

Congrès APHJPA 26, 27 mai 2011, Lyon

« Les pas de deux avec Madame Alfrede »

Equipe de l'Hôpital de jour de psychiatrie de l'âge avancé « Le Rempart »
Centre Hospitalier de Rouffach
2, rue du maréchal Lefebvre
68250 Rouffach

Lucienne De Bortoli, IDE
Magali Szymczack, IDE
Elisabeth Poulain, psychologue
Christine Schoelcher, cadre de santé
Dominique Baeumlé, PH gériatre

Madame Alfrede est envoyée à l'HDJ adressée par un collègue psychiatre qui la voit en consultation en 2008, pour des troubles dépressifs et une baisse cognitive.

Son histoire récente est celle d'un veuvage survenu en 2005, du décès de 2 de ses frères dans les mois qui suivent et d'une hospitalisation sous contrainte en 2006 pour des troubles délirants de persécution.

Madame Alfrede est née en 1936 de parents d'origine polonaise arrivés en France en 1929, son père ayant travaillé comme beaucoup de ses compatriotes dans les mines de potasses d'Alsace.

Dès l'âge de 14 ans, elle travaille en usine textile de filature. Elle se marie à l'âge de 22 ans, divorce après 14 mois et se remarie avec un voisin divorcé, mineur aussi et père de 2 jeunes enfants qu'elle élèvera avec lui.

Ce mari, dont elle raconte volontiers qu'elle a aimé danser avec lui en toute occasion, meurt donc en 2005 de problèmes respiratoires. A l'évocation de ce décès, elle dira « c'est le début de mes problèmes » et répète à l'envi « depuis que mon mari est mort ce n'est plus pareil ».

C'est donc quelques mois plus tard que son fils signe pour elle une demande d'hospitalisation sous contrainte en psychiatrie: elle est agitée, est devenue agressive envers son entourage, se dit persécutée par les voisins qui lui veulent du mal (« et pourtant, c'étaient de bons voisins », tant que son mari vivait.). Elle a même préparé une corde pour se pendre, c'est le chien qui la retient de faire le geste. Dans le service, elle est hallucinée, voit des enfants dans le couloir, entend ces voisins malveillants...

Elle regagne son domicile après 6 semaines, le délire éteint, avec un traitement neuroleptique et un suivi par l'infirmière de secteur.

Le prochain incident de parcours est une fracture du col fémoral en 2007 après une chute, dont elle se remet sans problème particulier.

Un mot sur ses antécédents médicaux qui sont d'ordre cardio-vasculaire: hypertension artérielle de découverte récente en 2007, diabète depuis plus de 15 ans, et une intervention ancienne sur fibrome, chez cette patiente qui n'a pas pu avoir d'enfant.

En octobre 2007 un bilan dans un service de neurologie pour des tremblements invalidants et des vertiges fait conclure à des tremblements essentiels.

En février 2008, c'est sa petite fille Viviane, la fille du fils qui l'amène à la consultation de notre collègue psychiatre, parce qu'elle voit sa grand'mère triste, insatisfaite, avec des pleurs. Elle la décrit comme « une ancienne bonne vivante, toujours active ». Elle ne prend aucun traitement psychotrope. Une prise en charge à l'HDJ est alors demandée.

Cette petite-fille s'occupe de ses affaires administratives et des courses principalement, dans un lien privilégié parmi les 6 petits-enfants. Elle est autonome par ailleurs.

Lorsque nous faisons sa connaissance début 2008, tout un cortège de symptômes dépressifs est présent: tristesse, perte d'élan vital, amaigrissement, difficultés de sommeil, tremblements dont elle est gênée. Elle est cependant d'assez bon contact et parle volontiers, même si son vocabulaire est assez pauvre. Son discours est dans la résignation, nostalgique du passé, en particulier de ce mari qui la faisait danser: « je suis complètement changée depuis le décès; avant, j'aimais danser, je riais toujours ». Ses cauchemars nocturnes la font vivre la nuit avec les morts de sa famille; la mort est très présente dans ses pensées, avec des idées suicidaires heureusement très vagues (Elle évoque une personne de sa connaissance qui s'est pendue et dit qu'elle a déjà pensé faire pareil). Il n'y a à ce moment aucun élément délirant. Elle émet le projet, rassurant, de déménagement dans une résidence afin de ne plus vivre seule.

On apprend à ce moment qu'elle y a eu un épisode dépressif 15 ans auparavant, dans un contexte de conflit familial, avec un frère.

A l'HDJ, le traitement anti-dépresseur est introduit, la prise en charge a pour objectif l'apaisement des angoisses, dans un lieu tiers et avec l'espoir de tisser avec elle un lien, ce lien qui peut sauver du suicide.

Lors des réunions de synthèse, l'équipe note qu'elle participe plutôt avec un peu de réticence aux activités psychothérapeutiques, une stimulation est nécessaire; mais elle est toujours dans la relation, avec nous, avec les autres patients. Chacun lui importe, si ce n'est pour le critiquer, voire se moquer, car sa langue est quelque fois affûtée, ses propos ironiques ou crus. Peut-être par un mécanisme de défense? Elle parle en effet de son propre sentiment de honte que provoquent ses tremblements, qui redoublent d'intensité avec l'anxiété... Rare moment où elle exprime ses affects, car son discours reste très factuel par ailleurs.

Pour ce qui est de la cognition, nous concluons après un bilan complet neuropsychologique et radiologique que les troubles sont bien présents. Ils sont d'ordre plutôt frontal, marqués par les persévérations et les troubles du jugement, et nous supposons une origine plutôt vasculaire, la mémoire épisodique étant globalement préservée.

Quelques semaines se passent et mme Alfrede va nettement mieux. Le déménagement dans la résidence s'est déroulé presque sans encombre, elle a investi son nouveau lieu de vie en faisant connaissance avec de nouveaux voisins. Elle est détendue, le sommeil est recouvré, bref l'humeur est à nouveau sur un versant positif même si elle reste anxieuse. Elle demande à chaque séance combien de temps elle devra rester (et ce, depuis le début). Nous mettons fin à la prise en charge. Cette première danse avec l'HDJ s'achève sur une note très positive, notre rencontre avec la petite-fille référente, mais très prise par ailleurs, nous le confirme.

Le relais est repris par l'infirmière de secteur qui la suit en visites à son domicile tous les 14 jours. Quelques mois plus tard, cette infirmière nous rappelle: mme Alfrede est à nouveau délirante et persécutée, dans une rechute d'anxiété massive. Nous la réadmettons immédiatement à l'HDJ, elle viendra sans se faire prier.

Elle a perdu le sommeil à nouveau, nourrit de nouvelles idées délirantes envers son entourage, exprime sa crainte de la mort.

Ce tableau assez bruyant d'angoisse et de délire a été provoqué par une dispute avec sa petite-fille qui semble avoir consommé la rupture. Pour faire court: lors d'une réunion de famille, madame Alfrede accuse sa petite-fille devant toute l'assemblée de ne pas s'être occupée correctement de ses comptes. Viviane ne supportera pas l'affront d'avoir été traitée de voleuse, car c'est ainsi qu'elle a

entendu ces propos; elle a donc rendu l'ensemble de ses papiers à mme A, qui, au lieu de s'excuser, l'accusera encore de ne pas avoir rendu le livret de famille et la carte d'identité... Le conflit semble aussi latent avec sa fille et son gendre; non seulement celle-ci aurait pris et vendu pour son compte beaucoup d'objets lors de la vente de la maison, mais surtout elle aurait découpé une photo de famille pour y supprimer l'image de madame Alfrede, l'excluant ainsi du tableau de famille. Délirants ou réels, ces éléments avancés par la patiente témoignent de la fragilité de la place qu'elle pense occuper dans la famille.

Cette 2ème prise en soins à l'HDJ est mieux acceptée que la 1ère, elle ne demandera à aucun moment quand cela se terminera, signant par là son adhésion et l'étayage qu'elle trouve dans la structure.

Le traitement anti-dépresseur, d'abord intensifié, sera ensuite modifié: en effet, si son état clinique s'améliore à nouveau en quelques séances, nous le voyons se re-dégrader rapidement lorsqu'elle apprend que son fils, atteint d'un cancer des voies respiratoires, se trouve en état terminal de sa maladie avec un décès attendu qui surviendra rapidement.

Ainsi nous assistons, plus qu'à une rechute dépressive, à des paroxysmes anxieux, d'autant que l'entourage lui a déconseillé d'aller le voir « car elle ne le reconnaîtrait pas, tellement il a maigri ». Ne pouvant voir de ses yeux ce fils dans les derniers jours de sa vie, elle se prépare à sa mort en nous décrivant « l'habit de deuil » qu'elle portera lors des funérailles à venir. Après le décès, nous assisterons à l'HDJ à un malaise avec douleurs thoraciques sans étiologie somatique retrouvée, comme une parole qui ne pourrait être dite.

Cette période difficile qu'elle traverse est accompagnée à l'HDJ par l'équipe et au domicile par l'infirmière de secteur. C'est l'occasion de réactivation des conflits familiaux, en particulier avec sa fille et son gendre (qui, selon elle, la menace de la « renvoyer à Rouffach », cad l'hôpital psychiatrique, dans une parole de rejet et de stigmatisation), et bien sûr, sa petite-fille. Elle leur reproche en particulier de ne s'intéresser à elle que pour son argent, qu'elle distribue selon son bon vouloir, récompensant en quelque sorte les personnes de son entourage qui sont présentes pour elle. La famille ne semble pas comprendre qu'il s'agit de troubles psychiatriques, rapporte ces attitudes à son caractère antérieur, qu'elle qualifie de « méchant » et de « sans gêne ». Tout est prétexte à critique mutuelle.

Seule sa belle-fille(mère de Viviane) trouve grâce à ses yeux; c'est elle que nous rencontrons et qui reste notre contact dans ce 2ème épisode qui se prolonge encore à ce jour. Son statut de veuve, comme elle, semble la protéger de sa rancoeur, sa confiance lui reste acquise; le petit-fils aussi, gendarme de son état, « son chouchou » parmi les petits enfants, qui s'est marié dans son bel uniforme et qui fait sa fierté, est épargné; il faut dire qu'il se tient à l'écart des histoires de la famille...

Le bilan neuropsychologique de contrôle montre une aggravation de l'atteinte des fonctions cognitives, mais modérée, en contradiction avec l'importance de la perte d'autonomie constatée au domicile par l'infirmière de secteur, qui s'inquiète pour elle, et se trouve amenée à l'aider de plus en plus dans la vie quotidienne, peut-être au-delà de son rôle propre.

Nous constatons à l'HDJ qu'elle adhère finalement peu aux activités, comme à distance, préoccupée? Mais toujours dans cette recherche du lien à l'autre, malgré des capacités de verbalisation limitées. Son discours actuel est empreint de persévérations (elle peut répéter le même type de phrases plus d'une dizaine de fois dans un entretien ou en activité), mais nous ne pourrions affirmer que cette aggravation soit d'origine purement cognitive...

Nous discutons avec la patiente de la protection juridique pour l'amener progressivement à accepter cette mesure, dont elle ne comprend pas d'emblée l'intérêt, mais qu'actuellement elle ne rejette plus. Sa belle-fille et son petit-fils ont enfin entamé les démarches dans ce sens.

A ce jour, sa situation reste précaire, comme sur le fil, avec un risque de décompensation que nous percevons, au moindre « accroc » relationnel.

Analyse de la situation

Au plan psycho-pathologique, la patiente a présenté des idées délirantes de persécution et de préjudice, que nous avons analysées comme modalité adaptative dans un contexte dépressif avec des troubles cognitifs avérés qui la rendent d'autant plus vulnérable et favorisent l'éclosion des troubles. Il ne s'agit pas de troubles psychotiques d'une dépression mélancolique (ruine, culpabilité, châtement), mais d'un aménagement de la réalité pour la rendre plus acceptable, comme une lutte contre l'effondrement dépressif et/ou pour combler un vide.

Ces situations sont très fréquemment rencontrées parmi les patients âgés admis dans notre structure de soins, et sont aussi souvent motifs d'admission en unité d'hospitalisation temps plein. A notre sens, la prise en charge ne s'arrête pas au diagnostic et à la prescription médicamenteuse; au-delà du seul symptôme « délire », nous tentons dans notre travail d'en comprendre les mécanismes par l'écoute du discours du patient et l'analyse de son histoire et de son environnement.

Ayant peu accès à la conceptualisation, peu de capacités d'introspection, madame Alfrede parle des conflits, des autres, mais pas d'elle. Sa difficulté à reconnaître sa propre conflictualité psychique peut apparaître dans le conflit réel avec l'extérieur, ou dans l'imaginaire par le délire, par un mécanisme de projection.

Par ailleurs même quand la patiente va bien, elle parle et vit dans les reviviscences et la nostalgie du passé, comme si rien ne se construisait sur le présent, ce qui concourt à la fragilité de sa situation.

Chez madame Alfrede, la question de la solitude est très présente. Elle est angoissée de se retrouver seule au moment des fêtes : « je suis seule à Noël ». Est-ce pour ne pas s'effondrer qu'elle utilise le seul pouvoir sur les autres qui lui reste, l'argent: « ils n'auront rien » (cad pas d'enveloppe pour Noël), nous annonce-t-elle d'un ton déterminé, ce qui lui permet aussi de mettre à distance ses affects.

Nous avons posé la question de sa place dans la famille, comme si le statut de mère, acquis par son mariage, était remis en cause après la mort de son mari. Plus récemment, ne dit-elle pas: « on m'a dit que des gens ont dit que j'avais adopté des enfants, mais c'est donc pas vrai, j'ai jamais adopté d'enfant... ». A l'HDJ elle a trouvé une place qui ne lui est pas contestée, source d'apaisement probable. Lors d'une sortie organisée avec visite d'un atelier de cordonnerie, on notera combien il est important pour elle que ce cordonnier, qu'elle a connu dans son village il y a longtemps, l'ait reconnue à cette occasion. Madame Alfrede est en demande de reconnaissance.

Dans l'exercice de l'hôpital de jour en gériatrie, intégrer la famille et s'appuyer sur elle fait partie du travail au quotidien. Chez Madame Alfrede, la prise en soins a été rendue difficile, surtout lors du 2ème tour de piste, pour reprendre la métaphore « dansante », par une sorte de défection de la famille hormis la belle-fille. Il y a eu un temps au cours duquel nous n'avions pas d'interlocuteur pour avancer dans cet aspect du travail, car nous voulions respecter le deuil de cette femme au cours des premiers mois de son veuvage avant de l'interpeller pour réinterroger la dynamique familiale, plus complexe qu'il n'y paraissait, les membres étant aussi en conflit entre eux (fille-mère, frères-soeurs...).

En psychiatrie, l'équipe de soin participe à la compréhension du fonctionnement relationnel et la création du lien thérapeutique. Pour madame Alfrede, en conflit avec ses proches, l'écoute professionnelle de sa plainte, de son discours, de ce qu'elle vit, est essentiel et apaisant pour elle, même si elle ne parle que peu de ses affects, ou sur un mode très pragmatique. On entend la souffrance qui s'exprime au travers du délire ou de paroles très factuelles.

L'alliance est somme toute relativement facile, madame Alfrede montrant une véritable appétence relationnelle, dans cette recherche probable d'estime et d'amour qu'elle ne trouve plus dans sa famille, et qu'elle ne reconnaît pas consciemment.

Chaque intervenant professionnel tisse ce lien qui, peut-être, la tient comme un filet protecteur .

Dans nos réunions de synthèse, les regards croisés entre les infirmières, les médecins, psychologue enrichissent la connaissance que nous avons de la patiente pour une compréhension plus fine de ses troubles..

Le regard de l'infirmière de secteur, autre maille du filet qui la soutient au domicile, permet une

forme de veille et traduit en quelque sorte la réalité du terrain et son quotidien, en décalage quelquefois avec notre regard.

Les activités thérapeutiques à l'HDJ sont un des media pour investir la relation, avec le professionnel bien sûr mais aussi avec les autres patients du groupe, où elle trouve sa place. Mme Alfreda a participé au cours de ces mois à de nombreuses activités: autant de moments d'observation pour le soignant, d'échanges avec les autres, de moments où elle tente de signifier ses angoisses, comme quand elle parle des « bons et des mauvais souvenirs », de ses insomnies « à cause de l'orage ». Autant de moments qui amènent à calmer ces angoisses, qui lui redonnent confiance et renforcent son estime d'elle-même. Les entretiens individuels sont aussi des moments privilégiés pour elle, où se tisse la relation de confiance dans l'absence de jugement moral ou de valeur.

En conclusion

Nous avons illustré la notion de soin psychique prodigué dans un hôpital de jour de gérontopsychiatrie, avec l'histoire de cette patiente dont les troubles délirants trouvent à notre sens leur origine dans la dépression et sont favorisés par une cognition défaillante, situation très fréquente en gériatrie. Au-delà du seul traitement médicamenteux, la prise en compte de la souffrance de la personne et le décryptage de la situation dans la transdisciplinarité a permis l'élaboration par l'équipe d'un soutien dont s'est saisi la patiente, dans un réel lien de confiance, la résolution de crises successives sans ré-hospitalisation, l'obtention d'un nouvel équilibre psychique. Même si les troubles cognitifs s'aggravent, que cet équilibre reste précaire, comme sur le fil, le maintien à son domicile de madame Alfreda reste bénéfique pour elle à ce jour. Elle a demandé hier à reporter un rendez-vous pour se rendre chez le coiffeur avant son après-midi dansante....