • 4-de l'épaisseur du pré-CS (cap . imaginaire, associations, rêves) • **Axe 1B** : états psychiques et événements de vie personnels : angoisses deuils dépressions traumatismes influence de la culture • **Axe 1C** : fixations somatiques fixations psychiques • **Axe 1D** : mécanismes de défense **Axe 1E** : présence de traits de caractère : phobique hystérique pervers à dominante orale à dominante anale phallique-narcissique relation sado-masochique • **Axe 1F** : activités sublimatoires	Je propose la note 2. Fonctionnement psychique momentanément altéré: Irrégularités du fonctionnement mental – débordements momentanés des possibilités d'élaboration mentale par excès d'excitations ou répression des représentations. Axe 1A - L'objet est introjecté, internalisé. - Décharges par colère narcissique - Egocentré - Epaisseur du préconscient car il a eu une vie centrée sur les activités culturelles. - La lecture enrichie l'imaginaire, mais aujourd'hui, ses lectures ne sont pas forcément reliées aux affects. Axe 1B - Dimension obsessionnelle - Angoisses - Dépression - Deuil pathologique de ses parents - Traumatisme de la peur de mourir après la chute Axe 1C Points de fixation régression (renvoie à des fixations passées non actuelles) - Fixations somatiques sur la fonction respiratoire par atteinte pulmonaire de la tuberculose (guérison en 1954). En avril 2012, désorganisation de l'unité	**NOTE 2** .....

	psychosomatique, il sera hospitalisé pour décompensation ventilatoire. Axe 1D : mécanismes de défense par hyperactivité dans sa vie. En EHPAD, il est dans le comportement, crise de rage narcissique. Axe 1E : dimension masochique. La présence de traits de caractère obsessionnel se retrouverait dans les angoisses de perte de contrôle (sphinctérien, déplacement des meubles, vol des vêtements et marcher en freinant) Axe 1F : activités sublimatoires Pendant sa vie quai Voltaire à Paris, De nombreux voyages, 5 fois par semaine le cinéma, 2 fois par semaine le théâtre, les livres (essentiellement les romans) et la lecture quotidienne du journal.	
2. **PREVALENCE DES COMPORTEMENTS** **1. comportement contrôlé et intégré. 2. Faible. 3. Moyenne. 4. Forte.**	Irrégularité du fonctionnement mental. Il bascule de la courtoisie à la rage**.**	**3**
3.CAPACITE D'EXPRESSION DES AFFECTS **1=représentations et affects bien intégrés ; 2=répression avec 3 destins possibles(déplacement ex phobie, obsessions ; délié de la Représentation: ex hystérie ; transformation: ex Névrose d'angoisse) ; 3=prédominance des affects de vitalité dans la relation ; 4=affects représentant la mémoire d'un vécu irreprésentable traumatique ; 5=alexithymie**	En dehors des crises de rage narcissiques il présente la « froideur narcissique ». il est à distance des affects. Hypothèse que cela relève du traumatisme premier de la perte du père puis de la mère. Orphelin, le traumatisme étant tellement important que la peur de souffrir de nouveau provoque une mise à distance des affects pour toute la vie. A 82 ans, il n'en parle pas, le traumatisme est toujours présent. Pour cette raison, je propose la cotation 4 : affects représentant la mémoire d'un vécu irreprésentable traumatique.	**4**

4. RISQUE LIE A L'ENVIRONNEMENT : L'examen évalue les capacités d'adaptation mises en œuvre et/ou les nuisances possibles à la santé psychosomatique (traumatismes). **1. Niveau très satisfaisant, 2. Satisfaisant, 3. Légère altération temporaire, 4. Difficultés d'intensité moyenne, 5. Altération importante, 6. Altération majeure conduisant à une incapacité de fonctionnement temporaire, 7. incapacité durable de fonctionnement autonome**	Altération importante de l'environnement. Dans les réponses au questionnaire, les indicateurs de comportements d'adaptation ont un score important. D'après ses réponses, il semble mal vivre son entrée en EHPAD et ses relations avec le personnel lui posent un problème important.	**5**

DIAGNOSTIC SELON LA NOSOGRAPHIE PSYCHOSOMATIQUE:

146 Névrose actuelle traumatique

Evaluation du Risque Psychique

Absence de risque stable, débordement passager: 5

Risque faible à modéré: 5 à 10

Risque modéré à élevé: 10 à 15 - possibilité de réversibilité, réorganisation à partir des points de fixations-régression, surveillance, instabilité.

Risque élevé à très élevé: 15 ou plus risque élevé à très élevé (instabilité globale de l'unité psychosomatique désorganisée)

Récapitulatif :

LES PROCESSUS ET MECANISMES PSYCHIQUES---------- 2

PREVALENCE DES COMPORTEMENTS----------3

CAPACITE D'EXPRESSION DES AFFECTS----------4

RISQUE LIE A L'ENVIRONNEMENT ----------5

Total : 14

Risque modéré à élevé: 10 à 15 - possibilité de réversibilité, réorganisation à partir des points de fixations-régression, surveillance, instabilité.

Axe 5	Evaluation du risque somatique
5 niveaux : **Risque très élevé** **risque élevé** **risque moyen** **risque faible** **absence de risque**	Risque très élevé. Pronostic défavorable à terme Sonde urinaire à demeure (risque infectieux) et risque de chutes très important. L'évolution de la leucoaraïose constitue un risque de développer des troubles cognitifs.
Evaluation globale du fonctionnement psychosomatique	
* Sujet à risque élevé –instabilité globale de l'unité psychosomatique désorganisée * Sujet à risque moyen –possibilité de réversibilité des symptômes, réorganisation à partir de points de fixation. Surveiller l'instabilité possible. * Sujet à risque faible, potentialité élevée de réorganisation * Sujet stable atteint par un débordement passager de l'appareil psychique.	Nous sommes en présence d'un risque psychique élevé avec irrégularité de fonctionnement et d'un risque somatique très élevé. Je pense que c'est un sujet à risque élevé –instabilité globale de l'unité psychosomatique désorganisée. La gestion du risque psychique peut stabiliser la fragilité somatique de Jacques : A la condition que l'équipe de l'établissement facilite l'adaptation de Jacques à la vie en EHPAD, le stress pourrait régresser ainsi que les réactions psychiques violentes, les crises de rage narcissique. D'un point de vue somatique moins de risque de chute, moins d'affaiblissement des grandes fonctions vitales, moins de risque infectieux ou de décompensation cardiorespiratoire. J'envisage cette possibilité pour tenter de ralentir les processus globaux de désorganisation progressive de tous les systèmes. En revanche il ne me semble pas possible de ne gérer que les risques somatiques sans gérer la prévention des facteurs psychiques déclenchant les crises violentes : La prévention des risques de chute et des risques infectieux ne peut empêcher Jacques de s'épuiser et d'augmenter sa vulnérabilité par des comportements de mise en danger au risque fatal.

c) discussion

L'objet est introjecté, internalisé, mais avec une dimension narcissique chez Jacques.
Sa tante est veuve, sans enfant et en deuil de sa sœur, la mère de son neveu. Jacques est en présence d'une mère de substitution traumatique parce qu'elle doit elle-même contenir beaucoup de choses. Cette femme n'a peut être pas pu prêter « son appareil à penser » à l'enfant qu'elle recueille. Elle s'est peut-être elle-même servie de Jacques pour lutter contre la pulsion de mort qui la menace et qui la fragilise elle-même. En conséquence, elle a peut-être choyé Jacques ou mis au centre, comme un enfant roi ?
Surinvestissement de la mère de substitution sur Jacques ? Hypothèse que Christine investit Jacques en tant que « image d'un enfant idéal » mais pas confirmé par des actes de tendresse ? Ce qui pourrait expliqué que Jacques n'a pas de rapports charnels avec les autres.

Avant sa chute, Jacques était complètement autonome, il se suffisait à lui-même comme le montre l'anamnèse.

En conséquence de sa relation étroite avec Christine, Jacques mène une vie d'adulte solitaire remplie d'activités compensatoires et vide de toute autre relation. Je pose l'hypothèse de l'autoérotisme qui pourrait expliquer une vie sans activité sexuelle.
R.A. Spitz[8] cite Freud : « les premières **satisfactions autoérotiques** sont ressenties par l'intermédiaire de fonctions vitales nécessaires à l'auto-préservation » et écrit :
« Le choix anaclitique de l'objet est déterminé par la dépendance du nourrisson vis-à vis de la personne qui le nourrit, le protège et le dorlote. Freud déclare qu'au début la pulsion se déploie anaclitiquement, c'est-à-dire en s'appuyant sur une satisfaction du besoin essentielle à la survie (Spitz, 1957). »
Comment expliquer que ce mode de satisfaction par autoérotisme est perduré ?
Est-ce par peur de retrouver le climat étouffant vécu auprès de sa mère de substitution que Jacques ne veut pas s'attacher à aucune autre femme ?
Je n'envisage pas d'évoquer ces questions avec lui et je ne peux confirmer ces hypothèses.
Il était dans un idéal de perfection. Un idéal du moi renforcé.
La persévérance pour réussir HEC. Il a sacrifié sa libido pour faire HEC. Puis après la prépa, il a du subir le sanatorium où sa libido a encore été sacrifiée. A l'âge où il aurait pu établir d'autres relations en dehors de sa tante, il en a été empêché.

Jacques a sacrifié 9 ans de sa vie pour achever ses études à HEC, compte tenu de l'interruption consécutive à la tuberculose. Sa première frustration dans la vie, c'est la tuberculose. Gravement malade, il a du composer avec la maladie contagieuse qui l'a éloigné de sa tante et de ses études. Il a découvert la relation de souffrance avec la maladie.
Tout ceci a probablement contribué à la constitution du noyau masochique chez Jacques.

A son entrée en EHPAD, le noyau masochique a-t-il disparu ?
A ses demandes incessantes (demande de laxatifs, demande que les meubles ne soient pas déplacés, demande qu'on lui rende les vêtements volés). Il me dit « qu'on se fiche de lui ». Il ne peut attendre et sonne en permanence. Il ne peut attendre et accepter les réponses des soignants. Il réagit par des crises de rages narcissiques.

Jacques a des troubles du contrôle que nous ne pouvons expliquer par son anamnèse. Troubles du contrôle sphinctérien anal :
Vraisemblablement non relié à la leucoaraïose qui ne décrit que des troubles urinaires.
Est ce lié au caractère obsessionnel ?

Les crises de rage narcissique signent une bascule dans la régression. Le noyau masochique a disparu,
La régression est t'elle temporaire, le temps que Jacques s'adapte à sa nouvelle vie en EHPAD ? Ce bilan psychosomatique, le 13 janvier 2012 ne sera pas suivi d'un deuxième bilan à distance pour évaluer l'évolution car il décède en mai.

Comment expliquer ses crises de rage narcissique ? Investissement, désinvestissement, détresse, tentative de maîtrise par captation ?
S'agit-il de régresser et remettre en scène son désir d'être de nouveau l'enfant roi du temps de Christine ? Nous constatons qu'il est agréable avec ceux qui constituent une forme d'autorité et réagit par des crises de rage avec les aides soignants. S'agit-il d'une perte de sens dans la relation avec les aides soignantes, parce qu'elles peuvent lui apparaître trop proches (aide à la

[8] R.A Spitz: La première année de vie (page 212)

toilette, façon de s'adresser à lui) et trop distantes (quand il sonne, elles ne répondent pas immédiatement.)
Face aux aides soignantes qui pour certaines d'entre elles ont également « beaucoup de choses à contenir », tout comme sa mère de substitution, Jacques se trouve dans une situation de répétition où on ne peut lui prêter « un appareil à penser » dont il aurait tant besoin pour compenser sa vulnérabilité.

Qu'est ce qui induirait les régressions ?

Avant sa chute, Jacques était complètement autonome.
L'arrivée en EHPAD est consécutive à la perte de l'autonomie.
Les atteintes physiques déstabilisent l'unité psychosomatique.
Cela crée une blessure narcissique profonde. A ce moment là, il y a une résurgence de traits de caractères, comportementaux plus archaïques.
L'unité psychosomatique est atteinte, il est atteint dans sa toute puissance.
Il se sent impuissant et cela lui fait revivre des situations très archaïques de son passé.
Il y a résurgence des crises de rage narcissique de son enfance face aux soignants de l'établissement qui ne font pas tout ce qu'il veut.

Par l'acceptation de son atteinte et de la perte de son environnement, il pourrait réparer l'unité psychosomatique.

Les événements de vie de Jacques sont déterminants pour expliquer les états psychiques :

Deuil pathologique de ses parents, il n'en parle pas, scotomisation totale de sa vie passée jusqu'à l'âge de 10ans avec ses parents. C'est un moyen de défense par négation de la réalité psychique. Il ne parle que de Christine, sa mère de substitution.
L'isolement dans sa vie illustre la résistance de Jacques face à l'absence de ses parents et la prise du contrôle par sa tante.
Traumatisme à son arrivée en EHPAD, il perd l'environnement habituel de son domicile et la possibilité des activités culturels (ne peut même plus tourner les pages d'un livre).
Surajoutement de la souffrance de l'enfance à la souffrance actuelle.

La présence de traits de caractère obsessionnels à dominante anale qui lui ont permis de réussir, de créer un cadre de vie sécurisant : les résistances obsessionnelles pour résister à l'environnement. Cette obsession de la constipation aurait elle pour sens la peur de ne pouvoir contrôler SEUL ni le contenu, ni le contenant ?

C'est le narcissisme qui lui a permis de ne pas décompenser dans sa vie.
En EHPAD, crises de rage narcissique : quand on ne répond pas à ses demandes, comme les jeunes enfants qui se roulent par terre.

Jacques se suffit à lui-même, il s'est probablement toujours suffit à lui-même. Jacques a une libido narcissique, c'est l'autoérotisme.
Il se situe dans les premiers temps de la satisfaction libidinale.

Il n'est pas devenu homosexuel, ni par identification à la mère (scotomisation de sa vie antérieure) ni par identification avec Christine : A l'adolescence absence d'Oedipe inversé (père qu'il ne peut séduire en étant en rivalité avec la mère car père décédé et père de substitution décédé). Ainsi, je ne pense pas qu'il présente une problématique œdipienne.

Je suppose que c'est l'absence de conflit œdipien et la mise en place d'une vie sans relation possible qui aboutit à l'isolement social et affectif.

Dans l'étude du cas de Jacques, j'ai posé de nombreuses hypothèses concernant l'importance du deuil traumatique de ses parents, de sa proximité avec Christine, sa mère de substitution qui est elle-même veuve, la séparation avec elle pour entreprendre des études à Paris et la tuberculose, la frustration en conséquence de la maladie avec laquelle il a du composer. Suivi d'une vie d'adulte remplie d'activités compensatoires et vide de toute relation. J'ai posé l'hypothèse de l'autoérotisme, une vie sans activité sexuelle avec une autre personne.

Pour étayer toutes ces hypothèses que ne renseigne pas l'anamnèse, j'ai recherché les travaux publiés sur les malades qui ont été tuberculeux.
En effet cette première maladie de Jacques de 1949 à 1954 quand il était étudiant me semble déterminante sur sa vie et sur ses risques actuels psychosomatiques. En effet la tuberculose a été la première maladie celle où « il a eu peur de mourir » et par les mêmes mots il m'a décrit la chute et les quatre jours au sol où « il s'est vu mourir ».
L'atteinte de la fonction respiratoire est la première maladie et en fin de vie le motif d'hospitalisation par décompensation ventilatoire.

APPORT DU TRAVAIL DE PIERRE MARTY ET MICHEL FAIN « NOTES SUR CERTAINS ASPECTS PSYCHOSOMATIQUES DE LA TUBERCULOSE PULMONAIRE »
En 1953, les auteurs ont présenté le résultat d'une étude basée sur l'investigation de la dynamique psychosomatique de plus de 100 malades examinés en postcure de tuberculose pulmonaire[9].

L'investigation portait sur des sujets de profession définie dans l'enseignement. A la lecture des résultats, je constate la correspondance des hypothèses avec le cas de mon mémoire rédigé en 2012. Jacques en 1953 aurait pu être inclus dans cette étude !

Pour rappel : Jacques a perdu son père à 8 ans et sa mère à 10 ans. Recueilli par une tante veuve et sans enfant qui a joué le rôle de mère de substitution.

Compte tenu de temps de similitudes, je me permets de citer (en italique) des éléments de ces notes présentées en 1953 :

I. LE MILIEU FAMILIAL DE L'ENFANCE

- *Dans 75 % des cas, **mère étouffante** et père faible*
- *Dans 19% des ca, mère absente et père quelconque*

1° La famille classique

Dans 75 % des cas, description des parents-types dont voici des extraits de l'étude :

- *LA MERE. — C'est la personnalité qui domine le ménage. **Le plus souvent aimante, trop aimante même, captative, « tentaculaire ».** Elle aime au point d'étouffer. **Dans quelques cas, cependant, l'élément « amour de l'enfant » ne se manifeste guère, et seule l'autorité***

[9] Pierre Marty et Michel Fain, Notes sur certains aspects psychosomatiques de la tuberculose pulmonaire, Revue française de psychanalyse (Paris). 1954/01-1954/03, page 244.

***captative est évidente**. L'activité maternelle, qui nous intéresse, s'est exercée dans trois domaines essentiels :*

a) Alimentaire. — Elle régit arbitrairement et sans défaillance l'alimentation de son enfant, du point de vue quantitatif et qualitatif, avec une autorité qui ne peut être discutée, cela tant dans la période du nourrissage qu'au sevrage et très largement plus tard. L'enfant n'a guère de liberté de s'alimenter à sa guise, selon ses tendances et ses variations qui doivent obligatoirement être celles de sa mère ;

*b) Moteur. — **L'éducation sphinctérienne est stricte et précoce**. La surveillance à ce sujet se poursuit sans relâche. Cette surveillance porte sur tout le domaine moteur. Les attitudes que l'enfant doit avoir lui sont dictées, ses comportements définis, son éloignement de sa mère déterminé, l'enfant devant, le plus souvent, rester dans son champ de vision. **Il doit être en permanence sous ses yeux.** La liberté qu'elle accorde quelquefois n'est souvent qu'un ordre de liberté, c'est-à-dire la négation même de l'indépendance de l'enfant ;*

*c) Génital. — Cette attitude maternelle fait qu'elle est, apparemment par amour, **« la mère castratrice »** qui sous prétexte de **veiller sur l'enfant, le rend son esclave. La limitation de la liberté s'étend souvent au domaine sexuel** à proprement parler, recherche des activités masturbatoires, surveillance rigoureuse des fréquentations. Le fait d'être l'élément dominant du couple parental confère aussi souvent à la mère, pour son enfant, une valeur masculine.*

Nous avions envisagé une mère de substitution qui surinvestit Jacques au point de l'étouffer et de l'empêcher ensuite d'établir d'autres liens affectifs.

- *LE PÈRE. — Il est discret, effacé, absent. Cette absence peut être théorique — personnalité faible — ou pratique — éloignement professionnel ou **décès**. .../...**Sur 56 de nos malades ayant une famille ainsi définie, 21 ont perdu leur père avant la puberté.***

*Nous devons préciser, à ce sujet, que le climat familial a d'autant plus d'importance pour l'enfant, dans ce type de famille, que **l'enfant est unique,** les caractéristiques parentales sont, en général sinon obligatoirement, plus dispersées lorsque des frères et sœurs existent…*

- *LA DYNAMIQUEAFFECTIVE*

Le garçon, attiré vers sa mère qui le nourrit, puis qui constitue l'objet sexuel, ne devrait rencontrer aucun obstacle à son évolution vers l'état adulte, si ce n'est la crainte habituelle de castration par le père, dans la situation œdipienne.
Mais le mécanisme de l'identification au père, image-type d'homme adulte qui va servir de modèle, entre en jeu dans cette évolution. Or, le père, en raison de sa faiblesse, donne ici une image d'homme dévirilisé ou absent et constitue un modèle qu'il est dangereux de reproduire.
*La faiblesse de cette image impose au garçon le sort qui l'attend lorsqu'il sera adulte **: être dévirilisé ou ne pas être**. L'action castratrice de la mère, les difficultés prégénitales orales, motrices et anales qui se retrouvent constamment, et sûrement aussi d'autres mécanismes que nous connaissons mal, déterminent chez le malade une ambivalence très marquée à l'égard de ce personnage maternel…/..*

Les auteurs envisagent chez les hommes des cas rares d'abstention génitale permettant de maintenir le lien avec la mère. C'est ce que nous avons envisagé, Jacques est isolé et mène une vie dans un mode de satisfaction autoérotique.

(...)

2° Le second type familial

Il groupe, nous l'avons dit, 19 % des cas et se caractérise surtout par l'absence théorique ou pratique de la mère, sans que la personnalité du père — faible ou absent cependant dans la majorité des cas — semble être de première importance.
Les enfants sont ici des enfants abandonnés, affectivement abandonnés tout au moins.
Le décès prématuré de la mère, avant la puberté de l'enfant, se retrouve chez 8 malades dans ce groupe de 14 sujets.
.../...
veuf ou nanti d'une épouse malade, ou professionnellement très absorbée, ou envahie de préoccupations extra-familiales, le mari, le père de nos malades, est la plupart du temps dans une situation qui ne lui permet pas d'avoir la stabilité et la force du père au sens classique du terme.
Du point de vue de la dynamique affective de l'enfant, les choses se passent, dans ce second type familial, d'une façon identique à celle que nous avons décrite pour le premier type.
Le décès de la mère ou son absence affective pose, pour l'enfant ainsi abandonné, ***les mêmes problèmes de distance à la mère. L'agressivité qu'entraîne chez l'enfant la disparition de sa mère*** *est mise, inconsciemment, par lui, sur le compte des difficultés qu'il a eues avec cette dernière, et ne fait que renforcer chacun des termes de son ambivalence, dans ses contacts avec sa mère lorsqu'elle existe, avec les différents objets qui la représentent lorsqu'elle n'existe plus.*
Le même problème de distance que précédemment se pose, encore plus aigu cependant ici.
Avant d'aller plus loin, disons qu'il serait intéressant de vérifier dans d'autres groupements de tuberculeux pulmonaires ces chiffres, extraordinaires ici, d'absence effective des parents de malades, à savoir :
— absence du père dans 28 % des cas ;
— absence de la mère dans 12 % d'autres cas,
Ce qui fait que, dans ***40 % des cas étudiés par nous, l'un des parents était décédé avant la puberté de l'enfant.***

II. — LE PROBLÈMEDE LA DISTANCE A LA MÈRE

Le problème des relations du malade à sa mère et celui de l'importance de la distance existant entre lui et elle, nous sont toujours apparus comme ***PATHOGNOMONIQUES des préoccupations et de la vie de relation du tuberculeux pulmonaire.***
... /...
Dans l'anamnèse de Jacques nous avons constaté également l'importance des distances (voir le tableau des évènements de vie et des troubles somatiques)

III. — LA « ZONE DE SÉCURITÉ »

La valeur de la « zone de sécurité », telle que nous la concevons, est celle-ci : un malade quelconque menant son existence ***à l'intérieur de sa « zone de sécurité » guérira rapidement,***

ne rechutera pas. Par contre, plus il s'éloignera de cette « zone de sécurité », plus les risques d'aggravation et de rechute seront grands.
.../...
C'est ainsi l'éloignement de la « zone de sécurité » qui conditionne l'évolution de la maladie, et non pas simplement l'éloignement de la mère. Nous verrons cependant que la « zone de sécurité » est essentiellement établie par rapport à la mère, qu'elle est, sur un certain nombre de plans, à une distance déterminée de la mère. Nous emploierons, par la suite, l'expression de ***« mise à distance »*** *de la mère, non pas forcément dans le sens d' « éloignement », mais dans le sens de « mise à une distance déterminée ».*

Une grande similitude entre l'histoire de vie de Jacques et de celle des cas étudiés par les auteurs : Pour Jacques, être à proximité du bâtiment de l'entreprise où il a travaillé jusqu'à l'âge de la retraite, était le critère de choix de l'EHPAD. Il disait « j'aurais tellement aimé pouvoir la voir [l'entreprise] depuis la fenêtre de ma chambre ».

Sur le plan moteur. — Comme nous venons de le voir, les auteurs expliquaient **ainsi** ***« …l'éducation sphinctérienne est stricte et précoce. La surveillance à ce sujet se poursuit sans relâche… »***

Nous avons décrits Jacques en EHPAD avec des traits de caractères obsessionnels portant sur la constipation (il m'a déclaré « on se fiche de moi, mon seul problème est ma constipation » et les fiches de suivi montrait qu'il allait à la selle).
Une deuxième angoisse obsessionnelle portait sur la vue. Lunettes de vision de près, paire de lunette de vision de loin, à plusieurs reprise peur d'égarer une des deux paires et rituel de vérification du choix de la paire de lunettes et enfin juste dans les derniers jours en EHPAD, peur de perdre la vue et demande immédiate un ophtalmo)

«… Les conduites motrices sont finalement modelées par la mère et le sentiment de sécurité est lié à leur exercice par la proximité de sa personne… ».

Comportement que nous avons rencontré chez Jacques en EHPAD, colères déclenchées par les perceptions internes de constipation suivie de diarrhées.

Les auteurs poursuivent :
« …Les besoins internes frustrés, déclenchent de violentes réactions agressives qui nécessitent un contrôle étroit du comportement moteur afin d'en éviter l'extériorisation. La limitation motrice entraîne, dès l'adolescence*, les mêmes résultats que l'éducation alimentaire et* ***provoque la prise d'un certain nombre d'attitudes de soumission ou de violation… »***

Attitudes de Jacques que nous avons retrouvées à son arrivée en EHPAD, une alternance de courtoisie distante, froideur narcissique, et de crises de rages narcissiques.

Les auteurs définissent les formes de transgressions constatées dans l'étude :

- ✓ ***Transgression venant des circonstances.***

Les activités senties comme dangereuses sont imposées par le milieu et les nécessités sociales .... Le sentiment de danger est augmenté si ces activités entraînent une séparation géographique de la mère ou d'un substitut maternel (changement de résidence imposé, par exemple) ;

Jacques a été obligé de quitter Christine pour les études

- ✓ ***Transgression venant de l'individu.***

Le patient, réagissant contre le climat étouffant créé par la mère, se livre à une activité désordonnée et abusive qui crée d'autant plus un sentiment de fatigue qu'elle est ressentie comme dangereuse et génératrice d'anxiété. ***Le patient nie le danger, et ceci le conduit à fuir la consultation médicale pour deux raisons :***
a) Aller demander des soins évoque pour lui un retour vers sa mère et son ambiance dont il veut se débarrasser ;
b) Consulter, c'est reconnaître la possibilité d'être atteint, c'est-à-dire admettre l'hypothèse que son comportement pourrait être dangereux, et donner ainsi raison à sa mère. »

Là également nous retrouvons toutes les **difficultés de relation de soin avec Jacques en EHPAD.**

D. RELATION THERAPEUTIQUE ET STRATEGIE DE SOINS

Comment éviter le déclenchement des crises de rage ?

Christine, sa mère de substitution, a été une « mère étouffante », hypothèse que j'ai posée précédemment. Les soignants ont-ils pris le relais et sont devenus les persécuteurs qui ont pour intention de prendre le contrôle de sa vie tout comme sa tante Christine ? Ce qui pourrait être un des facteurs déclenchant des crises de rage narcissique.
Sa relation conflictuelle avec l'ensemble de l'équipe est elle la répétition de sa relation avec Christine ?

Quelle est la représentation de la relation thérapeutique ?
Je cite Freud : « …les relations réelles au médecin font que c'est l'imago du père […] qui est déterminante… ».
Mais pour Jacques, orphelin recueilli par une mère de substitution veuve, quelle est la représentation du père ? Celle du père absent ?
En ne répondant pas aux attentes de Jacques (demande de contrôler les selles et de constater la constipation, demande de laxatifs), en ne répondant pas immédiatement aux appels incessants pour que quelqu'un vienne le voir dans sa chambre, ce type de relation peut-il reproduire l'absence du père ?
Cette relation avec l'équipe des soignants, reproduit-elle le conflit psychique déjà vécu dans son enfance, entre le trop d'excitation entretenue dans la relation à l'image de la Mère étouffante et le vécu intolérable de détresse dans l'absence du Père ? Vécu intolérable car Jacques a subit une répétition de situation : décès du père et absence du père de substitution (Mère et mère de substitution, les deux sœurs étaient veuves).

Pendant le déroulement des séances de kinésithérapie, je constate que **plus je suis exigeant envers lui, plus je lui demande des efforts de coordination et d'équilibration, dans un climat sévère, plus il semble apaisé**. A chaque séance Jacques répète « ne me quittez pas des yeux, restez à côté de moi ! »

Peut-on envisager cette relation thérapeutique maternelle comme celle d'une mère étouffante ? L'effet sur Jacques est une imago rassurante. Par ma relation avec les autres

membres de l'équipe, par mes explications et mes réassurances, je constate que je lui apporte le retour au calme. Et dans cette réassurance, Jacques progresse.

Il sort de sa chambre et améliore ses capacités d'équilibre et de déambulation. Il commence à participer à des activités avec les autres résidents. (Scrabble, Trivial Pursuit, mots croisés collectifs, participation à la revue de presse de l'animatrice, conférences « Connaissance du Monde »)

A son arrivée dans l'établissement, Jacques était vulnérable dans ses relations à l'Autre et fragile d'un point de vue somatique. Je le formulerais ainsi : « nous risquions de le blesser psychiquement et le casser physiquement ».

a) Quelle approche thérapeutique de l'équipe de l'établissement a-t-elle adoptée face à ce patient / résident dans une situation difficile ?

L'équipe de l'établissement est constituée par le personnel de santé (médecin coordinateur, infirmière coordinatrice, infirmières et renforcée dans cet établissement par une psychologue, une psychomotricienne, une ergothérapeute) et le personnel de soins de la vie quotidienne et d'accompagnement (aides soignants, aides médico-psychologiques et une animatrice).

Depuis plusieurs années, la mise en place du projet de soins personnalisé nous a facilité **l'approche transdisciplinaire** des patients résidents.

Je travaille dans cet établissement depuis 10 ans. J'ai pu constater l'adaptation des équipes face à des nouveaux résidents aux pathologies multiples, de plus en plus dépendants dès leur entrée. La maison de retraite, le foyer de vie se sont transformés en maison de soins médicalisés puis en EHPAD, du médico-social vers le sanitaire dans un futur éventuel proche.

En 2001, il s'agissait d'une équipe multidisciplinaire permettant la succession des intervenants auprès de la personne âgée. Puis le temps de l'interdisciplinarité et des réunions organisées où se confrontaient les métiers (soignants professionnels de santé versus soignants des activités de la vie quotidienne (aides soignants, aides médicopsychologiques, auxiliaires de vie).
Je cite A. Ehrenberg[10] : « plus les regards sont variés (pluridisciplinarité), plus les analyses sont croisées et pertinentes (interdisciplinarité) plus la réalité est appréhendée.
Toute la difficulté est l'ouverture des intervenants du soin, au-delà de leur spécialité, à l'idée d'une incomplétude de leur approche. L'individu est par nature incertain et c'est dans cet espace d'incertitude que tout changement, toute évolution relationnelle, toute adaptation aux changements sont possibles ».
Ce que complète cette réflexion[11] :
« La transdisciplinarité a pour finalité de regrouper des professions différentes au sein d'une même spécialité, ainsi l'infirmière, le kinésithérapeute, l'ergothérapeute, le psychogériatre, le médecin généraliste et, bien sûr, tout particulièrement le gériatre au service du soin commun. En ce sens, chaque soignant traverse sa profession en gardant son identité professionnelle et son rôle propre et les objectifs du soin ne sont pas limités à l'analyse d'un seul des intervenants. La pensée unique est remplacée par une mise en commun d'une topographie

[10] Ehrenberg A. « L'individu incertain », Paris : Hachette Collection « Pluriel » ; 1995.
[11] C. Hazif-Thomas, C. Bouché et P. Thomas, « Apport de la transdisciplinarité pour les malades difficiles en psychiatrie du sujet âgé », publication NPG Neurologie, Psychiatrie, Gériatrie (2008) 8,43-49.

complexe de la situation de la personne malade, ouvrant la négociation entre elle et les divers soignants ».

Les professionnels de santé expliquaient aux soignants de la vie quotidienne les symptômes rencontrés dans les dimensions psychiques, cognitives et médicales. En donnant un sens aux difficultés rencontrées, il était ainsi évité les réactions archaïques de l'équipe : « il est méchant, c'est un bébé, je vais le disputer, je ne lui parle plus, cela va le calmer, etc. » qui réactivent les crises de rage de Jacques.
Des actions concertées étaient tentées. Les objectifs de soin étaient expliqués et les précautions étaient partagées entre équipe en tenant compte des observations de chacun. Selon les réactions, les réajustements étaient proposés selon les résultats obtenus.

Ainsi le travail collaboratif en équipe a été un succès les trois premiers mois de Jacques dans l'EHPAD et ensuite a été mis à rude épreuve en avril quand l'équipe a été confrontée à la rafale de complications qui accompagnaient les exigences répétées de Jacques suivies des crises de rages narcissiques. L'équipe dans son ensemble ressentait alors fatigue et lassitude. Certains témoignaient de découragement et d'inquiétude, d'autres de démotivation ou d'indifférence qui aboutissait au « laisser sonner et ne pas répondre ». Après le décès rapide de Jacques un sentiment de culpabilité a été ressenti par certains qui s'exprimait par « et si on avait… ».
Prévention des risques pour les soignants (burn-out du soignant et risques de maltraitance du résident qui en découlent) sont traités par des groupes de parole animés par un psychologue extérieur à l'établissement.

b) Traitement de kinésithérapie

Au cours des séances individuelles de kinésithérapie, jusqu'à fin mars, Jacques a progressé.
Une rafale brutale de pathologies en avril et le retour des crises de rages ont stoppé les progrès de Jacques. Il ne sort plus de la chambre, reste alité, se déplace en fauteuil roulant et chute. Décès en mai.

Comment j'aurais envisagé l'évolution du traitement si Jacques avait continué à progresser ?

L'objectif du traitement de kinésithérapie était d'améliorer ses capacités d'autonomie dans le but de lui permettre de participer à la vie de l'établissement avec les autres résidents. Que l'établissement représente « une bonne Mère » où il est possible de continuer à vivre en sécurité. Il avait commencé à établir des liens avec certains résidents « de qualité » à ses yeux. Je lui aurais proposé de participer aux ateliers « prévention des chutes », un exemple d'intégration de la dimension physique psychique et sociale dans les soins :

Atelier « Prévention des Chutes » spécifique aux personnes âgées vivant en EHPAD.
Suivant les chiffres de la DREES, 85% des résidents en institution ont une affection neurologique ou psychiatrique.
Le référentiel actuel des critères d'indication des rééducations de l'équilibre est conditionné à un MMS suffisant.
Je pense que la rééducation des troubles de l'équilibre peut bénéficier à une personne âgée dont la mémoire non déclarative est préservée même si la mémoire déclarative est atteinte par vieillissement normal ou pathologique :

Les résidents concernés par cet atelier partagent un ensemble d'apprentissage et de recommandations gestuelles et cognitives adapté au stade de la perte d'autonomie et / ou de la pathologie neurologique ou psychiatrique.
Les trois dimensions sont intégrées:

- **Dimension psychique** : Le plaisir et le bien-être à travers des exercices de perception (lutte contre les angoisses).
- **Dimension sociale** : Se crée une dynamique de groupe : participer (faire ou regarder faire les autres) et s'exprimer (communication verbale et /ou non verbale).

Communiquer avec le groupe dans une ambiance empathique, dans un climat chaleureux et un cadre sécurisant. L'atelier crée « un espace familier ». Progressivement s'établit un climat de plaisir à être ensemble,
Un travail sur les débordements affectifs (colère, agressivité…) est parfois nécessaire pour contenir les affects débordants dans la dimension sociale. Le groupe devient lieu d'émergence des désirs de bien-être, il favorise les relations et les liens.

- **Dimension corporelle**

Autour du thème de prévention « comment entretenir son équilibre ». Chacun dira quelque chose un mot, une phrase et ce sera à l'intervenant **de l'aider à penser sur des problèmes physiques d'équilibre, de posture, de précautions de chaussage...** en donnant du sens et en faisant des liens entre le travail en atelier et les précautions à adopter dans les situations de la vie quotidienne.

Les résidents concernés par l'atelier sont volontaires et coopérants en perte partielle d'autonomie, mais ne présentant pas de troubles du comportement majeurs.
L'atelier est animé en binôme interprofessionnel, un kinésithérapeute et un autre membre de l'équipe des soignants (psychologue, psychomotricien, ou toute personne de l'équipe soignante intéressée.)

Les résultats sont notés sur la fiche de suivi et d'évaluation

- A court terme : taux de participation des résidents et facilité à mémoriser cet espace dans le temps et le lieu
- A moyen terme : reconnaissance des membres du groupe par eux-mêmes, reconnaissance de la consigne donnée, capacité de mémorisation des gestes et recommandations,
- A long terme ; capacité à identifier les situations à risque de chute, capacité d'expression et de verbalisation des connaissances acquises dans l'atelier, capacité à exprimer son plaisir et sa détente, acquisition de certains gestes réflexes préventifs.

Comment s'inscrit l'atelier collectif dans la progression du vieillissement pathologique ?
D'abord une prise en soin individuelle.
Dès que possible une proposition de participer à l'atelier collectif. Généralement « le bon groupe » (création du groupe il y a 10ans) va aider le nouveau participant à trouver sa place.
L'atelier se déroule une fois par semaine. Parallèlement, la prise en soin individuelle se poursuit.
Quand l'état physique ou psychique d'une personne âgée ne lui permet plus de participer au groupe (une dizaine de participants pour 100 résidents), des « mini-ateliers » de 3 participants sont organisés par les rééducateurs. Une séance mini-atelier pour deux séances individuelles quand c'est possible.
Arrêt des mini-ateliers et maintien des séances individuelles quand l'aggravation du vieillissement pathologique le permet encore.

E. CONCLUSION ET PERSPECTIVES

L'arrivée d'un nouveau résident dans un établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) est le commencement souvent difficile de la **phase d'admission** : « un moment crucial dans la vie de la personne et de son entourage, et de l'accueil dans ce temps dépendent les évolutions ultérieures. »[12]

L'intégration passe par plusieurs phases d'**adaptation** à l'univers collectif de l'EHPAD. Sa durée varie selon chaque personne entrante, de quelques jours, quelques semaines, plusieurs mois ou jamais.

L'accueil de la personne âgée fait suite au déplacement, au changement de milieu de vie. Cette phase délicate entraine une réorganisation de la vie et peut être vécu comme une désorganisation par la personne âgée **vulnérable**.

Fréquemment l'entrée en EHPAD constitue un **stress** qui exacerbe des **mécanismes de défense** de la personne et en augmente sa **fragilité.**

Identifier les entrants en **danger** permet de gérer la **prévention des risques somatiques** habituellement rencontrés auprès des personnes âgées en perte d'autonomie. Dénutrition, risque de chute, décompensation cardiaque ou respiratoire, escarres pour les grabataires.
Le traitement médicamenteux de la survenue de troubles de l'anxiété, de la dépression et des insomnies risque parfois d'aggraver les risques somatiques.

Gestion des risques et qualité des soins sont encadrés par les recommandations des agences nationales (HAS[13], ANESM[14]).

Appliquée sans discernement, sans régulation au cas par cas par une décision d'équipe insuffisamment coordonnée, l'organisation et le travail en EHPAD peuvent ainsi apparaitre normalisés, standardisés et contrôlés.

Dans cet environnement institutionnel il est demandé aux intervenants en EHPAD, du « **care (prendre soin) et cure (soigner)** » de trouver un « juste équilibre » en conciliant le **projet de vie** de la personne âgée dépendante et le **projet de soin personnalisé**.

Ainsi les attentes des personnes soignantes et des personnes soignées sont multiples et possiblement contradictoire. Dans certains établissements, selon la personnalité des intervenants, le décalage entre **le travail prescrit et le travail réel** peut potentiellement générer de la souffrance des deux parties.

Souffrance au travail quand le personnel des EHPAD ne peut concilier le respect de l'organisation des soins de l'établissement à la **spécificité psychique et somatique** de la personne accueillie.
Souffrance du résident face au personnel qui ne peut pas répondre à toutes ses attentes.

---

[12] *Donnio Isabelle, « L'entrée en établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes », Gérontologie et société, 2005/1 n° 112, p. 73-92. DOI : 10.3917/gs.112.0073*
[13] *Haute autorité de santé*
[14] *Agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et services sociaux et médicaux sociaux*

L'accès aux soins des rééducateurs est également contrôlé par le modèle PATHOS de gestion des dépenses de soins. Psychomotricité et kinésithérapie à condition que le patient soit coopérant (faire quelque chose conjointement avec quelqu'un).
Le « placement » en EHPAD n'est pas le choix de la personne âgée devenue brutalement dépendante. Après une hospitalisation, c'est souvent imposé par l'impossibilité de retourner revivre chez soi.
Selon le modèle PATHOS, ou bien l'entrant « coopère » d'emblée ou bien la personne est « profilée » « sans rééducation ». Le temps nécessaire au processus de deuil de la vie passée chez soi et à l'acceptation progressive de la situation ne sont pas « profilées » !

Faciliter l'accueil des résidents en EHPAD et faciliter le travail de l'équipe pour améliorer le vécu des résidents et de l'équipe des EHPAD
Je pense tout au contraire qu'une approche globale psychique et somatique par l'ensemble de l'équipe de l'EHPAD peut faciliter la coopération des patients désorientés, isolés, déracinés de leur domicile et de leurs habitudes de vie et leur donner une chance d'une autre vie en EHPAD.

Cette approche qui tient compte de la dimension psychique et somatique de la personne accueillie facilite également le travail du personnel des EHPAD. Amélioration du vécu professionnel, amélioration des conditions de travail, diminuer la souffrance au travail, prévention du « burn out » du soignant, prévention des TMS.

F. ANNEXES

ANNEXE 1 A : LA LEUCOARAÏOSE PERI-VENTRICULAIRE

- Pathologie découverte en 1987 pour décrire des anomalies diffuses de la substance blanche visualisées à l'imagerie.

- L'hypothèse physiopathologique du problème d'autorégulation du flot cérébral suggère que l'hypoperfusion pourrait exacerber les dommages à la substance blanche,

- La séméiologie peut rassembler les éléments de l'**ataxie cérébelleuse, du parkinsonisme et de l'apraxie à la marche**

L'ataxie (du grec ataxiā, signifiant « désordre ») est une pathologie neuromusculaire qui consiste en un manque de coordination fine des mouvements volontaires liée à une atteinte du système nerveux. Le trouble de la coordination est partiellement corrigé par le contrôle visuel.

Le cervelet est le centre de la coordination fine des mouvements des muscles.
L'ataxie se manifeste principalement par des troubles de la marche, de l'équilibre et de la station debout, du guidage des mouvements par la vue.
Elle s'observe par le phénomène de rebond, il n'y a pas de frein dans le mouvement, le sujet dépasse la cible en raison d'un freinage tardif des muscles antagonistes.

L'**apraxie** découle du terme praxie (du grec *praxis* qui signifie *action)* qui désigne les fonctions de coordination et d'adaptation des mouvements volontaires de base dans le but d'accomplir une tâche donnée.)
L'**apraxie** est un signe clinique qui décrit une incapacité à effectuer un mouvement ou une série de mouvements sur consigne. Ce ou ces mouvements sont par ailleurs bien exécutés spontanément. C'est un déficit neurologique qui se situe au niveau de la conceptualisation et de l'exécution programmée d'un mouvement. Les fonctions motrices et sensitives de base qui permettent ce ou ces mouvements sont intactes.

- Par ailleurs, la leucoaraïose a aussi été associée aux **troubles dépressifs, à l'urgence urinaire, aux signes extrapyramidaux et à la présence de réflexes archaïques.**

- **Les troubles cognitifs** et les troubles de l'humeur peuvent être une manifestation de la leucoaraïose. La progression des changements de la substance blanche corrèle avec la détérioration du tableau cognitif, qui peut évoluer vers une **démence** vasculaire, dégénérative ou mixte.

L'évolution et le pronostic
La leucoaraïose est associée à un risque plus élevé d'AVC ischémique, surtout de type lacunaire, d'hémorragie cérébrale, de pneumonie et de chutes. On observe aussi une augmentation de mortalité, de cause vasculaire et de toute cause. La progression de la leucoaraïose est indépendante de la survenue d'AVC. La progression de la leucoaraïose n'est ni bénigne ni silencieuse.
La détérioration des fonctions cognitives et de la démarche corrèle avec l'évolution de la leucoaraïose.

ANNEXE 1 B : LA LEUCOARAÎOSE, PLUS QU'UNE DECOUVERTE FORTUITE !

Extrait de l'article de Yannick Nadeau, M.D., FRCPC et Steve Verreault, M.D., FRCPC présenté dans le cadre de la conférence **Le cerveau en gruyère : la *leucoaraïose***, lors de l'évènement *La gériatrie*, Université Laval.

Les présentations cliniques
La leucoaraïose peut engendrer des présentations cliniques très variées. Elle est associée aux AVC ischémiques, aux troubles cognitifs et à d'autres troubles (démarche, humeur et urinaires).

Troubles cognitifs et démences
Le risque de démence augmente de façon linéaire avec la gravité de la leucoaraïose, ce lien étant indépendant de la présence d'AVC. On observe de la leucoaraïose chez 66 % des patients avec démence vasculaire.
Même chez les patients non déments et considérés autonomes, les changements de la substance blanche sont associés à une moins bonne performance aux tests des fonctions cognitives. Les sphères cognitives les plus typiquement affectées sont la vitesse de traitement de l'information, les fonctions exécutives et l'attention.
Ces déficits cognitifs ont des répercussions sur le niveau de fonctionnement global des individus indépendants, l'ampleur de l'effet corrélant bien avec la gravité des anomalies de la substance blanche.

Troubles de la démarche
Jusqu'à 80 % des patients avec de la leucoaraïose ont des troubles de la démarche et la détérioration clinique corrélerait bien avec la progression du tableau radiologique. Ceci augmente considérablement les risques de chutes avec fracture ou d'hospitalisation.
La séméiologie peut rassembler les éléments de l'ataxie cérébelleuse, du parkinsonisme et de l'apraxie à la marche. On peut observer un élargissement du polygone, des petits pas avec de la festination, une diminution du balancement des bras ainsi qu'une démarche magnétique (comme si les pieds étaient collés au sol). On explique le tableau par une interruption des voies reliant le cortex moteur et l'aire motrice supplémentaire aux ganglions de la base et au cervelet. L'épargne relative des membres supérieurs serait secondaire à la position plus superficielle des fibres des membres supérieurs, ce qui les rend moins vulnérables aux changements profonds péri-ventriculaires.

Autres troubles
Par ailleurs, la leucoaraïose a aussi été associée aux troubles dépressifs, à l'urgence urinaire, aux signes extrapyramidaux et à la présence de réflexes archaïques.

L'évolution et le pronostic
La leucoaraïose est associée à un risque plus élevé d'AVC ischémique, surtout de type lacunaire, d'hémorragie cérébrale, de pneumonie et de chutes. On observe aussi une augmentation de mortalité, de cause vasculaire et de toute cause, même après ajustement pour l'hypertension, le diabète, la maladie coronarienne et la dyslipidémie.

La progression de la leucoaraïose est indépendante de la survenue d'AVC.
Dans une étude longitudinale de cinq ans, on observait une détérioration de la maladie de la substance chez 28 % des patients, alors que seulement 3 % avaient subi un AVC. La relation entre la progression et les facteurs de risque est complexe, mais encore une fois l'âge et l'hypertension sont les deux variables les plus importantes.
La progression de la leucoaraïose n'est ni bénigne ni silencieuse.
La détérioration des fonctions cognitives et de la démarche corrèle avec l'évolution de la leucoaraïose.

À retenir

• La leucoaraïose a d'abord été introduite comme un terme purement descriptif d'une image radiologique d'anomalies confluentes de la substance blanche. On reconnaît aujourd'hui que la présentation clinique est variée et souvent non bénigne.

• La leucoaraïose peut se manifester par des troubles cognitifs, des anomalies de la démarche, des troubles de l'humeur, des symptômes urinaires ou elle peut être asymptomatique. Elle est associée à des risques accrus d'AVC ischémiques, d'hémorragies cérébrales, de chutes et de décès.

• Les facteurs de risque prédisposant à la leucoaraïose ou à sa progression son semblables à ceux de la maladie vasculaire athérosclérotique; l'âge et l'hypertension artérielle étant particulièrement importants.

• Il y a peu de données probantes pour justifier des recommandations sur la prise en charge de la leucoaraïose.
La prévention et le traitement des facteurs de risque vasculaire sont probablement bénéfiques, mais on manque de preuves.

ANNEXE 2 : EXAMEN NEUROPSYCHOLOGIQUE 19 MAI 2011

011 11:42 [redacted] [redacted] PAGE 02/

NOM et PRENOM : M. [redacted]

AGE : 81 ans

NC : FEC Gestionnaire de gestion

DATE : 19 Mai 2011

MMS :

PROFIL D'EFFICIENCE COGNITIVE

TESTS	ACTIVITES COGNITIVES EVALUEES	SCORES BRUTS	RESULTATS NORMAUX	RESULTATS INSUFFISANTS	RESULTATS PATHOLOGIQUES
	Orientation temporo-spatiale	4/4	X		
PRM 6	Rappel immédiat visuo-verbal	7/12		X	
PRM 7	Rappel différé visuo-verbal	7/12		X	
Test du récit 1er essai	Mémoire de récit	4/12			X
Test du récit 2ème essai	Mémoire de récit renforcée	7 - /12		X	
Test visuo-spatial	Mémoire visuo-spatiale et constructive	6 - /12			X
Eléments associés	Mémoire indicée	7 /12			X
24 objets Classification	Organisation sémantique	10 /12			X
24 objets Evocation	Rappel libre après encodage sémantique	5 /12			X
	SCORE GLOBAL	57 /100			

MIS

Rappel libre immédiat	Rappel indicé immédiat	Rappel libre différé	Rappel indicé différé
(X 2)		(X 2)	
Total = / 8		Total: / 8	

TESTS EXECUTIFS

		Normal	Insuffisant	Pathologique
Code de la WAIS (120 scc)	Note standard : / 20			
Similitudes de la WAIS	Note standard : /20			
Empans de la WAIS	Note standard : /20 Endroit : Envers :			
Fluences littérales (1 min)	P : 12 L : F : 12		X X	
Fluences catégorielles (1 min)	Animaux : 19 Fruits : 8 Villes :	X		X
Intrusions				
Interférences				X
Confabulations				X
Persévérations				X

EXAMEN NEUROPSYCHOLOGIQUE

	Normal	Pathologique
ORIENTATION :		
Temporelle	X	
Spatiale	X	
ATTENTION :		X
MEMOIRE :		
- Mémoire de travail :		X
- Mémoire épisodique :		X
Reconnaissance visuo-spatiale		X
Rappel visuo-verbal immédiat		**Limite inf**
Rappel visuo-verbal différé		**Limite inf**
Mémoire de récit		X
Mémoire indicée		X
Mémoire visuo-spatiale		X
Mémoire catégorielle		X
LANGAGE :		
Discours spontané : légère dysarthrie	X	
Dénomination	X	
Compréhension (simple)	X	
Compréhension (complexe)	X	
FONCTIONS EXECUTIVES :		
Conceptualisation / abstraction		X
Catégorisation sémantique		X
Fluence verbale littérale	**Limite inf**	
Fluence verbale catégorielle	**dissociée**	
Contrôle exécutif		X
Jugement		?
GNOSIES :		
Gnosie visuelle		
Gnosie de soi (anosognosic)		X
PRAXIES :		
praxie constructive	X	
praxie idéomotrice		
praxie idéatoire		

PLAINTE MNESIQUE : Aucune plainte spontanée

ANXIETE **Pas pendant les tests**
DEPRESSION réactionnelle à l'hospitalisation
COMPORTEMENT adapté pendant l'examen NP
AUTONOMIE FONCTIONNELLE : ? pour les IADL. Etait autonome avant la chute selon l'aide ménagère.
CONCLUSION :

Fonctionnement cognitif normal	☐
M .C.I « amnésique »	☐
M.C.I « single domain »	☐
M.C.I « multi domain »	☐
Syndrome démentiel	☐

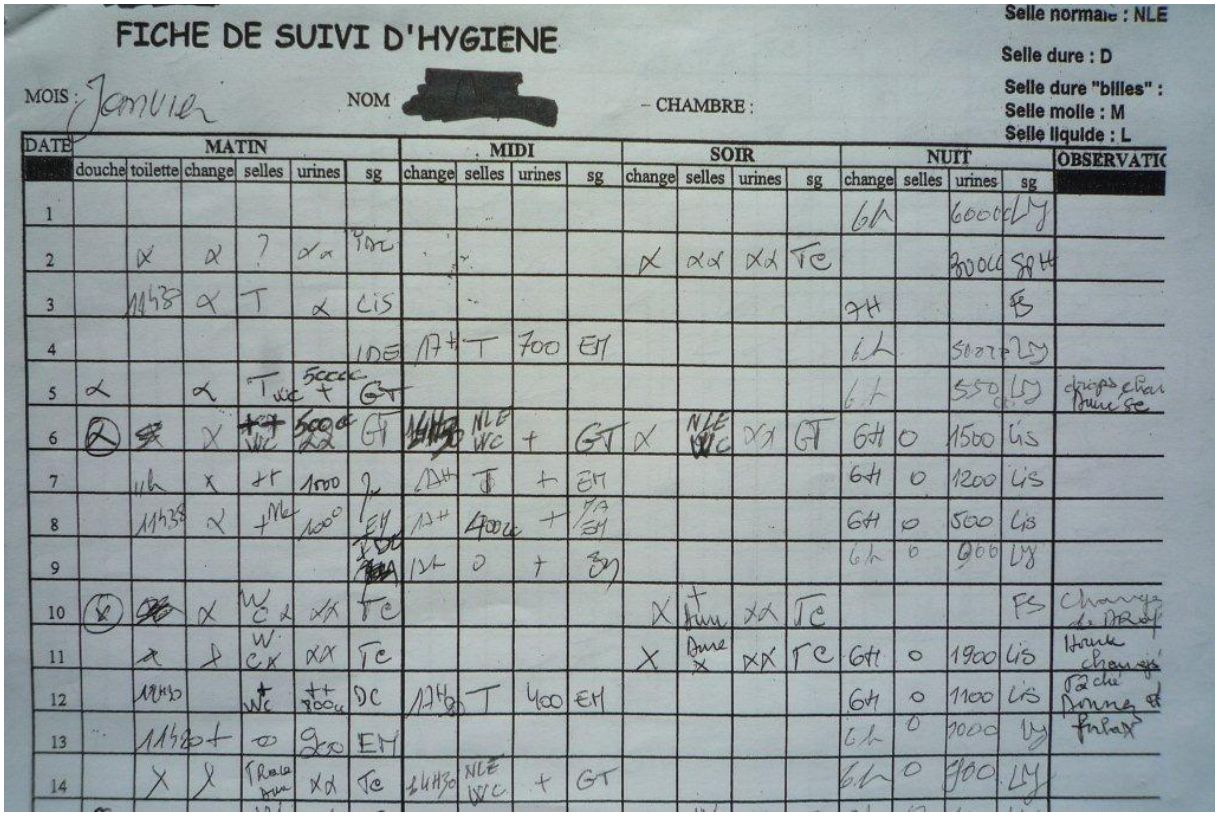
Le PEC montre actuellement un fonctionnement cognitif dans l'ensemble assez déficitaire compte-tenu du haut niveau culturel (HEC).
Les difficultés sont assez marquées sur :
- **les fonctions exécutives** : fonction symbolique assez dégradée, interférences, confabulations, persévérations, troubles de la conceptualisation, difficultés de recherche dans le stock lexical fluences littéraires dans les limités inférieures. Fluence catégorielle normale sur les animaux, mais déficitaire sur les fruits. Troubles mineurs du jugement.
- **Les fonctions mnésiques** : mémoire associative déficitaire, bénéfice nettement insuffisant de l'indiçage. Difficultés d'auto-génération de stratégies de rappel donnant lieu à un score déficitaire en mémoire catégorielle. Mémoire de récit également déficitaire. Rappels immédiat et différé « limite » au test du P.R.M (apprentissage visuo-verbal).
- **Difficultés de construction visuo**-spatiale (duplication/ persévération)
- **Sur les fonctions verbales** : l'expression et la compréhension sont normales. Mr L. se plaint de difficultés d'articulation et de modification de sa voix. L'écriture est micrographique (mais a toujours écrit petit) avec toutefois des difficultés grapho-motrices. **Faiblesse musculaire, perte de sensibilité partielle, difficultés motrices à tourner les pages, à se raser ou s'alimenter.** Mr L. explique que ces difficultés verbales et motrices n'existaient pas avant la chute ???

Pas de désorientation temporo-spatiale.
Le comportement est tout à fait adapté. Patient coopérant et courtois.
Bilan orthophonique et ergothérapique souhaitables.

Compte-tenu de la proximité de la chute (2 mois), un deuxième bilan serait utile : séquelles ou détérioration débutante ???
Patient à suivre [redacted]

3/3

ANNEXE 3 : FICHE D'HYGIENE ET DE SUIVI



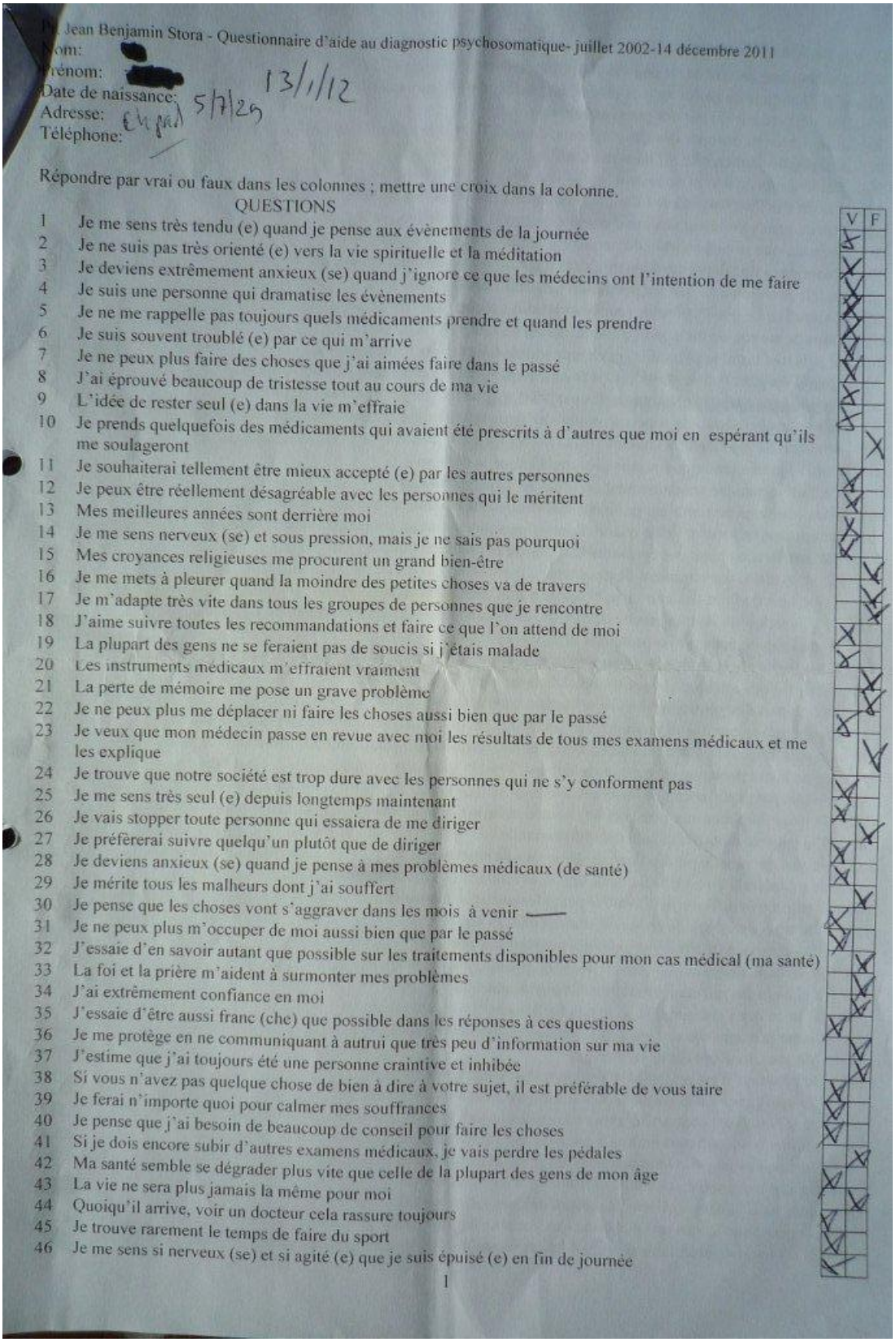
FICHE DE SUIVI D'HYGIENE

Selle normale : NLE
Selle dure : D
Selle dure "billes" :
Selle molle : M
Selle liquide : L

MOIS : Janvier NOM [redacted] – CHAMBRE :

DATE	MATIN						MIDI				SOIR				NUIT				OBSERVATIO
	douche	toilette	change	selles	urines	sg	change	selles	urines	sg	change	selles	urines	sg	change	selles	urines	sg	
1															6h		6000cc	LJ	
2		X	X	?	XX	TC					X	XX	XX	TC			3000cc	SH	
3		11h30	X	T	X	CS									7H			FB	
4						IDE	17h	T	700	EM					6h		500cc	LJ	
5	X		X	T WC	500cc +	GT									6h		550	LJ	changer alèse Pause
6	X	X	X	++ WC	500cc 22	GT	14h30	NLE WC	+	GT	X	NLE WC	XX	GT	6H	0	1500	CS	
7		11h	X	+r	1000	J	12H	T	+	EM					6H	0	1200	CS	
8		11h30	X	+NL	1000	EH IDE	13H	400cc	+	PA EM					6H	0	500	CS	
9							14h	0	+	EM					6h	0	900	LJ	
10	X	X	X	WC X	XX	TC					X	+ Pause	XX	TC				FS	Change à DRH
11		X	X	WC X	XX	TC					X	Pause X	XX	TC	6H	0	1900	CS	Haute changé
12		11h30		WC	++ 500cc	DC	14h30	T	400	EM					6H	0	1100	CS	Tache Pause & Partage
13		11h30+		0	2x0	EM									6h	0	1000	LJ	
14		X	X	Tache sur	XX	TC	14h30	NLE WC	+	GT					6h	0	900	LJ	

ANNEXE 4 : QUESTIONNAIRE D'AIDE AU DIAGNOSTIC PSYCHOSOMATIQUE



Dr Jean Benjamin Stora - Questionnaire d'aide au diagnostic psychosomatique- juillet 2002-14 décembre 2011

Nom: [redacted]
Prénom: [redacted]
Date de naissance: 13/1/12
Adresse: Evry 5/7/25
Téléphone:

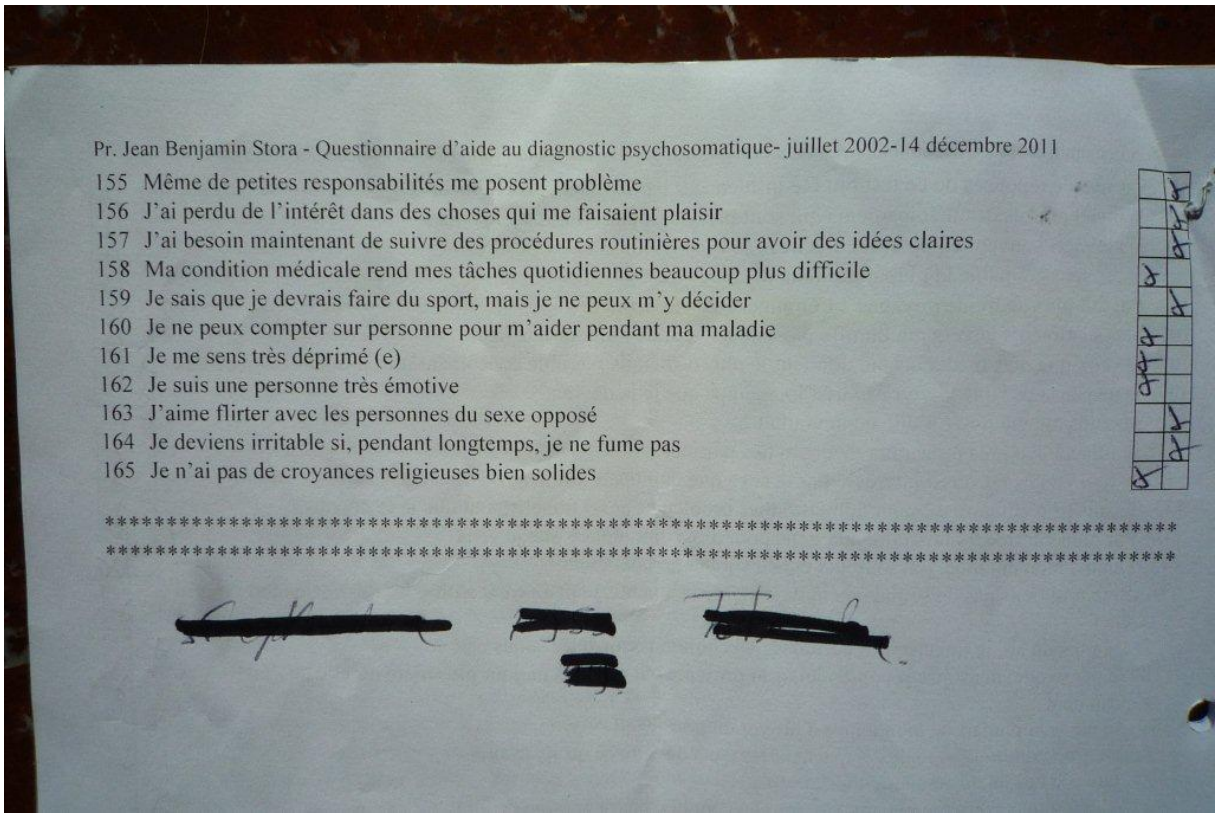
Répondre par vrai ou faux dans les colonnes ; mettre une croix dans la colonne.

	QUESTIONS	V	F
1	Je me sens très tendu (e) quand je pense aux évènements de la journée	X	
2	Je ne suis pas très orienté (e) vers la vie spirituelle et la méditation		X
3	Je deviens extrêmement anxieux (se) quand j'ignore ce que les médecins ont l'intention de me faire	X	
4	Je suis une personne qui dramatise les évènements	X	
5	Je ne me rappelle pas toujours quels médicaments prendre et quand les prendre	X	
6	Je suis souvent troublé (e) par ce qui m'arrive	X	
7	Je ne peux plus faire des choses que j'ai aimées faire dans le passé	X	
8	J'ai éprouvé beaucoup de tristesse tout au cours de ma vie	X	
9	L'idée de rester seul (e) dans la vie m'effraie	X	
10	Je prends quelquefois des médicaments qui avaient été prescrits à d'autres que moi en espérant qu'ils me soulageront		X
11	Je souhaiterai tellement être mieux accepté (e) par les autres personnes	X	
12	Je peux être réellement désagréable avec les personnes qui le méritent	X	
13	Mes meilleures années sont derrière moi	X	
14	Je me sens nerveux (se) et sous pression, mais je ne sais pas pourquoi	X	
15	Mes croyances religieuses me procurent un grand bien-être		X
16	Je me mets à pleurer quand la moindre des petites choses va de travers	X	
17	Je m'adapte très vite dans tous les groupes de personnes que je rencontre		X
18	J'aime suivre toutes les recommandations et faire ce que l'on attend de moi		X
19	La plupart des gens ne se feraient pas de soucis si j'étais malade	X	
20	Les instruments médicaux m'effraient vraiment	X	
21	La perte de mémoire me pose un grave problème	X	
22	Je ne peux plus me déplacer ni faire les choses aussi bien que par le passé	X	
23	Je veux que mon médecin passe en revue avec moi les résultats de tous mes examens médicaux et me les explique		X
24	Je trouve que notre société est trop dure avec les personnes qui ne s'y conforment pas	X	
25	Je me sens très seul (e) depuis longtemps maintenant	X	
26	Je vais stopper toute personne qui essaiera de me diriger	X	
27	Je préférerai suivre quelqu'un plutôt que de diriger		X
28	Je deviens anxieux (se) quand je pense à mes problèmes médicaux (de santé)	X	
29	Je mérite tous les malheurs dont j'ai souffert	X	
30	Je pense que les choses vont s'aggraver dans les mois à venir	X	
31	Je ne peux plus m'occuper de moi aussi bien que par le passé	X	
32	J'essaie d'en savoir autant que possible sur les traitements disponibles pour mon cas médical (ma santé)		X
33	La foi et la prière m'aident à surmonter mes problèmes		X
34	J'ai extrêmement confiance en moi		X
35	J'essaie d'être aussi franc (che) que possible dans les réponses à ces questions		X
36	Je me protège en ne communiquant à autrui que très peu d'information sur ma vie	X	
37	J'estime que j'ai toujours été une personne craintive et inhibée	X	
38	Si vous n'avez pas quelque chose de bien à dire à votre sujet, il est préférable de vous taire	X	
39	Je ferai n'importe quoi pour calmer mes souffrances	X	
40	Je pense que j'ai besoin de beaucoup de conseil pour faire les choses	X	
41	Si je dois encore subir d'autres examens médicaux, je vais perdre les pédales	X	
42	Ma santé semble se dégrader plus vite que celle de la plupart des gens de mon âge	X	
43	La vie ne sera plus jamais la même pour moi	X	
44	Quoiqu'il arrive, voir un docteur cela rassure toujours		X
45	Je trouve rarement le temps de faire du sport	X	
46	Je me sens si nerveux (se) et si agité (e) que je suis épuisé (e) en fin de journée	X	

1

47 J'ai toujours préféré avoir une vie calme et peu active
48 J'ai l'habitude de parler de mes problèmes de façon plus grave qu'ils ne le sont vraiment
49 J'ai déjà été envahi par des pensées suicidaires
50 J'aime bien m'occuper des choses jusque dans les détails les plus infimes
51 J'ai peu de soutien affectif dans ma famille
52 J'ai toujours eu le don de réussir
53 J'ai dit des mensonges à ma famille pour cacher ma consommation de drogues
54 Peu de gens se rendent vraiment compte de la difficulté de ma vie
55 Je pense que je suis en train de perdre ma faculté de concentration
56 Répondre à de telles questions m'aident à regarder franchement les évènements de ma vie
57 Je fais attention à ce que les personnes ne me trompent pas
58 La souffrance que j'éprouve, rend ma vie sans espoir
59 Dans ce monde ou bien on domine ou on est dominé
60 Je suis très instable (versatile) et change tout le temps de sentiments
61 Quand les gens sont autoritaires, je fais généralement l'opposé de qu'ils demandent
62 Je fais des cauchemars à propos des examens médicaux que je peux avoir à subir
63 Je me fais beaucoup de soucis à propos des personnes dont je dépend en craignant qu'ils ne me quittent
64 Je suis mon plus terrible ennemi
65 Parfois je fais croire que je suis plus malade que je ne le suis
66 Parfois je panique soudainement pour des raisons inconnues
67 Mes émotions ne semblent pas aussi manifestes que celles exprimées par d'autres
68 Je me sens très mal à l'aise quand d'autres personnes sont au courant de mes problèmes
69 La souffrance physique représente une grande partie de ma vie
70 Je m'inquiète constamment de ma santé
71 Il est bien de faire des choses par routine afin d'éviter des erreurs
72 Il y a quelqu'un de très proche de moi qui comprend vraiment mes sentiments
73 Beaucoup de gens me respectent et m'envient
74 Dans ma vie je prends régulièrement des drogues
75 Je pense que quelque chose ne va pas dans ma tête
76 La plupart des gens dans ma vie, en fait, me déçoivent
77 Je me sens amer quand on me refuse les avantages médicaux auxquels je sais que j'ai droit
78 Je suis d'accord pour faire une entorse à la loi aussi longtemps qu'on ne la viole pas
79 Je ne laisse personne tirer avantage de moi
80 Je sais par expérience que les bonnes choses ne durent pas
81 Je peux faire face aux pires nouvelles médicales concernant ma santé, aussi contrariantes soient-elles
82 J'ai peur de mourir soudainement de maladie
83 Je suis en train de perdre l'espoir de ne jamais retrouver la santé
84 Je m'assure d'être à l'heure pour tous mes rendez vous avec mon médecin
85 Il m'est très difficile de travailler actuellement avec ma souffrance
86 J'ai trouvé très peu de choses agréables dans la vie
87 J'ai beaucoup de très bons amis qui me sont très proches
88 Je termine toujours mon travail avant de prendre quelques loisirs
89 J'ai des amis qui écouteront tous les problèmes que j'ai
90 Tout ce que j'entreprends, je le fais facilement
91 Je me fais apparaître, dans mes réponses, en meilleure santé que je ne le suis actuellement
92 Ma vie a toujours été de mal en pis
93 Je pense qu'il est préférable de ne faire confiance à personne
94 La souffrance est la partie la plus terrible de ma condition médicale
95 Je suis souvent contrarié d'avoir à faire des choses que les autres attendent de moi
96 Je suis beaucoup plus maltraité par mes amis et mes parents proches
97 Je consulte très vite mon médecin dès que j'ai de nouveaux symptômes
98 Je suis très énervé ces temps-ci
99 Je ne suis jamais seul dans la mesure où Dieu est avec moi
100 Je pense que je suis une personne très sociable et très ouverte
101 Il est toujours préférable de suivre les règles qu'ont établies ceux qui exercent l'autorité

102 Pas mal de réponses de ce test ont été influencées par ma mauvaise humeur
103 Je prend parfois des médicaments qui sont prescrits pour d'autres personnes
104 Je me mets souvent en position d'échec
105 Je me sens coupable la plupart du temps
106 J'ai fait plus de trente voyages à l'étranger l'année dernière
107 Mes sentiments envers ma famille passent souvent de l'amour à la haine
108 Je veux que mes médecins me donnent le plus de détails possible concernant mes problèmes médicaux
109 Je ne pense pas que je vivrais aussi longtemps que je le devrais
110 Je rends ma vie pire qu'elle ne devrait être
111 Je fume à peu près un paquet de cigarettes par jour
112 Je n'ai jamais été aussi intéressé par le sexe que la plupart des gens de mon âge
113 Je suis trop embarrassé pour admettre mes problèmes aussi franchement que je le devrais
114 Par mon charme, je fais faire aux gens pour ainsi dire tout ce que je veux
115 Depuis mon enfance, j'ai toujours été en surcharge pondérale
116 Si je n'obtiens pas de soulagement de mes médicaments, je peux en accroître les doses, de mon propre chef
117 De puis un an, je traverse des périodes psychologiquement difficiles
118 Je pense que, dans mes réponses ici, j'ai présenté ma vie sous un jour plus triste qu'elle ne l'est vraiment
119 Je passe la plupart de mon temps à broyer du noir
120 De trop nombreuses règles empêchent les gens de faire ce qu'ils désirent
121 Nul n'a besoin de connaître mes affaires
122 J'ai toujours pensé que la plupart des gens ont une piètre opinion de moi
123 Je suis considéré(e) comme une personne dure et insensible
124 J'ai fait récemment la une de nombreux magazines
125 Je deviens très agacé quand on met de la pression sur moi
126 Mon corps m'envoie sans cesse des signaux inquiétants
127 Il m'est très difficile de passer une journée sans boire quelques verres
128 Je ne repousse jamais une visite chez le docteur si je sens que j'en ai besoin
129 Rester en contact avec mon moi spirituel m'aide à faire face à mes ennuis quotidiens
130 Je me sens souvent triste et pas aimé
131 Je commence à perdre pied quand mes problèmes médicaux tournent mal
132 Dans les réponses à toutes ces questions, je reste très réservé
133 Chaque année j'ai droit à tous mes congés de maladie
134 Je préfère ne pas connaître les détails d'une maladie que je pourrais avoir
135 Je deviens très irritable si je ne bois pas une tasse de café fréquemment dans la journée
136 Ma qualité de ma vie s'est détériorée à cause de ma maladie
137 J'ai peu de joie dans ma vie ces temps-ci
138 Je fais habituellement ce que je veux sans me soucier de savoir si cela affecte autrui
139 Mon poids fluctue à la hausse et à la baisse; mon régime diététique est un véritable yo-yo
140 Ma tête me fait si mal que j'ai besoin de prendre un temps de repos sur mon temps de travail
141 Nous vivons dans un monde très solitaire
142 J'ai essayé de nombreuses fois d'arrêter de fumer, mais je recommence toujours
143 Je changerai mon style de vie si le docteur me le conseillait
144 Sans Dieu dans ma vie, je ne pourrais jamais surmonter une grave maladie
145 Mon esprit pense sans cesse à ma souffrance
146 Quand je suis déprimé(e) ou stressé(e), je mange toujours plus (ou je dévore)
147 Il semble que mon avenir ne soit que problème et souffrance
148 C'est bien de prendre avantage des incertitudes de la loi
149 J'ai essayé de faire du sport, mais je ne peux m'y tenir
150 Je suis incapable d'organiser ma vie comme je le veux
151 Des membres de ma famille se sont récemment plaints de mon alcoolisme
152 Je ne comprends pas vraiment les sentiments humains comme les autres
153 J'ai besoin de beaucoup de caféine pour vivre ma journée
154 Je mets presque toujours les besoins des autres avant les miens

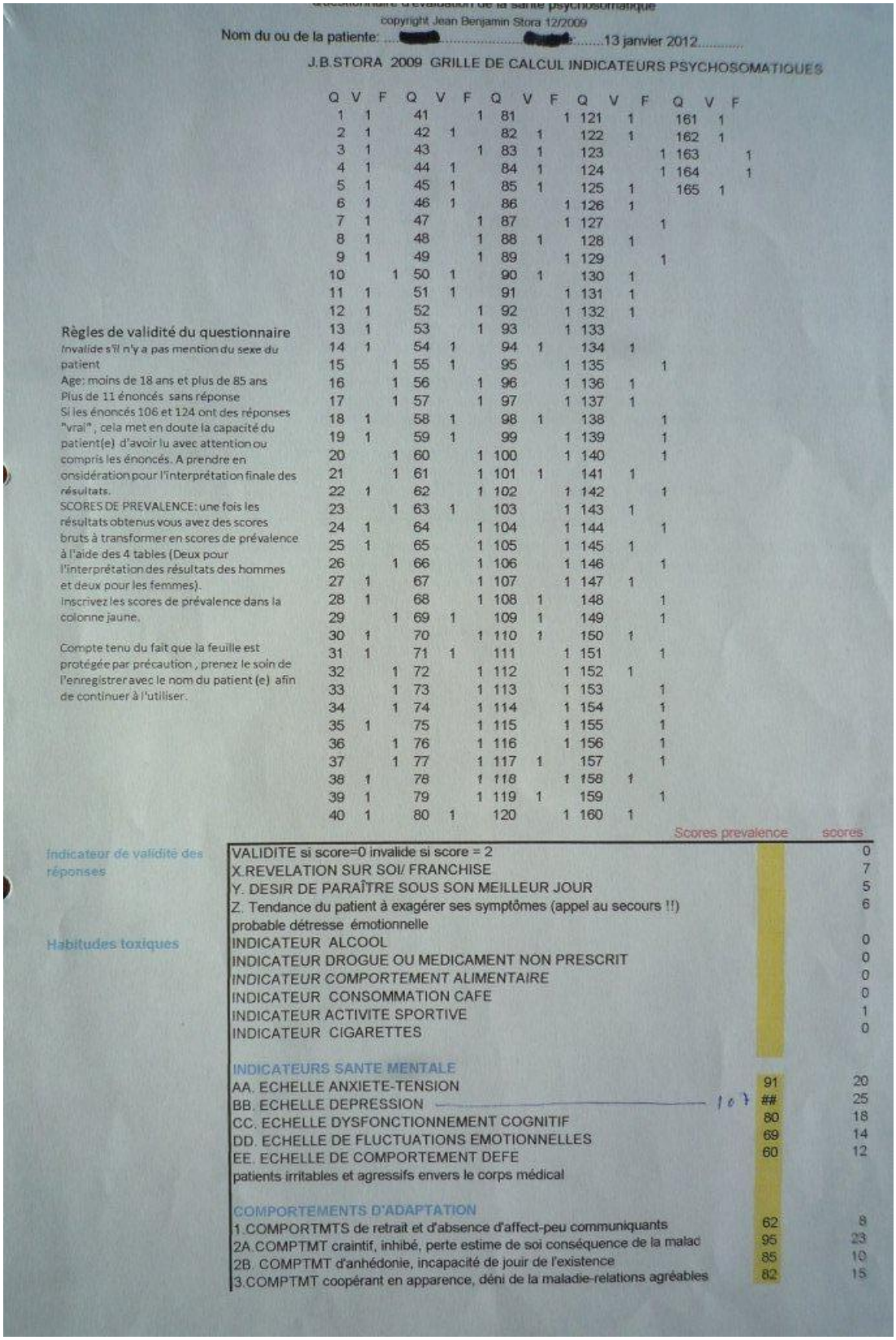


Pr. Jean Benjamin Stora - Questionnaire d'aide au diagnostic psychosomatique- juillet 2002-14 décembre 2011

155 Même de petites responsabilités me posent problème
156 J'ai perdu de l'intérêt dans des choses qui me faisaient plaisir
157 J'ai besoin maintenant de suivre des procédures routinières pour avoir des idées claires
158 Ma condition médicale rend mes tâches quotidiennes beaucoup plus difficile
159 Je sais que je devrais faire du sport, mais je ne peux m'y décider
160 Je ne peux compter sur personne pour m'aider pendant ma maladie
161 Je me sens très déprimé (e)
162 Je suis une personne très émotive
163 J'aime flirter avec les personnes du sexe opposé
164 Je deviens irritable si, pendant longtemps, je ne fume pas
165 Je n'ai pas de croyances religieuses bien solides

****
****

ANNEXE 5 : GRILLE DE CALCUL DES INDICATEURS PSYCHOSOMATIQUES



Questionnaire d'évaluation de la santé psychosomatique

copyright Jean Benjamin Stora 12/2009

Nom du ou de la patiente: [redacted] [redacted] 13 janvier 2012

J.B.STORA 2009 GRILLE DE CALCUL INDICATEURS PSYCHOSOMATIQUES

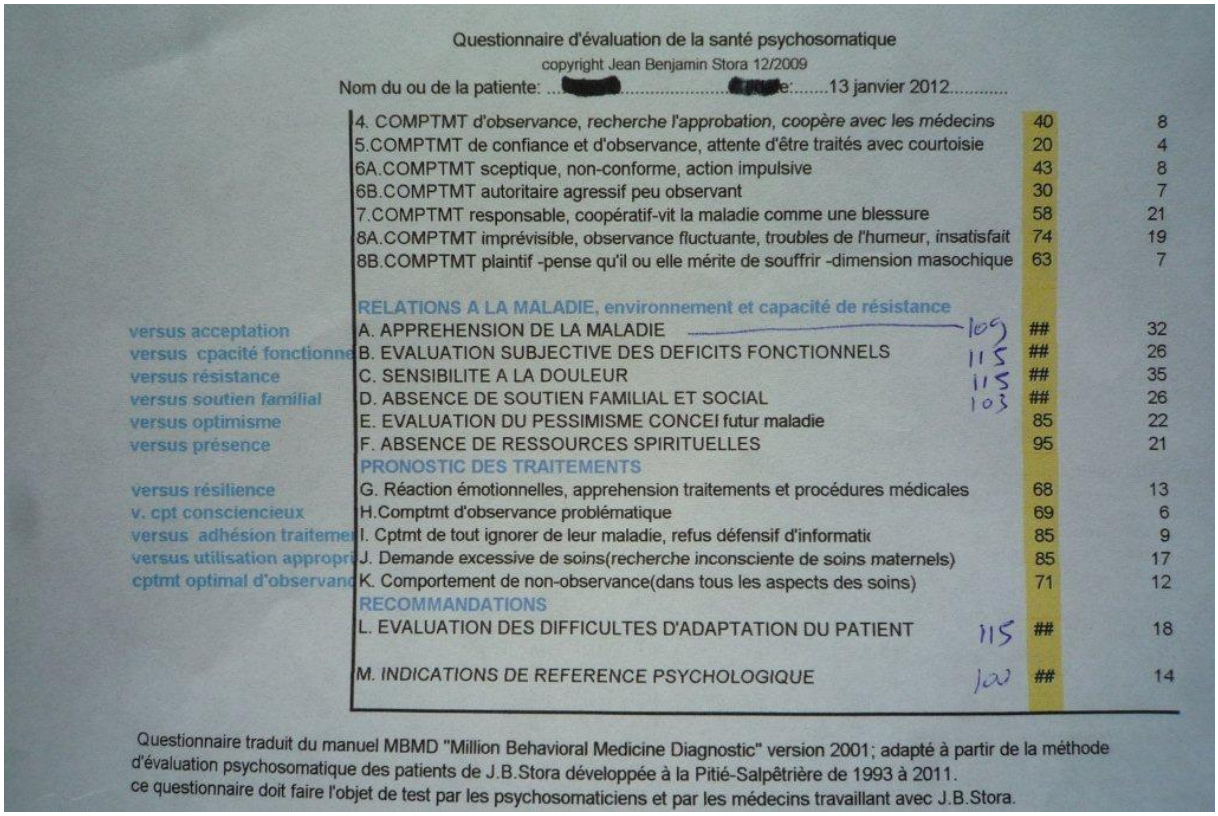
Q	V	F	Q	V	F	Q	V	F	Q	V	F	Q	V	F
1	1		41		1	81		1	121	1		161	1	
2	1		42	1		82	1		122	1		162	1	
3	1		43		1	83	1		123		1	163		1
4	1		44	1		84	1		124		1	164		1
5	1		45	1		85	1		125	1		165	1	
6	1		46	1		86		1	126	1				
7	1		47		1	87		1	127		1			
8	1		48		1	88	1		128	1				
9	1		49		1	89		1	129		1			
10		1	50	1		90	1		130	1				
11	1		51	1		91		1	131	1				
12	1		52		1	92		1	132	1				
13	1		53		1	93		1	133					
14	1		54	1		94	1		134	1				
15		1	55	1		95		1	135		1			
16		1	56		1	96		1	136	1				
17		1	57		1	97		1	137	1				
18	1		58	1		98	1		138		1			
19	1		59	1		99		1	139		1			
20		1	60		1	100		1	140		1			
21		1	61		1	101	1		141	1				
22	1		62		1	102		1	142		1			
23		1	63	1		103		1	143	1				
24	1		64		1	104		1	144		1			
25	1		65		1	105		1	145	1				
26		1	66		1	106		1	146		1			
27	1		67		1	107		1	147	1				
28	1		68		1	108	1		148		1			
29		1	69	1		109	1		149		1			
30	1		70		1	110	1		150	1				
31	1		71	1		111		1	151		1			
32		1	72		1	112		1	152	1				
33		1	73		1	113		1	153		1			
34		1	74		1	114		1	154		1			
35	1		75		1	115		1	155		1			
36		1	76		1	116		1	156		1			
37		1	77		1	117	1		157		1			
38	1		78		1	118		1	158	1				
39	1		79		1	119	1		159		1			
40	1		80	1		120		1	160	1				

Règles de validité du questionnaire

Invalide s'il n'y a pas mention du sexe du patient
Age: moins de 18 ans et plus de 85 ans
Plus de 11 énoncés sans réponse
Si les énoncés 106 et 124 ont des réponses "vrai", cela met en doute la capacité du patient(e) d'avoir lu avec attention ou compris les énoncés. A prendre en onsidération pour l'interprétation finale des résultats.
SCORES DE PREVALENCE: une fois les résultats obtenus vous avez des scores bruts à transformer en scores de prévalence à l'aide des 4 tables (Deux pour l'interprétation des résultats des hommes et deux pour les femmes).
Inscrivez les scores de prévalence dans la colonne jaune.

Compte tenu du fait que la feuille est protégée par précaution, prenez le soin de l'enregistrer avec le nom du patient (e) afin de continuer à l'utiliser.

		Scores prevalence	scores
Indicateur de validité des réponses	VALIDITE si score=0 invalide si score = 2		0
	X.REVELATION SUR SOI/ FRANCHISE		7
	Y. DESIR DE PARAÎTRE SOUS SON MEILLEUR JOUR		5
	Z. Tendance du patient à exagérer ses symptômes (appel au secours !!) probable détresse émotionnelle		6
Habitudes toxiques	INDICATEUR ALCOOL		0
	INDICATEUR DROGUE OU MEDICAMENT NON PRESCRIT		0
	INDICATEUR COMPORTEMENT ALIMENTAIRE		0
	INDICATEUR CONSOMMATION CAFE		0
	INDICATEUR ACTIVITE SPORTIVE		1
	INDICATEUR CIGARETTES		0
	INDICATEURS SANTE MENTALE		
	AA. ECHELLE ANXIETE-TENSION	91	20
	BB. ECHELLE DEPRESSION	##	25
	CC. ECHELLE DYSFONCTIONNEMENT COGNITIF	80	18
	DD. ECHELLE DE FLUCTUATIONS EMOTIONNELLES	69	14
	EE. ECHELLE DE COMPORTEMENT DEFE patients irritables et agressifs envers le corps médical	60	12
	COMPORTEMENTS D'ADAPTATION		
	1.COMPORTMTS de retrait et d'absence d'affect-peu communiquants	62	8
	2A.COMPTMT craintif, inhibé, perte estime de soi conséquence de la malac	95	23
	2B. COMPTMT d'anhédonie, incapacité de jouir de l'existence	85	10
	3.COMPTMT coopérant en apparence, déni de la maladie-relations agréables	82	15



Questionnaire d'évaluation de la santé psychosomatique

copyright Jean Benjamin Stora 12/2009

Nom du ou de la patiente: ...[redacted]...[redacted]e:.....13 janvier 2012.....

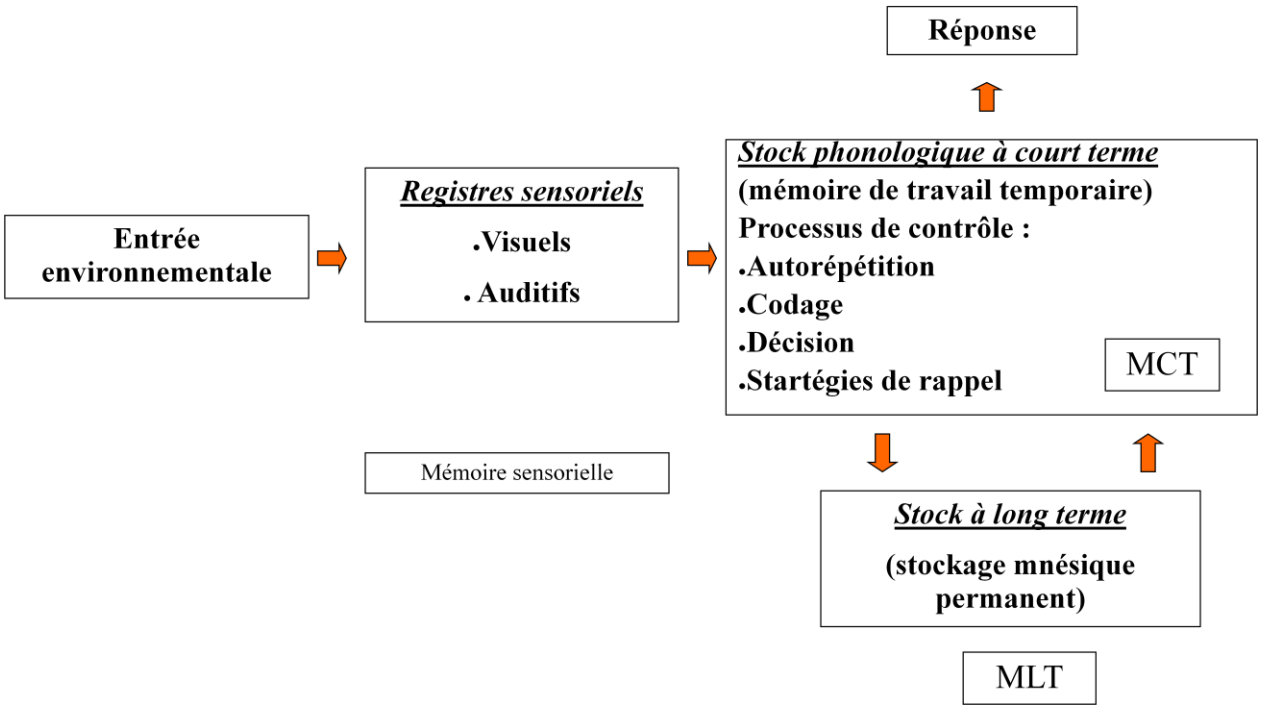
	4. COMPTMT d'observance, recherche l'approbation, coopère avec les médecins		40	8
	5.COMPTMT de confiance et d'observance, attente d'être traités avec courtoisie		20	4
	6A.COMPTMT sceptique, non-conforme, action impulsive		43	8
	6B.COMPTMT autoritaire agressif peu observant		30	7
	7.COMPTMT responsable, coopératif-vit la maladie comme une blessure		58	21
	8A.COMPTMT imprévisible, observance fluctuante, troubles de l'humeur, insatisfait		74	19
	8B.COMPTMT plaintif -pense qu'il ou elle mérite de souffrir -dimension masochique		63	7
	RELATIONS A LA MALADIE, environnement et capacité de résistance			
versus acceptation	A. APPREHENSION DE LA MALADIE	109	##	32
versus cpacité fonctionne	B. EVALUATION SUBJECTIVE DES DEFICITS FONCTIONNELS	115	##	26
versus résistance	C. SENSIBILITE A LA DOULEUR	115	##	35
versus soutien familial	D. ABSENCE DE SOUTIEN FAMILIAL ET SOCIAL	103	##	26
versus optimisme	E. EVALUATION DU PESSIMISME CONCEI futur maladie		85	22
versus présence	F. ABSENCE DE RESSOURCES SPIRITUELLES		95	21
	PRONOSTIC DES TRAITEMENTS			
versus résilience	G. Réaction émotionnelles, apprehension traitements et procédures médicales		68	13
v. cpt consciencieux	H.Comptmt d'observance problématique		69	6
versus adhésion traitemer	I. Cptmt de tout ignorer de leur maladie, refus défensif d'informati		85	9
versus utilisation appropri	J. Demande excessive de soins(recherche inconsciente de soins maternels)		85	17
cptmt optimal d'observanc	K. Comportement de non-observance(dans tous les aspects des soins)		71	12
	RECOMMANDATIONS			
	L. EVALUATION DES DIFFICULTES D'ADAPTATION DU PATIENT	115	##	18
	M. INDICATIONS DE REFERENCE PSYCHOLOGIQUE	100	##	14

Questionnaire traduit du manuel MBMD "Million Behavioral Medicine Diagnostic" version 2001; adapté à partir de la méthode d'évaluation psychosomatique des patients de J.B.Stora développée à la Pitié-Salpêtrière de 1993 à 2011.
ce questionnaire doit faire l'objet de test par les psychosomaticiens et par les médecins travaillant avec J.B.Stora.

ANNEXE 6 A : MODELE STRUCTURAL DE LA MEMOIRE

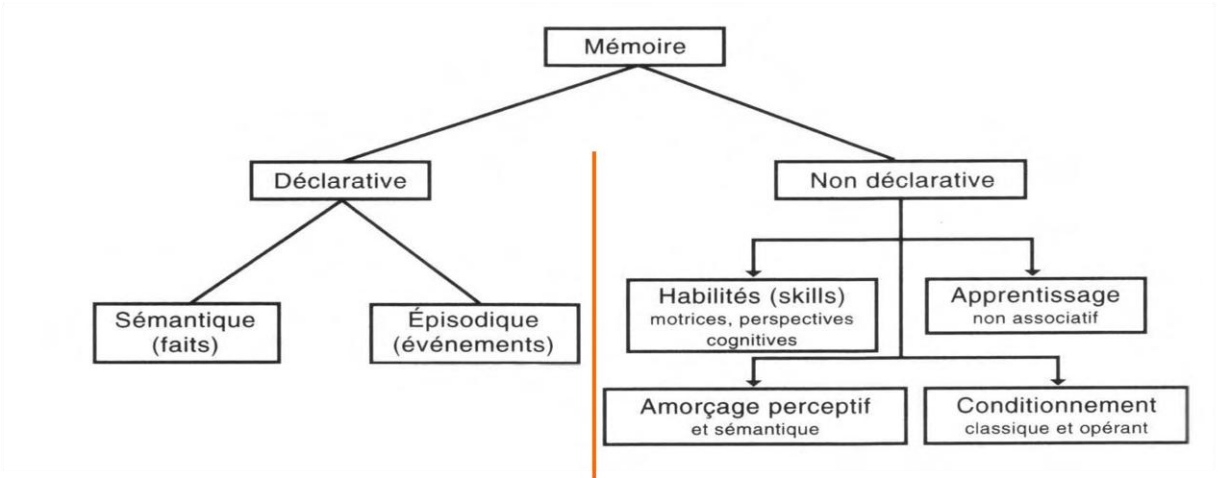
MODELES DE LA MEMOIRE : Atkinson et Shiffrin (1968)

Modèle structural de la mémoire



ANNEXE 6 B : MEMOIRE DECLARATIVE ET MEMOIRE NON DECLARATIVE

MODELES DE LA MEMOIRE : Cohen & Squire (1980)



• mémoire déclarative ou explicite
• mémoire épisodique
• mémoire sémantique

• mémoire non déclarative ou implicite
• mémoire procédurale
• amorçage (ou priming)
• métamémoire
• autres
(conditionnement réflexe et apprentissage non associatif)

ANNEXE 7 : NOSOGRAPHIE PSYCHOSOMATIQUE

Nosographique psychosomatique dynamique –
Etablie le 19/11/2008 par Jacques Benjamin Stora

SF	Classification nosographique	Diagnostic
	1. Névroses de transfert (psychonévroses de défense, S.Freud) (Névrose bien mentalisée : Certitude)	
110		**Névrose obsessionnelle**
120	**Symptômes**	**Phobie**
130		**Hystérie**
135	**Névrose mentale symptomalogiquement organisée, au fonctionnement soutenu.** .	**Névroses polymorphes sans symptomatologie mentale dominante et soutenue.** Il peut s'agir d'organisations anales avec manifestations obsessionnelles passagères ou d'organisations hystériques avec phénomènes de conversion ; la systématique mentale névrotique ou psychotique a été débordée par le conflit au moins momentanément. (P. Marty, 1987)
136	**Borderline névrose de transfert/nev. actuelle**	**Hystérie de conversion**
	2. Névroses actuelles (Echec de la constitution de la névrose infantile)	
	Névrose à mentalisation incertaine : Doute **Névrose mal mentalisée : Défauts avérés. La mentalisation apprécie d'un coup trois qualités fondamentales du préconscient : Epaisseur de l'ensemble de formations représentatives ; fluidité des liaisons entre les représentations ; permanence habituelle du fonctionnement.**	
140		**Hystérie d'angoisse**
141		**Névrose d'angoisse**
142		**Névrose de caractère**
145		**Hypocondrie (différents états)**
146		**Névrose traumatique**
147		**Névrose relation d'objet allergique**
	1. Troubles narcissiques du Soi, de l'identité et du comportement (Insuffisance originelle du préconscient – inorganisation-névroses non mentalisées))	
170		**Névrose de comportement**
171		**Hypocondrie archaïque**
172		**Troubles du narcissisme**
173		**Troubles de l'identité**
174		**Troubles addictifs**

175		"Psychose froide" ou non délirante A. Green. E. Kestemberg
	4. Psychoses délirantes consulter la méthode de diagnostic DSM IV pour l'ensemble des psychoses et des troubles de l'humeur	
	Schizophrénie et autres troubles psychotiques	
	Troubles de l'humeur	
	Troubles anxieux	
	Troubles dissociatifs	
	Troubles de l'identité sexuelle	
	Troubles des conduites alimentaires	
	Troubles de l'adaptation	Avec humeur dépressive, avec anxiété, avec perturbation des conduites, avec perturbation à la fois des émotions et des conduites, non spécifié.
	Troubles de la personnalité	Paranoïaque, schizoïde, antisocialee, borderline, histrionique, narcissique, évitante, dépendante, obsessionnelle-compulsive, non spécifié.
Consulter le manuel DSM IV pour plus de détails.		

G. BIBLIOGRAPHIE

Arcand, M., Hébert, R., « Précis pratique de gériatrie », Edisem et Maloine, Paris, 1997.
Balint, M., « les voies de la régression », Payot, Paris, 2010.
Erikson, Erik H., « the Life Cycle Completed », W.W. Norton & Co, London, 1998.
Feil, N., « Validation, la méthode », Lamarre, Rueil-Malmaison, 2005.
Freud, S., « L'inquiétante étrangeté et autres essais », Gallimard, Paris, 1985.
Freud, S., « Le moi et le ça », Payot, Paris, 2010.
Freud, S., « Métapsychologie », Gallimard, Paris, 1968.
Groddeck, G., « La maladie, l'art et le symbole », Gallimard, Paris, 1969.
Groddeck, G., « Le livre du Ça », Gallimard, Paris, 1973.
Kamieniecki, H., « Histoire de la psychosomatique », PUF, n°2851, Paris, 1994.
Klein, M., « Deuil et dépression », Payot, Paris, 2004.
Laplanche J., Pontalis, J.B., « Vocabulaire de la psychanalyse », Quadrige / PUF, 2011.
Marty, P., « La psychosomatique de l'adulte », PUF, n°1850, Paris, 2011.
McDougall. J., « Théâtres du Je », Gallimard, Paris, 1982.
McDougall. J., « Théâtres du corps », Gallimard, Paris, 1982.
Spitz, R.A., « de la naissance à la parole, la première année de vie », PUF, Paris, 2007.
Stora, J.B., « quand le corps prend la relève, stress, traumatismes, et maladies somatiques **»,** Ed. Odile Jacob, Paris, 1999.
Stora, J.B., « Le stress », PUF, Paris, 2010.
Stora, J.B., « Neuropsychanalyse : Controverses et dialogues », MJW Fédition, Paris, 2011.
Winnicott, D.W., « Agressivité, culpabilité et réparation », Payot, Paris, 2004.