

International Review of Community Development Revue internationale d'action communautaire



Allons à la Maison du Nord Let us go to the *Maison du Nord* Vamos a la Morada del Norte

Marie-Geneviève Freyssenet

Numéro 23 (63), printemps 1990

Vieillir et mourir. À la recherche de significations

URI : <https://id.erudit.org/iderudit/1034005ar>

DOI : <https://doi.org/10.7202/1034005ar>

[Aller au sommaire du numéro](#)

Éditeur(s)

Lien social et Politiques

ISSN

0707-9699 (imprimé)

2369-6400 (numérique)

[Découvrir la revue](#)

Citer cet article

Freyssenet, M.-G. (1990). Allons à la Maison du Nord. *International Review of Community Development / Revue internationale d'action communautaire*, (23), 169–178. <https://doi.org/10.7202/1034005ar>

Résumé de l'article

L'auteure témoigne d'un travail psychothérapique auprès d'une vieille dame atteinte physiquement et mentalement, et qui va mourir. Elle « va » mourir justement, elle va « à la Maison du Nord », comme elle dit. Douze ans ont passé. L'auteure analyse la place de l'information écrite et d'une réunion de formation du personnel de l'institution dans le processus d'accompagnement et les rites de deuil entourant le trépas de cette personne. Sont également exposées les conséquences et les suites repérables de cette pratique dans l'itinéraire professionnel, et quelques souhaits qui en découlent, avec le recul du temps.

Allons à la Maison du Nord

M.-G. Freyssenet

« Tu te rends compte, je ne peux même plus parler, j'ai plus de voix, il y a du jeu partout, je ne peux plus donner mon moi comme je veux, dès que tu es avec moi je me sens de la force. J'ai plus de corps, je suis dans un pays sans rien qui va tomber dessus... Allons à la Maison du Nord. Je veux marcher pour aller quelque part, pour vaincre. »

Depuis dix-huit mois nous marchons, une heure ou deux durant, dehors ou dedans, une après-midi par semaine : je travaille à la maison de retraite « Les Camélias ». Jeanne Paracelse¹ y est pensionnaire. Mme Paracelse, la plupart du temps, ne peut plus parler aussi clairement qu'elle vient justement de le faire. Elle ne peut plus ordonner ni réaliser la plupart des gestes quotidiens. Son cerveau est gravement atteint ; les médecins ont diagnostiqué un Korsakov ; ils hésitent sur un plus ample diagnostic : mais au vu du tableau clinique et de son évolution, cela fait déjà plusieurs mois qu'ils n'attendent plus d'a-

mélioration ; sans doute a-t-elle une autre maladie (viscérale) : il n'est pas aisé de procéder à des investigations. Nous marchons à la mort, nous le savons ; en principe, la sienne, puisque c'est elle, de loin, la plus âgée de nous deux. Concernant cette mort, je n'ai pas idée d'un échéancier précis, mais elle-même semble signifier et considérer que la mort est à l'oeuvre et qu'elle va mourir prochainement.

Ses moments de paroles compréhensibles, les moments où elle semble comprendre ce que nous disons, sont de plus en plus rares. Il nous reste la musique de nos voix, nos mimiques, le sourire, la musique des cassettes, le toucher, la tendresse, et marcher, marcher. À mon sens, l'enjeu est que les autres membres du personnel puissent s'en occuper plus, et autrement. Bien sûr, chaque semaine, nous parlons ensemble de Mme Paracelse, mais je pense que ça ne peut suffire. Il me semble qu'elle a besoin d'être entourée, avec pertinence. C'est

une femme qui, malgré les maladies qui la détériorent physiquement et mentalement, garde le sens de la dignité et de ce qu'est une relation. Je sais aussi qu'il est éprouvant d'être branchée à cette femme, que pourtant les aides-soignantes aiment bien. « Autrement, elle est agréable comme personne. » Cette locution correspond à une des deux catégories principales pratiquées par les soignants et qui recoupent toutes les autres catégories administratives en fonction desquelles on s'obstine à ranger les gens, à les placer à un endroit ou un autre, dans la géographie urbaine, rurale, domaniale, ou dans les échelles d'autonomie et de démence. « Autrement », c'est-à-dire que l'interlocuteur parvient à penser cette personne comme transcendante à ses maladies, si détériorantes soient-elles. « Autrement... » sous-entend bien du tourment dans le travail quotidien de ceux et celles qui aident à vivre.

Je fais alors le pari de rédiger la quasi-intégralité de mes notes

170

de travail et enregistrements concernant Mme Paracelse ; j'y adjoins au fur et à mesure des éléments de discussion sur la pratique et plus généralement sur la maladie, la mort, la perte. Je tente d'exprimer au mieux ma compréhension de cette personne et de ce genre de malades ; j'y joins aussi des éléments de mon histoire personnelle, autant que je puis assumer de les communiquer, et qui sont en relation avec cette pratique. Le pari occupe quelque cent cinquante pages dactylographiées, avec une marge pour les annotations. À l'occasion d'une réunion de formation ouverte à l'ensemble du personnel de la clinique, administratifs et cuisiniers compris, le texte est proposé à la discussion. Sur cinquante personnes présentes à la réunion, une vingtaine l'ont lu intégralement, les autres partiellement ; deux des aides-soignantes qui ont à s'occuper de Mme Paracelse ont emporté le texte pendant les vacances de Pâques. Plusieurs personnes ont lu quasiment tout, en prenant le texte en marche et à rebours, d'un point à un autre.

La discussion s'est établie en plusieurs paliers : il y a ceux qui ont parlé à la vaste réunion, et il y a ceux qui ont parlé avant, ou après.

Le directeur de la résidence-clinique Les Camélias a dit que ça l'avait impressionné de lire l'his-

toire d'une vie, de quelqu'un dont il aurait pensé qu'elle n'avait plus de mémoire, et à propos de qui il pouvait penser (« excusez-moi si je vous choque, madame... ») que la vie ne valait pas la peine d'être vécue. Il a rajouté que ce qui s'était passé pour les hommes de sa génération de guerre de 1939-1940, guerre, prison, résistance ou pas, et souffrance, ce qui s'était passé avait été avalé bien vite, dépassé, oublié, sans que le bilan ait été vraiment fait, ni pour les hommes, ni pour le pays. On était trop vite passé à autre chose, et ça pesait dans les existences. Je dois dire que c'est la seule et unique fois, en deux ans de travail aux Camélias, que j'ai vu émerger de ce personnage un homme avec lequel une communication soit vraiment possible, au delà de rapports administratifs aimables.

Une aide-soignante est venue, avant, nous parler d'un travail qu'elle fait presque clandestinement, et plutôt vers la fin de son service ; il s'agit d'un monsieur qui est mourant ; il a fait dans sa vie le même métier que son mari à elle. Elle se sent particulièrement concernée par le sort de ce vieux monsieur, mais ce n'est pas le genre de la résidence-clinique que le personnel puisse se montrer très proche avec les malades. Aussi a-t-elle « honte », dit-elle, de parler de ses sentiments. Elle se sent à la fois avoir raison et avoir des doutes sur ce qu'il faut faire ou ne pas faire, et sur ce qu'il est « normal » de ressentir. Elle dit qu'elle a déjà frôlé le suicide ; elle se sent de la compassion pour ce vieux monsieur, de la tendresse ; il est seul. Est-ce que c'est représentable ? Est-ce que c'est dangereux ?

Les médecins, en particulier le chef de service et l'adjoint, n'ont pas « tout lu ». Mais ils n'étaient pas dans la situation « des chefs qui auraient dû tout lire », puisque nous avons indiqué une règle du

jeu différente par la matérialité et dans la présentation du document. Nous ont été épargnées diverses réactions, fréquentes et désagréables dans les relations médecins-psychologues ou médecins-praticiens et chercheurs en sciences humaines. Par exemple : « Nous sommes des manuels et vous des intellectuels, et nous ne comprenons rien à votre langage ». Ou encore on n'a pas feint de renvoyer le travail clinique non médical dans les catégories de la littérature, de la philosophie et du théâtre divertissant. Ce jour-là, nous sommes allés droit à l'essentiel, au delà du compliment sur le travail accompli. Ils s'étaient demandé ce qui venait de moi et ce qui venait de Mme Paracelse, et ils ont formulé cette question à la réunion : « comment pouvez-vous être sûre que cette marche à la mort est une idée de Mme Paracelse, et non de vous ? » Tout ce qui relève du travail par induction les a laissés mal à l'aise ; ils sont inquiets si je dis des choses « au lieu d'écouter », si j'utilise des objets, des activités banales et quotidiennes. Les médecins ont eu tendance à penser que « j'influençais » Mme Paracelse, et tout à la fois et alternativement que ces activités sont bonnes et relèvent de « l'animation » (et que donc n'importe qui peut les mener avec les malades), que tout le monde est psychologue, que finalement c'est plutôt un travail d'aide-soignante et qu'il est donc gênant que je le fasse, mais que peu d'aides-soignantes « ont le temps » de faire ce que j'ai fait avec Mme Paracelse. La discussion a montré que les personnes comme Mme Paracelse et ma propre pratique n'ont pas laissé les repères habituels à leur place. Les médecins se sont risqués à demander s'il est nécessaire de s'impliquer autant « pour faire du bien aux gens » et si, « généreusement, certes », je n'en faisais

pas plus que « professionnelle-ment il serait souhaitable ».

Ces questions ont dénoté une certaine méconnaissance de la dynamique d'une psychothérapie. J'ai pu les recevoir comme les manifestations d'une phobie du toucher (au delà des strictes nécessités de l'examen médical) assez répandue dans les rapports sociaux quotidiens en France. Je les ai entendues comme une répugnance, culturelle également, à aller « regarder ses affaires », si l'on admet qu'un jeu social, thérapeutique, s'établit avec les dites affaires et cet inconscient embarrassant. Une relative et progressive familiarisation avec les méthodes de leurs collègues « psy » ne les avait pas familiarisés avec d'autres méthodes que de poser des questions auxquelles le patient est censé répondre, et « d'écouter ».

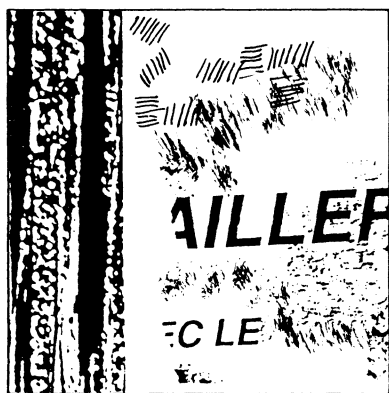
Toutes ces remarques, même dites avec un soupçon de condescendance, soulevaient de sérieuses questions. Nous avons donc pu en discuter. Un autre point a été abordé, qui peut se résumer ainsi : les personnes comme Mme Paracelse sont rares ; la plupart des vieilles personnes vivent à leur domicile, et beaucoup meurent chez elles soignées par leur médecin traitant. Étonnante considération par rapport aux faits ; nous y reviendrons plus loin dans le présent article.

Une mémoire extérieure, ou pourquoi Gutenberg a inventé l'imprimerie

Que je le fasse, en revanche, ne gênait pas une des aides-soignantes qui s'occupait de Mme Paracelse. Elle est venue dire, après : « Vous, vous venez juste une après-midi par semaine, et comme vous la connaissez bien ! Et tout ce que vous pouvez nous dire sur elle... Et nous qui nous occupons d'eux tous les jours, après toutes ces heures dans les

mêmes murs, on les connaît au fond si peu... Ça me fait de la peine. On est si ignorant ». J'ai répondu que quelles que soient mes connaissances et le travail accompli, je ne pourrais que très peu pour Mme Paracelse désormais.

C'est cette aide-soignante-là qui était là le soir où Mme Paracelse est morte ; c'est elle qui « l'a faite » ; c'est elle qui m'a annoncé sa mort : « Elle s'est éteinte, tu sais, tout doucement, tout doucement, comme une petite bougie ». Durant les cinq mois de brouillard et d'incohérence qui avaient précédé ce décès, elles avaient mieux aidé Jeanne Paracelse, qui était restée en quelque sorte la même personne, la même atmosphère et le même sourire de personne que précédemment. Il arrive que dans des maladies comme la sienne, la conscience même de la maladie s'estompe, et bien d'autres choses avec. Elle, elle semblait avoir tout perdu sauf l'identité.



Un présent de douze ans d'âge

Jusqu'ici, j'ai rapporté ces choses au présent et au passé composé, et puis à l'imparfait. C'était il y a douze ans. Cela me permet de dire ce qui, venu avec Mme Paracelse, a continué de faire son chemin dans ma vie et ma pratique. Que douze années aient passé est amer aussi, justement parce qu'il m'a été si facile d'écrire

au présent. Je ne me propose pas de traiter minutieusement du cas de Mme Paracelse ; j'ai plutôt choisi de tirer parti du recul du temps.

La Maison du Nord à la frontière

Je me suis occupée de personnes à qui il restait moins d'identité (sensible à autrui) qu'à Mme Paracelse. Pour certains, j'ai trouvé que leur mort était bien longue à arriver : pour moi. Quant à me prononcer « pour eux », je serai plus prudente. Je suis résolument contre le fait que des institutions sociales et médicales pratiquent des traitements pour hâter la mort des gens. À mon sens, cela ne peut relever que d'une responsabilité personnelle, d'un choix éthique, lorsqu'il n'y a justement pas de loi pour l'autoriser. Et je n'ai nullement confiance dans les divers acteurs médicaux et sociaux pour l'observation d'une loi « à la hollandaise » dont on vante le luxe de précautions. Au demeurant, la portée d'une loi est également symbolique. Il me semble qu'une loi sur l'euthanasie ne ferait que donner plus de corps à une idée, à une figure du grand âge qui est une figure d'horreur, en France, en 1989 (voir Freyssenet, 1988). Je n'ai pas ici l'espace nécessaire pour développer ces thèmes, mais il me semblait indispensable de les évoquer ; c'est l'arrière-plan et l'avant-scène de ce que je peux dire de ce « présent de douze ans d'âge ». Je ne pense pas, comme certains gérontologues heureux ou heureuses, que « old is beautiful ». J'ai un pincement de cœur quand je vois les marques du temps, dans la chair, aux cheveux, aux dents des autres humains, ou de moi-même ; ça n'empêche pas d'aimer, d'où le pincement de cœur et le vertige. Je vois bien comment les vieilles personnes arrivent dans les institutions (Freyssenet et Paolini, 1985). Pour certaines, il

172

me semble que leur dernière manière de protester est inextricablement mêlée aux maladies et à la déchéance. Face à d'autres, dans l'espace de la relation psychothérapique, des expressions prennent forme ; celles d'un enfant qui aurait été si peu « porté »², l'expression d'un grand besoin de l'être enfin. Bien que ce soit inconfortable, voire douloureux pour les soignants, je ne voudrais pas que l'on se débarrasse des problèmes d'humanité en même temps que, par « compassion » ou calcul économique, des gens eux-mêmes.

Pour moi-même, Mme Paracelse répond à cette question : « Comment est-il admissible de se voir diminuer ? »

- Il est admissible de se voir diminuer, à condition d'augmenter dans le même temps.
- Comment est-il admissible de perdre sa forme ?
- Il est admissible de perdre sa forme s'il demeure quelque chose de l'atmosphère d'une personne.

Répondre sur ce qui m'est admissible, ça me sert quand le mystère ou la brutalité du malheur me mettent au bord de l'inadmissible.

Avoir réussi quelque chose avec Mme Paracelse, ça me sert à essayer avec d'autres personnes pour lesquelles je ne vois pas clair au début.

Mme Paracelse était dans une zone de frontières, dans une zone de perte des limites d'un point de vue psycho-dynamique. En tant que vieille, elle atteignait la zone où bientôt la limite de temps de vie impartie à notre espèce allait être atteinte. En tant que vieille femme, ses formes de femme, ses traits, sa chair disparaissaient. En tant que malade, elle diminuait plus encore : son cerveau atteint troublait ses perceptions, et elle avait peine à distinguer même l'intérieur de l'extérieur, le présent du passé. L'endroit où était implantée la résidence-clinique était un non-lieu : c'était un ex-petit village colonisé par une zone pavillonnaire où les gens n'avaient pas tellement le temps de vivre, et donc vivaient peu. Le bâtiment lui-même n'était ni beau ni laid : il correspondait au modèle USN (unité de soins normalisée) ; il n'était ni vraiment « malpratique », ni vraiment pensé pour les gens qui le fréquentaient, vieilles gens ou plus jeunes ; cet endroit nous était étranger à tous. Y travaillait aussi du personnel de couleur ; mais même le racisme y prenait un air étranger : dans cet endroit, les vieilles dames en avaient après « la cuisine scandinave », à savoir la « régithermie », les repas étant servis dans des plateaux de porcelaine blanche rectangulaires, compartimentés.

Jeanne Paracelse avait passé toute son enfance dans une zone de frontière ; c'est ce que j'apprends en marchant avec elle.

J'ai commencé à la voir régulièrement un jour qu'elle ne supportait plus une autre vieille femme de la maison de retraite, apraxique, aphasique, très maigre, le visage perpétuellement défilait, consciente de l'angoisse qu'elle causait aux autres, pleurant, tournant, ne se calmant que rarement. Mme Paracelse disait : « Toutes les voix que vous voulez,

elle vous les fait. Il y a de quoi devenir folle. Elle n'arrête pas, elle vous usera. Vous ne pouvez pas vous imaginer ce que c'est ! Elle va prendre un marron dans la gueule [...] Elle vous mentira, elle vous fera une voix qui n'est pas la sienne ». Ma coéquipière psychiatre a remarqué qu'elle marchait moins bien ; l'interne en médecine de l'étage ne voyait pas de différence notable, mais de toute façon les médecins nous demandaient de donner notre avis sur son cas !

Arrivée

Elle avait une soeur et un beau-frère. Elle avait perdu son mari et son fils. Elle ne pouvait plus assumer les tâches de sa vie quotidienne. Elle était là pour un bilan de santé.

Et elle, comment expliquait-elle sa venue, en ce mois de juin ? « J'habitais rue du Chemin vert, dans le XI^e arrondissement. C'est un quartier que j'aimais bien. C'est très vivant, pas beau. Il n'y a pas de jardins, c'est ouvrier, c'est industriel. Ma mère était couturière. Moi je travaillais dans l'imprimerie. » « Je ne me rappelle plus ; sans doute chacun s'est dirigé vers ses vacances et c'est comme ça que je suis venue ici. » « J'ai dû partir en groupe, et me défaire du groupe, et arriver là. » Ma collègue a dit : « En somme, entre le Chemin vert et ici, il y a un trou ? Il faudra bien qu'on construise quelque chose pour combler... On y arrivera... Que je trouve quelque chose... Après tout, jusqu'à maintenant on ne s'en est pas occupé ». Nous étions dans le jardin. Elle avait un sourire flottant, qui semblait se poser avec amusement et intérêt sur ce « on ne s'en est pas occupé ». Oui, il n'y avait qu'à demander, elle voulait bien qu'on s'en occupe. C'était pour moi un travail habituel avec toute vieille personne en institution que de « construire quelque chose pour combler », de reconstituer la

chronologie la plus serrée possible depuis l'événement traumatique du départ du domicile. Quel que soit le genre de travail que j'entreprenais avec chacune d'elles, je précisais que leur vie, tout ce qu'elles voudraient bien en dire, m'intéressait. Je situais toujours cet intérêt à la fois linéairement et horizontalement. Linéairement : un temps que je n'avais pas connu. Horizontalement : une expérience humaine autre que la mienne, autre métier, autre région, autre milieu.



Une école où il manque beaucoup d'enfants

Durant trois mois, nous avons pu parler, enregistrer, par delà ses troubles de mémoire ; parfois nous regardions la télé, nous allions marcher dehors, nous restions en groupe à la salle à manger avec les autres pensionnaires et les aides-soignantes. Elle observait, je notais. Lorsque j'arrivais, elle m'accueillait comme une amie, me demandait de mes nouvelles. Ce qui lui était nécessaire, c'était que je réponde affectueusement, vivement, brièvement quelque chose de vivant. Ensuite je devais répondre en peu de mots aux questions qu'elle posait. Ses phrases à elle étaient plus longues. Si elle se bloquait en chemin, je devais relancer de la même manière. Au fur et à mesure, je lui rappelais ce qu'elle m'avait déjà dit, lorsqu'elle avait un trou de mémoire qui la pertur-

bait trop. Cette forme de dialogue, ce rythme, était une sorte d'outil technique : c'est ainsi qu'elle pouvait se souvenir. Je l'ai utilisé avec d'autres vieilles dames qui ne souffraient pas de troubles neurologiques et avaient toute leur tête. Le rythme est binaire ; le contenu de la chose dite doit être vivant : nouvelle de l'extérieur, de l'univers, ou du microcosme de la soignante, de la psychothérapeute. Ensuite, il ne s'agit pas de laisser dire ; il s'agit de suivre, d'écouter, et de relancer quand c'est nécessaire. Au terme de l'été, en septembre, nous sommes allées nous promener sur le chemin de terre, à la limite des champs cultivés, où les cultivateurs étaient rarement visibles. La résidence-clinique était en contrebas. Elle m'a demandé ce qu'était ce bâtiment.

- Eh bien c'est la clinique, la résidence Les Camélias, où vous habitez maintenant. Nous sommes montées par le chemin, là, vous voyez.
- C'est une école.
- C'est plutôt la clinique... C'est une maison de retraite.
- Non, une école.
- Qu'est-ce qui vous fait penser que c'est une école ? Pourquoi dites-vous cela ?
- Eh bien, il y a des jeunes filles qui s'occupent... qui sont là... et puis il y a des tas de métiers là-dedans... et *on est* des tas de métiers... moi, c'est l'imprimerie. *On en a fait...* mais il manque pour apprendre... C'est une école où il manque beaucoup d'enfants.

Depuis trois mois, nous avons fait connaissance ; elle s'était efforcée de rassembler ses souvenirs, et malgré tout, il s'agissait d'une transmission qui se tenait. Mais à qui transmettre ? À mon sens, c'était vrai : les enfants et la jeunesse, ceux à qui parler faisaient cruellement défaut. À travers cet effort se dégageait un

sujet : « la vie des femmes dans un village de la frontière franco-belge pendant la guerre de 1914-1918. Le courage et le travail des femmes valent bien ceux des hommes ». À travers cet effort s'était constitué un texte que j'avais enregistré quasiment d'un seul tenant.

Son père, de son métier souffleur en verrerie, était à la guerre. Sa mère et les autres femmes s'entraidaient. En particulier, il s'agissait de traverser la frontière pour aller chercher du ravitaillement. Il s'agissait aussi d'être très vigilantes pour s'occuper des enfants ; manque de nourriture, manque de médicaments, la mortalité augmentait.

Trop tard

Lors d'une visite de sa soeur, le récit des principaux événements de son histoire a pu être corroboré. Mais il était trop tard pour un travail d'histoire orale. Karen, qui était historienne, est venue la voir cependant. Ce dont elle s'est montrée touchée. La disposition mentale de Mme Paracelse, ouvrière d'imprimerie, mariée à un monsieur qui avait fait ses études de droit, rejoignait son sujet de thèse : étude de la vie de la population civile, et des femmes en particulier, pendant la guerre de 1914-1918. Mais il était trop tard pour l'étude. Cependant, si peu que ce soit, Karen, petite-fille d'émigrés polonais, newyorkaise, historienne, tenait à rencontrer cette femme dont je lui avais parlé. Moi, je tenais à ce que sa venue marque, rende visible, une des places véritables du témoignage et de l'effort de remémoration de Mme Paracelse. Même si ce travail était intervenu à la limite du trop-tard, pour d'autres anciens et anciennes, il n'était pas trop tard. Il n'était pas trop tard pour signifier cette place, aux yeux de Mme Paracelse et aux yeux du personnel de la résidence. C'était

174 réinsérer Mme Paracelse dans un courant d'échanges culturels ; je pensais que c'était important pour lui permettre de sauvegarder sa cohérence psychologique, très gravement menacée. Pour l'historienne, ce n'était pas peine perdue même s'il était bien tard : les témoignages de ce genre sont rarement recueillis.

Nos outils qui devancent nos théories

À cette époque où je m'occupais ainsi de Mme Paracelse, et de bien d'autres vieilles et vieux humains, mes références essentielles étaient les diverses tentatives thérapeutiques auprès de psychotiques, à cause de la perte des limites, du contact avec soi-même et le monde. J'avais aussi gardé dans un coin de ma mémoire la théorie des espaces transitionnels de Winnicott. Dans la pratique quotidienne, je tâtonnais ; ce que peu de gens me reprochaient en face, parce qu'il était si embarrassant et si déprimant, si éprouvant de s'occuper de personnes comme Mme Paracelse.

Plus tard, j'ai eu connaissance d'élaborations théoriques³ qui m'ont permis de comprendre, dans une certaine mesure, ce que j'avais fait, pour autant que j'avais pu en conserver des traces, m'en rendre compte.

Ce que je lisais sur les démenances me semblait très insuffi-

sant s'il fallait s'occuper de personnes comme Mme Paracelse. Mme Kübler-Ross, au delà d'une théorisation assez sommaire, m'intéressait ; elle semblait audacieuse dans sa pratique, inventive. Les informations émanant d'autres cultures que la nôtre, ou émanant de notre propre passé, permettaient de s'interroger sur une autre place à donner aux anciens, aux mourants, à la transmission, à la mort. Les réticences de mes supérieurs, de certains de mes aînés ou de collègues portaient essentiellement sur la place respective de l'écoute, de la parole et des actes dans les entreprises thérapeutiques ou l'accompagnement. Et mon sentiment était que celui qui n'est pas satisfait n'a qu'à se mettre au travail. Ce n'était ni pratique ni agréable pour une jeune professionnelle d'avoir le sentiment de mettre mal à l'aise les supérieurs pourvoyeurs de postes, mais l'insatisfaction dans la pratique l'était plus encore.

Beaucoup de ces vieilles personnes avaient migré, au moins à l'intérieur de l'Hexagone, et la gestion du grand âge leur imposait une nouvelle migration. Moi aussi, j'étais née ailleurs. Le travail avec Mme Paracelse m'a conduite à mieux explorer, par la suite, en quoi la « vie à la frontière » me concernait particulièrement. Les maisons de mon enfance, dans le pays de l'autre côté de la Méditerranée, étaient toutes situées à une frontière : ville-montagne, faubourg-campagne, quartier français-quartier arabe. Près de ma ville, sur les champs des jeux de mon enfance, il y avait eu un barrage électrifié pendant une guerre. Et sûrement, j'ai mis au service de Mme Paracelse le fait que je savais « partir ». La clinique auprès des très vieilles personnes m'a amenée à travailler sur la place des somatisations chez les patients et chez les thérapeutes ;

sur la place de l'écriture, sur la nature d'une chose écrite, en quoi cela peut constituer une activité thérapeutique, un objet même (quel rôle tenaient ces passages que j'entendais comme un écrit, au bout d'un certain temps de paroles, chez Mme Paracelse et chez d'autres vieilles personnes ?).

Le fil

« C'est drôle, c'est toi qui tricotes et c'est moi qui reprends le fil. » Mme Paracelse a dit cela, songeuse, les deux mains sur les genoux ; je tricote un vêtement pour elle. J'ai essayé de voir si elle pouvait encore tricoter, puisqu'elle m'avait dit aimer cela. Elle ne le pouvait plus ; d'ailleurs elle ne pouvait plus grand-chose et elle devenait de plus en plus aphasique. Un jour qu'elle admirait un vêtement, je lui avais dit : « Si vous voulez, je le ferai pour vous, vous me direz comment vous le voulez ». Elle le voulait blanc, avec du relief, long, et ouvert sur le devant. Je lui avais proposé : « On pourrait le faire en grosse laine : on verrait avancer le travail, au moins ! Je peux bien le faire pour vous, vous en avez tricoté pour d'autres ».

— C'est vrai. Qu'est-ce que j'en ai fait !

Je tricotais toujours en sa présence. Elle le regardait effectivement avancer. Je le rangeais dans mon placard, dans un bureau où nous parlions, écoutes de la musique, devant lequel elle passait tous les jours, et qui en dehors de nos jours de présence était libre ; placard fermé, pièce vitrée ouverte.

Il lui arrivait de dévider la pelote, de la rebobiner ; elle s'absorbait, rebobinant, débobinant ; elle parlait pendant que je tricotais ; je posais les aiguilles, je prenais le crayon, je notais.

En lui proposant de lui faire un vêtement au tricot, j'avais plusieurs idées en tête :

1) Répondre à une induction de la patiente : si elle me fait faire cela, ensuite que fera-t-elle ? Que dira-t-elle ? C'est se saisir d'un jeu social possible ; permettre qu'il se passe quelque chose de repérable dans un espace toujours menacé de confusion.

2) Il me semblait que c'était une activité qui pouvait induire ce travail de mémoire qui lui devenait plus difficile à cause de la détérioration.

3) Il me semblait que cela pouvait signifier le lien, entre elle et moi ; étayer par rapport aux processus de désorientation induits par la détérioration.

4) Il me semblait que — puisque c'était une activité féminine, qu'elle l'avait fait pour d'autres, que je le faisais pour elle comme pour d'autres, comme il s'agissait d'un vêtement tissé, chaud, choisi, d'un objet à la fois personnel et socialisé — cette activité qui fabriquait cet objet pouvait représenter toute l'interdépendance des humains et des générations, et l'univers culturel en même temps. Et, comme tel, à la fois la soutenir et induire de manière redondante que c'était bien analogue à parler-se souvenir-écrire. Ce que nous faisons parallèlement.

5) Il y avait encore d'autres étages à notre fuseau de laine, qu'il serait trop discursif d'expliquer ici, car il serait nécessaire de rendre compte en détail de gestes et de paroles « patchwork », étant donné l'état de Mme Paracelse. L'essentiel est que l'on voie bien qu'il s'agissait d'un objet polysémique.

6) Comme, d'une semaine à l'autre, le tricot en train restait dans le placard, j'espérais aussi que ça l'aiderait à ne pas perdre le lien quand je n'étais pas là, à conserver le mouvement de trans-

fert, par delà la maladie détériorante.

7) Ce que je n'avais pas prévu, c'est la valeur de rite de mort que cela a pris, et qui était sans doute présente dès le début. J'ai eu en effet l'impression d'avoir à lui tisser son dernier vêtement, comme un linceul. Plusieurs mois plus tard, elle a dit : « Ça, c'est un blanc naturel, on l'a travaillé soi-même quand la page est finie ». Le vêtement terminé, elle l'a effectivement porté.

De toutes façons, comme activité-objet polysémique, c'était une machine à réveiller des associations. Ainsi, une autre vieille dame, me voyant tricoter, elle qui avait perdu dans les trois premiers mois de guerre tous ses frères et beaux-frères (ce n'était pas difficile : ils étaient tous du même village), disait : « Elle en a bouffé des chaussettes cette guerre — et c'est nous qui tricotons — la laine était rêche, ça faisait mal aux doigts, à force ». Elle disait aussi que, de la guerre, les hommes en parlent peu une fois qu'ils sont rentrés ; que les souvenirs d'anciens combattants, c'est trompeur ; qu'en fait ils ne parlent pas, et que ça les étouffe, les tue à retardement.

Au bout de quelques mois, la seule chose qu'elle pouvait encore faire, qui « tenait » encore, c'était de marcher. C'est un fait ; et personne n'avait aucune explication ; d'autres vieux cessent de marcher avant de cesser de mouvoir leurs bras. Je peux seulement dire qu'elle investissait cette activité. Il m'a semblé qu'elle me demandait de marcher avec elle, moi vivante et jeune, et supportant qu'elle me dise qu'elle se mourait, déclinant ses maux, les images qui lui venaient : crues, surréalistes, paradoxales. Il m'a semblé qu'elle demandait des nouvelles du monde vivant et qu'elle continuait de tenter de se souvenir, d'observer, de réfléchir, et de faire

cet aller-retour entre les choses de la vie, bonnes et mauvaises, et cette mort qu'elle sentait à l'oeuvre. Pour cela, elle a finalement fixé un lieu-parcours-cadre.

Point de départ : la salle à manger, qu'elle n'aime pas. Trop de monde, trop de bruit, trop de folie et de déchéances rassemblées au même endroit. Autre point de départ : notre bureau, vide, face aux ascenseurs d'où viennent les visiteurs, face au carrefour de l'étage. Carrefour des personnes, des circulations de nourriture, du linge, des médicaments, escalier encoisonné, sans lumière naturelle, ascenseur qu'elle ne peut prendre toute seule. Arrivée des vivants, départ des morts, mais impraticable pour elle de manière autonome.

Parcours : le couloir de l'aile du bâtiment où ne se trouve pas sa chambre. Couloir bleu, pénombre relative. On rencontre peu de personnes qui entrent ou sortent des chambres. Au bout du couloir, une fenêtre d'où l'on voit des maisons qu'elle appelle « le village suisse » : c'est différent du quartier où elle habitait, de la maison de retraite, de la vraie Suisse où elle a fait du ski, devancière à sa manière, bien avant les foules des sports d'hiver. « Le village suisse », sur lequel le cadre de la fenêtre dessine comme une croix de Lorraine, c'est familier et irréel, là ; il est visuellement proche, mais il y a hiatus : peut-être à cause du cadre d'aluminium de la fenêtre, ou parce qu'on n'aperçoit pas de chemin pour se rendre aux maisons ; cela fait « au-delà » sans compréhension d'ici à là-bas.

Nous marchons aller-retour. Une fois. Deux fois. Plus. Ça dépend. De quoi ? Je ne sais pas.

Sur le parcours, elle parle, des mots que je ne comprends pas. Plusieurs phrases parfois. J'apprends : ce vêtement, c'était un jeune pour elle. Il y avait un jeune

176

soldat. Le temps de s'efforcer, l'image est partie. J'apprends : sa mère était entrepreneuse ; sa mère, si elle voyait dans quoi on la met, elle aurait vite fait de faire du ménage là-dedans. Si elle marche, sa mère sera moins bouleversée de la savoir dans cet endroit de désolation, parce qu'alors elle la reconnaîtra par delà la maladie. J'apprends : il y a eu un Jean, un amoureux, un fusillé, ou un qui est mort de maladie ; ce Jean savait s'adapter à tous les milieux. Si je lui fais remarquer la dualité historique : mort de maladie ou mort fusillé, elle ne se trouble pas : les deux choses sont vraies. (Somme toute, c'est vrai : d'être malade, ça n'empêche pas d'être fusillé.) Je suppose que l'important, c'est de pouvoir, tout en marchant, rencontrer les siens qui ne sont plus. Il était étonnant qu'elle parlât presque toujours au passé, en dépit de la détérioration. Elle pense qu'ils ne sont pas loin. Elle le pense. Elle s'adresse à moi comme à eux, puis elle rétablit le fait qu'ils sont absents, qu'elle m'en parle à moi. « Et toi, tu es comme ma mère », « comme mon mari », « comme ma soeur », « comme Jean », « comme un petit soldat ». Elle raccroche cela à un trait de mon aspect, ou de mon caractère ; elle en trouve toujours un qui fait l'affaire.

Tard, tard dans la maladie, tard près de sa mort, elle raconte un

rêve qu'elle a fait la nuit (non, le jour et la nuit, ce n'est pas pareil, si détériorée qu'elle soit). « Ma mère était derrière moi, j'avais l'impression qu'elle me suivait depuis des heures. » Pour moi, c'est ininterprétable. Je puis juste dire que pour elle cela ne semblait pas angoissant. Pour moi, c'était bouleversant que quelqu'un de si perturbé, de si « perdant », puisse dire un rêve si réveur, où il y ait tant de présence. Que si tard dans la détérioration cela soit un récit, une atmosphère.

Tard, si peu de temps avant de mourir, elle avait une certaine notion du temps qui passe. Elle savait que cela faisait « plus longtemps » qu'elle ne m'avait pas vue. Exact : trois semaines au lieu d'une, et l'exclamation du retour. Comme preuve que l'on était dans la dureté de la vie, mais pas dans la dépression qui brouille le sens du temps, la distinction de la nuit et du jour. Elle n'a jamais non plus été incontinente ; des accidents bien sûr. Mais une certaine capacité de rétention, de contrôle, d'alerte des aides-soignantes est restée possible. Elle pouvait donc se tenir et se retenir.



Nature de ce travail

Il s'agissait de l'aider à être le plus possible auteure de son existence aux confins de sa vie, en accord avec elle-même, à être reliée à un groupe, à une culture, que son humour discret ou brusque n'épargnait pas à l'occasion.

Cela plutôt qu'une thérapie analytique. Cependant, contrairement à d'autres très vieilles personnes, Mme Paracelse semblait considérer bien des éléments du cadre analytique comme allant de soi : la relation duelle, la régularité, le fait de dire ses pensées, d'associer. Elle semblait comprendre les phénomènes de transfert : le « tu es comme... » et le « c'est comme si... », le « on dirait que... ». D'une semaine à l'autre, elle semblait rester dans l'atmosphère de l'intérêt pour elle-même, de l'intérêt pour observer, et parler. La mort était très présente depuis le début ; néanmoins, il s'agissait bien d'une relation qui s'établissait dans le temps, dans la continuité, comme bien d'autres relations psychothérapeutiques.

Dans la thérapie, il y avait des éléments qui passaient et d'autres qui ne passaient pas ; mais sur l'ensemble, s'il en passait suffisamment, elle restait une personne vivante. Il ne s'agissait pas de lutter contre sa mort réelle⁴ qui, c'était sûr, arriverait ; mais de lutter contre sa mort comme sujet submergé par la maladie, la détérioration, la solitude. Et pour cela, de permettre que suffisamment d'éléments viennent la nourrir en humanité, lui permettent de rester une personne humaine, jusque dans la mort réelle. La stratégie possible était alors d'activer les différentes dimensions d'une vie humaine, dans une culture donnée, et jusqu'à certaines de ses limites, en ayant recours à des techniques qui « passeraient » ou « ne passeraient pas ». Dans cette stratégie, les tâtonnements ont aussi leur fonction : procéder par essais-erreurs, explorer, cela fait partie de la construction culturelle. Cela témoigne aux patients qu'ils ne sont pas « hors humanité ». Ces essais-erreurs tracent une trame mentale soutenue par des gens en chair et en os.

Pour la plupart des vieilles personnes, il est très difficile de « construire quelque chose » après le choc de l'entrée en institution (Freyssenet, 1988). Dans un grand nombre de cas, il faudrait déjà les soigner après ce traumatisme, ce qui pose de sérieux problèmes méthodologiques et pratiques. Mme Paracèlse avait pu investir cette activité-là.

Il s'est trouvé qu'on ne s'était pas beaucoup préoccupé du mourir jusque-là aux Camélias, et qu'à l'occasion de la discussion sur Mme Paracèlse, ça a été mis à l'ordre du jour. J'ai essayé de fonctionner comme clinicienne. Comme il s'agissait de la mort, il me semblait tout à fait nécessaire que le sujet sorte des limites de la résidence-clinique pour personnes âgées, en même temps que je signifiais que l'accompagnement d'une personne, les rites de mort, de deuil, ne pouvaient être de mon unique ressort, ni mon seul travail. Mon travail de clinicienne, dans notre culture, ne pouvait être qu'un élément, poussé et effectif autant que faire se peut, mais seulement un élément, un outil. Le travail de compte rendu est sorti des Camélias, en même temps qu'il est entré à la réunion de formation interne à l'institution ; en direction d'autres soignants et d'autres personnes. Dans le quotidien de la vie professionnelle, cela consiste à se reconnaître soi-même comme mortel, en disant : « là, mon travail de clinicienne est fini ; je suis moi-même finie en tant que psychothérapeute ; je transmets, et j'envisage donc de disparaître de ce jeu, de cette vie que nous avons en commun ». Si de plus l'on écrit et si l'on diffuse, cela implique que l'oeuvre, si modeste soit-elle, fait désormais son propre chemin, qu'elle échappe à son auteure, qui n'en aura peut-être aucun autre bénéfice que son propre mûrissement, son propre risque à l'avoir

faite. Quelle femme dira que mûrir, ce n'est pas mourir un peu...

La mort longue de Mme Paracèlse m'a été lourde, c'est vrai. Mais en fin de compte, elle ne m'a empêchée ni de penser, ni de vivre, ni de travailler, et ce n'est pas un « mauvais souvenir », ni un « bon ». Je m'en souviens comme d'une démarche difficile, où nous n'avons pas basculé dans l'horreur, où il y a eu place pour des bonheurs et de la dignité. En France, concernant le grand âge, le climat est à la catastrophe nationale. Je souhaiterais bien qu'on ne confonde pas toujours difficulté et catastrophe.

Et puisque le temps a passé

Souvent, lorsqu'on apprend où et à quoi je travaille, l'on me demande : « et ça vous plaît comme travail ? » Je réponds : « plaire n'est pas le mot, mais ça m'intéresse ». Et puisque nous arrivons au terme des pages qui nous étaient allouées, il me plairait de faire quelques remarques et propositions.

D'abord à propos de l'orthographe : c'est une spécialité hexagonale qui coûte aux écoliers français environ mille heures de travail de plus qu'aux autres petits Européens. Puisque ça coûte, autant que ça profite : donc, que l'on mette au féminin, et au masculin, le texte de toutes les interventions des congrès de gérontologie.

Ensuite, les travaux pratiques de documentation : que l'on cherche les données suivantes : *qui* (sexe, âge, catégorie socio-professionnelle, lieu de naissance, dernier domicile connu) *meurt où* (domicile personnel, domicile d'un membre de la famille, foyer-logement, maison de retraite, service de médecine, service de moyen séjour, service de cure médicale, service de long séjour, hospice, service de réanimation, hôpital psychiatrique, au-

tre lieu) et *au bout de combien de temps de séjour ?*

Il y a douze ans, il y a quatre ans, il y a deux ans, ces chiffres n'étaient pas disponibles. À ma connaissance, il est toujours nécessaire de les reconstituer approximativement par recoupements et enquêtes auprès de praticiens. Cependant, l'on nie moins aujourd'hui qu'il y a douze ans que le destin des très vieilles personnes, surtout au féminin, est de finir leurs jours, durée qui va de quelques jours à quelques années, dans un hôpital.

Il est moins inusité de parler du traitement de la douleur, de l'accompagnement, de la mort, que par le passé. On peut même considérer que c'est désormais culturellement légitimé dans l'ordre du discours. Les dispositions pratiques, elles, sont bien plus lentes.

Bien d'autres personnes que moi ont travaillé. Je retrouve sur le terrain des soignants ou des bénévoles à la formation desquels-les les « Mme Paracèlse » et moi-même avons contribué : je les retrouve à égalité dans la responsabilité, et cela est plaisant vraiment. Alors j'aimerais qu'on évalue tout ce travail au lieu de « nationalement » prendre panique. L'évaluer, cela nécessite une réflexion sur les méthodes adéquates pour évaluer les pratiques sociales. Il est également nécessaire, pour évaluer, que la recherche clinique et la recherche éthique disposent de quelques moyens et ressources ; elles en ont peu. Hors de la biologie moléculaire, semble-t-il, point de salut !

L'aide-soignante qui s'occupait du vieux monsieur du même métier que son mari, et qui avait des doutes, a finalement décidé de quitter l'établissement et de changer de profession. Elle « ne regrettait pas d'avoir travaillé chez les vieux », mais elle pensait qu'il

178

ne fallait pas « faire cela tout le temps ». Une enquête à partir de ces deux propositions serait à mon sens pleine d'enseignements. Pour le moment, effectivement, on se soucie un peu plus dans les institutions de former les soignants qui ont à charge les vieilles personnes ; mais on tend à le faire comme s'il allait de soi qu'il s'agisse d'une nouvelle spécialité, comme s'il allait de soi qu'il s'agisse d'un destin à vie pour ceux et celles qui l'exercent. Il semble même dérangent d'insister pour que la question soit examinée !
Éternité : ne pas déranger.

Marie-Geneviève Freyssenet
Psychologue-clinicienne
Hôpital Charles-Foix
Ivry-sur-Seine
Assistance publique de Paris

Notes

- ¹ J'ai choisi un nom de famille qui soit proche par la sonorité et le rythme de celui de « Mme Paracelse » : elle trouvait que c'était un beau nom ; c'était celui de son mari ; le faire résonner lui faisait du bien ; celui-là lui aurait plu.
- ² « Porté » au sens de D.W. Winnicott : « holding » et « handling » : la manière dont l'enfant est porté, la manière dont l'enfant est traité, manipulé, lors des interactions précoces avec la mère et l'environnement.
- ³ Il s'agit de diverses réflexions concernant des techniques d'induction, qu'elles passent par la parole, la médiation corporelle, ou l'utilisation d'objets ou d'images. Sans vouloir être exhaustive, nous proposons les références suivantes : Freud, éd. 1977 ; Sorlin ; Sapir, 1975 ; Gentis, 1980 ; Nathan, 1987, 1988a, 1988b, 1989 ; Ondongo, 1989.
- ⁴ De leur côté, médecins et infirmières assumaient leur rôle de soignants ; ils et elles prenaient soin d'elle médicalement, sans faire preuve d'acharnement thérapeutique.

Bibliographie

- FREUD, Sigmund. 1977. *La Technique psychanalytique*. Paris, PUF, 1re éd., 1912.
- FREYSSINET, Marie-Geneviève et Denise PAOLINI. 1985. « L'abandon des vieilles générations », dans *La Découverte*. 1985. *L'État de la France et de ses habitants*. Paris, La Découverte, « L'état du monde ».
- FREYSSINET, Marie-Geneviève. 1988. « Psychopathologie quotidienne des petits vieux », *Nouvelle Revue d'ethnopsychiatrie*, Grenoble, La Pensée sauvage, 11, *Le temps interrompu*.
- GENTIS, Roger. 1980. *Leçons du corps*. Paris, Flammarion.
- NATHAN, Tobie. 1987. « Prolégomènes à une théorie générale des opérateurs thérapeutiques », *Nouvelle Revue d'ethnopsychiatrie*, 8/9, Grenoble, La Pensée sauvage.
- NATHAN, Tobie. 1988a. « La dépression de Déméter (Étude de l'inverseur thyrique) », dans *Psychanalyse païenne. Essais ethnopsychanalytiques*. Paris, Dunod.
- NATHAN, Tobie. 1988b. « Du transfert : étiologies traditionnelles et opérateurs de transfert », dans *Le Sperme du diable*. Paris, PUF, « Les champs de la santé ».
- NATHAN, Tobie. 1989. « L'insupportable perfection de l'oeuf. La logique de l'image et de la chose dans les procédures psychothérapeutiques », *Nouvelle Revue d'ethnopsychiatrie*, Grenoble, La Pensée sauvage.
- ONDONGO, Joseph. 1989. « D'une peau à une autre. Clinique, j'aurai ta peau. Prolégomènes à l'étude des enveloppes culturelles considérées comme des métaphores cadre et des inducteurs thérapeutiques », *Synapse*, 50 : 47-57.
- SAPIR, Michel. 1975. *La Relaxation, son approche psychanalytique*. Paris, Dunod.
- SORLIN, Pierre. « D'une relaxation à inductions variables », *Perspectives psychanalytiques*, 94 : 379-386, et 99 : 440-448.