



ELSEVIER
MASSON

Disponible en ligne sur www.sciencedirect.com

 ScienceDirect

Pratiques psychologiques 13 (2007) 137–151

Pratiques
psychologiques

<http://france.elsevier.com/direct/PRPS/>

Psychologie clinique

Les directives anticipées et la personne de confiance
en gériatrie : de l'émergence de mouvements défensifs
à une possibilité d'élaboration psychique
sur le vieillissement et la mort proche
pour le sujet âgé et sa famille

Advance directives and personhood in geriatrics: from
emergence of defence mechanisms to a possible
working out repressed emotions concerning ageing
process and imminent death for elderly people
and their families

L. Molli^{a,b,*,1}, B. Cadec^{c,2}, M. Myslinski^{d,3}

^a *Hôpital Local-Plampalais, 38620 Saint-Geoire en Valdaine, France*

^b *Résidence Tiers temps, 26, rue Victor-Hugo, 73100 Aix les Bains, France*

^c *Pavillon Chissé (médecine gériatrique), CHU de Grenoble, BP 217, 38043 Grenoble cedex 09, France*

^d *UFR SHS, université Pierre-Mendes-France, Grenoble-II, BP 47, 38040 Grenoble cedex 09*

Résumé

Cette étude appréhende les résistances des personnes âgées et de leurs familles concernant la rédaction de directives anticipées et la désignation d'une personne de confiance. Des entretiens semi-directifs ont été réalisés auprès de 20 personnes âgées hospitalisées, de 14 résidents d'un EHPAD, et de neuf personnes désignées comme « personnes de confiance » par les patients hospitalisés. Ces procédures susci-

* Auteur correspondant. 488, route des Pierres, 38630 Les Avenières, France.

Adresses e-mail : lorenemolli@yahoo.fr (L. Molli), BCadec@chu-grenoble.fr (B. Cadec),
Michele-Myslinski@upmf-grenoble.fr (M. Myslinski).

¹ Psychologue clinicienne.

² Psychologue clinicien, Dr en psychologie clinique et psychopathologie.

³ Psychologue clinicienne, maître de conférences en psychologie.

tent une angoisse de mort et des mouvements défensifs importants chez ces trois populations, freinant considérablement l'application de la loi de 2005. En fonction de l'émergence de ce « négatif », elles peuvent néanmoins être utilisées par le psychologue comme un objet de travail en gériatrie, permettant d'engager chez l'agé le travail de vieillir, voire un travail de deuil du Moi.

© 2007 Société française de psychologie. Publié par Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

Abstract

The object of this study is to identify old people's resistances and their family's, concerning advance directives and the personhood's nomination. Semi-structured interviews were realized by 20 hospital patients and 14 persons living in an old people's home. Families named as "personhood" by their parents were also interviewed. Writing advances directives spark off anguish and defence mechanisms among the elderly people and their families, curbing the law's application. But these protocols seem to be used as a tool of the trade by the psychologist in geriatrics. It allows indeed old people to enter in an grieving process and to prepare themselves for the end-of-life.

© 2007 Société française de psychologie. Publié par Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

Mots clés : Législation ; Directives anticipées ; Personne de confiance ; Personnes âgées ; résistances

Keywords: Legislation; Advance directives; Personhood; Old people; Resistances

1. Introduction

Aujourd'hui, un vieillissement important de la population s'accompagne du développement de maladies diverses, en particulier chroniques et dégénératives. Dans les cas de démence, comment obtenir le « consentement éclairé » du malade ? Qui devra décider à sa place lorsqu'il sera incapable de décision ? C'est pour répondre à de telles questions que la Loi N° 2005-370 du 22 avril 2005, relative aux droits des malades et à la fin de vie, a vu le jour.

Elle oblige les établissements de santé à informer et à proposer à leurs patients la désignation d'une « personne de confiance », qui accompagne le malade dans ses démarches et autorise ou refuse certains traitements en son nom lorsqu'il n'est plus en mesure de le faire lui-même, ainsi que la rédaction de directives anticipées. Celles-ci sont des manifestations par lesquelles une personne « mentalement compétente » fait connaître ses choix concernant les soins médicaux qu'elle souhaite ou non recevoir si elle se trouve dans l'incapacité de prendre elle-même une décision, suite à une maladie ou un accident la privant de ses moyens d'expression (Journal officiel, 2005). Mais ces procédures sont encore peu utilisées dans les établissements, notamment dans les services gériatriques.

La législation concernant les directives anticipées étant relativement récente, les écrits psychanalytiques sur le sujet sont rares, voire absents, les réflexions portant plutôt sur la demande de mort et sa signification ou sur l'angoisse du mourir. Les textes sont pour la plupart juridiques et éthiques (Dunet-Larousse, 2003 ; Englert et Van Orshoven, 2003 ; Gabriel, 2004), et les études réalisées jusqu'à ce jour restent purement statistiques et descriptives : elles répertorient les attentes concrètes des professionnels vis-à-vis des directives anticipées (Redriguez-Arias, 2003 ; Ellenberg, et al., 2004), quantifient l'utilisation de ces protocoles dans différents pays et sensibilisent leur promotion, révélant différents problèmes d'application et de nombreuses résistances (High, 1993 ; Douglas et Brown, 2002 ; Bossart, 2004).

Afin de mieux cerner les résistances des personnes âgées à remplir de tels documents, nous avons choisi de traiter ce sujet au regard de la théorie psychanalytique, celle-ci nous paraissant la meilleure approche possible : les directives anticipées mettant directement le rédacteur face à l'éventualité d'une perte de capacités physiques et intellectuelles importantes, voire d'une mort prochaine, nous nous sommes en effet interrogés sur les conséquences psychiques de leur mise en œuvre pour le sujet âgé, déjà fragilisé par l'avance en âge.

2. Hypothèses et méthodologie

2.1. Hypothèses

Nous supposons que la proposition de rédaction de directives anticipées susciterait une angoisse de mort massive chez les personnes âgées, entraînant l'apparition de mouvements défensifs, et inhibant, de ce fait, la pensée et l'action concernant le suivi d'un protocole cadré.

Nous avons comparé les représentations de ces démarches chez des personnes âgées résidant en EHPAD et celles de personnes âgées hospitalisées en service de rééducation, pensant que, pour ces dernières, un problème de santé ponctuel rendrait l'angoisse de mort plus prégnante et entraînerait des défenses plus importantes.

En parallèle, nous avons exploré les représentations de ces démarches chez les familles de personnes âgées hospitalisées, afin de voir si ces dernières étaient prêtes à remplir le rôle de « personne de confiance », et de relever les mécanismes psychiques et défensifs mis en jeu. Nous pensons que la proposition de rédaction de directives anticipées et l'éventualité d'une perte de discernement du parent, ainsi que le rôle de « personne de confiance » qui pourrait leur être assigné, susciteraient une angoisse et une culpabilité importantes chez les familles, et donc un mouvement défensif contre celles-ci.

À partir des résistances relevées, nous nous sommes enfin interrogés sur la place du psychologue face à la loi de 2005 : peut-il utiliser ce « négatif » pour favoriser un travail de deuil de soi chez le sujet âgé et employer la loi comme un médiateur thérapeutique ?

2.2. Méthodologie

2.2.1. Populations

L'étude a été réalisée auprès de trois populations : un échantillon de 20 personnes hospitalisées en service de soins de suite et de réadaptation, âgées de 76 à 94 ans (groupe « A »); un échantillon de 14 sujets résidant en EHPAD, âgés de 80 à 98 ans (groupe « B »); et un échantillon de neuf proches, âgés de 32 à 61 ans, désignés comme « personnes de confiance » par les personnes âgées hospitalisées.

Les difficultés de recrutement des différents sujets cités ci-dessus n'ont pas permis la composition d'échantillons de nombre et de critères d'inclusion suffisants pour permettre l'exploitation statistique des résultats. Malgré cela, nous nous sommes efforcés de choisir des sujets garantissant l'obtention de données fiables. À cet effet, les personnes âgées ont été choisies selon trois critères : leur âge (supérieur à 70 ans), l'absence de troubles cognitifs graves, et l'absence de troubles psychopathologiques majeurs. Leurs aptitudes intellectuelles ont été appréciées à l'aide de la MMSE⁴ : seules les personnes ayant obtenu un score supérieur ou

⁴ Mini Mental State Evaluation de Folstein, France.

égal à 24 ont été jugées suffisamment « compétentes » pour prendre des décisions relatives aux soins médicaux les concernant, et donc capables de rédiger des directives anticipées. Le degré de dépendance instrumentale n'a pas été retenu en tant que critère d'inclusion, afin de ne pas réduire davantage les échantillons.

2.2.2. *Choix et constitution de l'outil*

Notre recherche, qualitative, a été menée sous la forme d'entretiens semi-directifs, afin de dévaluer au mieux les représentations et réticences des personnes âgées et de leur entourage concernant la rédaction de directives anticipées et la désignation d'une personne de confiance. L'utilisation d'un questionnaire autoadministré nous a en effet paru inadéquat, compte tenu du thème délicat de l'étude. Nous avons choisi d'être le moins directifs possible, laissant la personne s'exprimer librement. Une série de questions ouvertes ont été élaborées au préalable, afin de guider et de recadrer le sujet si nécessaire au cours de la rencontre (Encadrés 1–4). Une grille d'entretien a donc été élaborée pour les personnes âgées, une autre pour les familles, avec un certain nombre de questions en parallèle. Chacune des deux grilles est constituée de deux parties :

- la première évalue les connaissances des personnes âgées concernant les droits des malades, et plus particulièrement les directives anticipées. Elle apprécie l'acceptation et les craintes relatives à la rédaction de directives anticipées d'abord pour une personne malade en général, puis pour le parent (lorsqu'il s'agit des familles), et enfin pour soi ;
- la seconde partie est spécifique à la représentation et aux craintes des personnes âgées et de leur entourage concernant la désignation d'une personne de confiance. Pour cette partie, la procédure proposée au sein du pavillon gériatrique du CHU de Grenoble est présentée, afin de voir les commentaires de chacun. L'entretien est mené à partir des réactions suscitées et des questions élaborées au préalable.

Un prétest a été effectué auprès de quatre personnes hospitalisées, afin de vérifier si les différentes questions étaient comprises et voir si elles ne suscitaient pas trop d'angoisse. Suite à ces entretiens, aucune modification n'a été apportée.

2.2.3. *Conditions de passation et type d'analyse*

Les entretiens avec les personnes âgées ont eu lieu au hasard des rencontres. Ils se sont déroulés dans les chambres pour les patients hospitalisés et dans leur studio pour les résidents de la maison de retraite, afin de les mettre en confiance. Pour les familles, des rendez-vous ont pu être fixés et les entretiens ont eu lieu dans un bureau. Les entretiens ont été enregistrés à l'aide d'un dictaphone avec l'accord de la personne, pour les trois populations, et ont été entièrement retranscrits par la suite afin de faciliter l'analyse des résultats. Le temps de passation fluctuait de 20 minutes à une heure environ.

L'entretien s'est déroulé de manière identique pour chaque personne rencontrée : après nous être présentés, nous expliquions le contenu d'une « fiche d'information » écrite (restant ensuite à disposition de la personne), insistant sur le caractère anonyme des réponses et l'absence d'incidence sur la prise en charge médicale actuelle, puis nous précisions le but de l'étude. Nous demandions alors à la personne si elle acceptait de participer en répondant à un certain nombre de questions et en nous faisant part de sa réflexion.

Concernant le dépouillement des résultats, nous avons procédé à une analyse de contenus, essayant de repérer dans le discours des sujets les différentes angoisses ainsi que les mécanismes de défenses mis en œuvre.

3. Résultats principaux

3.1. Du côté des personnes âgées

3.1.1. Mouvements défensifs mis en place par les deux populations

Outre les nombreuses craintes concrètes exprimées et les problèmes soulevés (problèmes d'information et de compréhension concernant la loi actuelle), la rédaction de directives anticipées et la désignation d'une personne de confiance font naître chez la personne âgée des mouvements défensifs divers, signes d'un travail du négatif, d'un travail du non, à la vieillesse, à la mort, d'une « *négation primaire* » (Péruchon et Thomé-Renault, 1992).

Ces mécanismes de défenses, plus ou moins puissants, sont principalement de type déni, clivage du moi, dénégation, et ont donc trait au rejet partiel, hors de la conscience, d'une réalité impensable : la mort propre. Le déni de la réalité de la mort et de la maladie s'observe essentiellement dans les refus de participation à l'étude, mais aussi dans le discours des sujets âgés rencontrés. Le clivage du moi apparaît de manière réversible et temporaire lors des entretiens. Lorsque, des deux parties du Moi clivé, prédomine celle qui conçoit et discerne l'inéluctable, la dénégation de la mort propre et de la pensée de la mort prend le relais afin de diminuer l'angoisse ressentie. Elle se retrouve dans les nombreux « je n'y ai jamais pensé » et les « je ne vais pas mourir », la personne poursuivant pourtant par un contenu dépressif, attestant que la mort a bel et bien été envisagée pour soi.

Mais le discours des personnes âgées est surtout marqué par une ambivalence concernant l'arrêt de traitement et la mort : confronté à l'éventualité d'un handicap, l'âgé renvoie des images contradictoires, fluctuantes, tantôt marquées de vie et d'espoir (afin de dénier la vieillesse et l'approche de la mort), tantôt teintées de mort et de résignation. Si ces sentiments ambivalents reflètent le conflit interne entre pulsions de vie et pulsions de mort qui caractérise le grand âge, ils semblent parfois appartenir davantage au clivage, évoquant la coexistence dans la psyché de la conscience de la mort et de la croyance en l'immortalité (Green, 1982). La pensée consciente de la vieillesse s'entrevoit dans des contenus dépressifs : le désir de mort l'emporte, comme si la mort était moins terrible que de ne plus « pouvoir », vivre, agir, décider... Mais ce désir de mort ponctuel laisse rapidement place au désir de vie, qui prend sa source dans la partie inconsciente du Moi. Lors d'un court entretien, ce va-et-vient perpétuel entre le désir de vivre et le désir d'en finir interroge sur la constance de la volonté de la personne âgée et sur la conformité de ses volontés au désir réel (Encadré 1).

Lorsque les mécanismes de défenses primaires ne suffisent plus, apparaissent un évitement des représentations anxigènes et un mouvement de fuite : le sujet âgé dévie la conversation, évitant ainsi la rencontre avec la représentation pulsionnelle faisant naître des angoisses insoutenables. Il parle uniquement de son passé comme pour le figer, mettant l'instant présent et l'avenir anxigène à distance, ou se réfugie dans l'indifférence et le désintérêt, refusant de se confronter au travail du vieillir.

L'attitude générale des personnes âgées se caractérise par une incapacité face à la nouvelle législation : elles fuient les responsabilités concernant leur mort en s'inscrivant dans une certaine passivité. Ne plus s'assumer « *revient à se mettre à l'abri de la souffrance, à ne plus*

Encadré 1 Extraits d'entretiens

- Le psychologue : « Vous sentez-vous concerné par les directives anticipées ? »
- Déni de la mort et de la maladie
- Mr B., 88 ans, Gr.A : « *Moi j'ai eu un accident du col du fémur, j'étais plein de vitalité, maintenant je suis presque estropié (...) Ce n'est pas utile votre truc, pour le moment je suis en bonne santé, je ne suis pas concerné* ».
 - Mme G., 87 ans, Gr.A : « *Oh non, non, pas du tout ! Je ne suis pas malade et je ne serai pas malade. Je suis en bonne santé, je ne suis pas concernée* ».
 - Le psychologue : « Si, lors de votre entrée à l'hôpital, nous vous avons proposé de rédiger un document vous permettant d'exprimer vos volontés, l'auriez-vous fait ? »
 - Mme G : « *Mais non ! Je n'ai aucun problème de santé, regardez, je vais très bien, je ne sais même pas pourquoi je suis ici. Moi ma situation elle est très bien maintenant, ça ne me concerne pas* ».
- Le psychologue : « Avez-vous déjà pensé qu'il peut vous arriver un jour, de ne plus pouvoir communiquer, vous exprimer, suite à une maladie par exemple ? »
- Clivage du moi
- Mme D., 84 ans, Gr.A : « *Je n'ai pas besoin d'y penser tout de suite, on est tous d'un âge certain donc ce n'est pas nécessaire, ça va très bien* ».
 - Mme T., 83 ans, Gr.B : « *Je n'ai jamais pensé à ça, non, non, jamais, on n'attend plus grand-chose à notre âge. Vous savez, on a le temps d'y penser dans le lit, toute la journée, immobile. Non, non je n'ai jamais pensé à ça* ».
- Dénégation de la mort propre et de la pensée de la mort
- Mme J., 81 ans, Gr.A : « *Non, je n'ai pas pensé à ça, non. Nous, on a fait le nécessaire pour les obsèques avec mon mari, quand on a vu qu'on vieillissait, qu'on arriverait peut-être plus un jour à ... Tout est chez le notaire. Mais je n'ai pas envisagé tout ça, non, on ne va pas mourir* ».
- Ambivalence concernant l'arrêt des traitements
- Le psychologue : « *Vous avez déjà entendu parler dans la presse du cas de personnes malades et inconscientes ayant préalablement exprimé leur désir que les soins qui les maintiennent en vie soient arrêtés. Que pensez-vous de cette situation ?* »
 - Mme B., 85 ans, Gr.A : « *Mais c'est très bien ! Moi, si j'étais bien malade j'aimerais autant qu'ils arrêtent les traitements. Si je ne pouvais plus faire ce que je veux, bouger... Je dis que quand c'est comme ça, autant vite partir* » (...)
 - Le psychologue : « *Que souhaiteriez-vous exprimer dans vos directives anticipées ?* »
 - Mme B. : « *Alors je voudrais recevoir tous les traitements ! Je veux tout. Faut tout. Faut tout essayer, tout ça, oui, l'alimentation artificielle, tout. Si on ne l'essaie pas, on ne peut pas savoir si on peut s'en sortir* ».

« prendre sur soi », ne plus endosser la moindre responsabilité susceptible de faire resurgir la détresse et l'angoisse » et donc à lutter contre l'angoisse de mort (Ruszniewzki, 1999). Ce mouvement de fuite est lié à un mécanisme de décharge sur autrui : la personne âgée s'épargne une représentation pénible, repousse un travail du vieillir, en déléguant à des tiers les décisions à prendre. En particulier, laisser l'entière responsabilité au médecin, au nom de ses compétences, lui permet de faire l'économie de l'angoisse, liée à la pensée de sa propre mortalité. Le médecin, bien que souvent idéalisé, peut devenir le mauvais objet persécuteur, signe du clivage de cet objet : tout en étant celui qui doit décider, il éveille la crainte de ne pas être suffisamment compétent pour prendre la bonne décision.

Souvent, de la même façon, le sujet âgé s'en remet à un proche, prenant appui sur un modèle solide qui vient colmater ses moindres failles. Cette incapacité à prendre soi-même une décision concernant sa santé médicale semble liée au besoin d'être pris en charge, à une

dépendance psychoaffective, extrêmement fréquente au cours du vieillissement. Cette dépendance psychique, assez souvent liée à la dépendance physique, interroge sur la capacité réelle de la personne âgée à rédiger des directives anticipées (Encadré 2).

Chez certains sujets, les défenses de type névrotique prédominent, la rédaction de directives anticipées entraînant une inhibition et une répression préconsciente des pensées sur la fin de vie, leur refoulement, ainsi qu'une minimisation des risques mortels et de la mort propre. Ces sujets âgés ne peuvent supporter l'intrusion d'un sentiment désagréable, décident de ne pas y penser, annulant ainsi son effet et s'interdisent toute représentation de ce qui peut éveiller chez

Encadré 2 Extraits d'entretiens

- Le psychologue : « *Vous sentez-vous compétent pour remplir un tel document ?* »

Mouvement de fuite

- Mr C., 90 ans, Gr.A : « *Non, je n'y connais rien, je ne suis pas capable de répondre, de choisir. Il faut voir avec mon petit-fils, moi je ne comprends pas. Ceux qui sont autour le feront pour nous, ce sont eux qui verront, c'est tout. Concernés ou pas, ceux qui sont autour décideront. Moi je m'en fiche un peu de toute façon, ça ne m'intéresse pas* ».

Décharge des responsabilités sur la famille

- Mme S, 82 ans, Gr.B : « *Je ne suis pas toute jeune, que voulez-vous que je fasse... C'est trop compliqué pour moi. Je ne me sens pas assez informée, je ne sais rien... Nous-mêmes décider... On n'est pas aussi actif, on ne s'exprime pas aussi bien, on lit et on n'écrit pas aussi bien. S'il y a quelque chose à décider, c'est les enfants qui doivent le faire, nous, on ne peut pas* ».

- Le psychologue : *Et avec de l'aide de vos enfants justement, s'ils vous expliquent, vous guident ?* »

- Mme S. : « *Non, je ne rédigerais pas ça, je n'en suis pas capable, même avec de l'aide je ne comprendrais pas, je suis trop âgée. Non, non, je ne comprends pas là, je ne comprends rien* ».

- Le psychologue : « *Si, lors de votre entrée en établissement de soins, comme ici par exemple, vous deviez remplir un document vous permettant d'exprimer vos volontés, le feriez-vous ?* »

- Mme V., 86 ans, Gr.A : « *Ma fille est là pour tout de toute façon. Voyez avec elle, elle vous répondra mieux que moi. Ma fille décidera, ma fille sait mieux. Dans tous les domaines c'est ma fille !* » (...) »

- Le psychologue : « *Savez-vous ce qu'est une « personne de confiance ? Avez-vous rempli cette feuille lors de votre hospitalisation ?* »

- Mme V. : « *Cette feuille ? Ça ne me dit rien, ma fille l'a peut-être signée, je ne sais pas. Il faut en parler avec elle* ».

Décharge des responsabilités sur les professionnels de santé

- Mme K., 88 ans, Gr.B : « *C'est mon médecin qui verra ça, ce n'est pas moi qui vais décider, qui vais donner des directives aux médecins quand même ! Moi je fais comme mon docteur le dit, il sait lui, il fera, il verra. Mon médecin est très très bien. C'est lui qui verra tout ça. Il est très très gentil* ».

Clivage de l'objet

- Mr H, 97 ans, Gr.A : « *Compétent ? Mais ça ne sert à rien ces directives ! Moi je n'aime pas trop les médecins. Je n'ai pas confiance, ils font ce qu'ils veulent de leurs malades. Les médecins ont leur idée déjà, ça sert à rien, ils nous feraient mourir facilement avec ça. Et ça ferait un peu espionnage de remplir ça, moi je n'aime pas. On ferait mourir des gens facilement, ça, c'est certain, on y passerait tous (...) Mais c'est pas notre métier de toute façon ! Ce n'est pas le malade qui doit décider ou ordonner quand même. Je dis, chacun son métier ! Moi je n'ai rien à dire, ce n'est pas notre métier, les médecins verront, c'est à eux de décider, les médecins sont bien pour ça. Ils sont bien les médecins, je leur fais confiance* ».

eux des affects intolérables. Devant la possibilité de faire un choix sur la façon dont ils souhaitent mourir, leur pensée se trouve donc inhibée, ne pouvant plus jouer le rôle de pare-excitation capable de diminuer la tension psychique : incapable de penser et de mettre en mots, le sujet âgé est par conséquent incapable d'assumer un choix. Les représentations dépressogènes relatives à la mort propre, refoulées car trop menaçantes pour le Moi, apparaissent dans des lapsus révélateurs ou sont figurées dans le discours par l'évocation des décès familiaux ou amicaux, révélant des angoisses massives de mort, d'abandon, de perte. Le mécanisme de déplacement permet au Moi de mieux supporter l'angoisse en la déplaçant sur d'autres représentations moins dangereuses pour lui : peur de perdre la tête, d'être abandonné, de mourir seul.

On observe un mécanisme de mise à distance des représentations dépressogènes : le « je » disparaît dans le discours, signe d'une difficulté du sujet âgé à se représenter sa propre mort, laissant place au « nous » face à une situation conflictuelle risquant de l'impliquer personnellement. La personne âgée repousse le moment redouté en remettant à plus tard, optimisant son état et sa situation. Par cette « fausse réassurance », elle *« trouve une échappatoire, efficace bien que temporaire, qui lui permettra (...) de maintenir un décalage en (se ?) dissimulant la vérité »* et d'entretenir le désir de vie (Ruszniewski, 1999).

Enfin, par le recours à l'humour, le principe de plaisir trouve moyen de s'affirmer en dépit des réalités, repoussant ainsi la perspective de la mort.

La religion, qui permet d'imaginer une vie après la mort, apparaît également comme un moyen de parer un excès désorganisant d'angoisse de mort : tandis que certains insistent sur la nécessité d'un accompagnement religieux au cours de la fin de vie (choix principal des volontés), certains s'en remettent à Dieu, jugeant qu'il existe déjà « un chemin tracé » et qu'il est donc inutile de vouloir décider des modalités de sa propre mort, évitant ainsi toute confrontation à une image dégradée d'eux-mêmes (Encadré 3).

Encadré 3 Extraits d'entretiens

- Le psychologue : « *Que souhaiteriez-vous exprimer dans vos directives anticipées ?* »

Inhibition et répression des pensées sur la fin de vie

- Mme P., 92 ans, Gr.B : « *Je...je ne sais pas, je...je n'ai pas d'avis sur la question (...) Je n'ai jamais pensé, je ne vois pas... Je ne vois pas grand-chose à dire (...) Vraiment je ne sais pas. Je ne peux pas. On ne pense pas à ce genre de fin, euh, à ce genre de choses je veux dire (...) On ne parle pas de ça ! C'est l'affaire d'un moment, ça ne va pas plus loin ! On n'y pense pas du tout* ».

Mise à distance des représentations dépressogènes
Fausse réassurance

- Mme G., 84 ans, Gr.A : « *Oh, pour le moment nous ne sommes pas concernés, un jour peut-être... À ce moment-là nous verrons. Mais là j'arrive encore à conduire vous savez, je n'ai pas besoin de penser à tout ça* ».

Minimisation des risques mortels et de la mort propre

Mme F., 87 ans, Gr.A : « *Pour le moment, à 87 ans, j'ai une mémoire infailible, infailible ! Je n'ai pas besoin d'y penser, j'ai une mémoire infailible !* ».

- Mme D., 84 ans, Gr.A : « *Et bien... Oh, ce n'est pas la peine, on verra bien, là ça va encore, je ne vais pas mal, ce n'est pas grand-chose cette opération, je vais récupérer vite (...) Il faut laisser faire les choses. De toute façon, c'est Dieu qui décidera. Je fermerai bien les yeux un jour, comme tout le monde. Ce n'est qu'un mauvais moment à passer* ».

Recours à l'humour

- Mr L., 90 ans, Gr.B : « *Si je suis perdu, quels seraient mes souhaits... Et bien je ne voudrais pas de légumes moulins !* ».

3.1.2. *Des mouvements défensifs différents entre personnes hospitalisées et résidents en EHPAD*

Les mouvements défensifs évoqués précédemment sont plus fréquents chez les personnes âgées hospitalisées, en particulier lorsqu'il s'agit des mécanismes de défenses archaïques (déli, clivage du moi, dénégation). Ces dernières se déchargent de manière importante sur l'entourage familial, tandis que les résidents de l'EHPAD s'en remettent de façon moindre aux professionnels de santé. Ces résidents apparaissent dans l'ensemble moins réticents et défensifs à l'évocation de la mort et semblent mieux accepter leur grand âge, même si en parler reste difficile pour eux.

L'hospitalisation, souvent vécue comme un traumatisme par le sujet âgé du fait du grand âge et de sa problématique psychique spécifique, renvoie à la dépendance infantile, réactivant des angoisses de castration, d'abandon, de mort. Les personnes âgées rencontrées en service de rééducation ont été hospitalisées dans un contexte de crise suite à une chute. Cet accident somatique entraîne chez l'âge un travail psychique particulier centré sur la prise de conscience de ses nouvelles limites, de leur intégration et de sa finitude. La confrontation à la fin de vie entraînée par le dispositif des directives anticipées dans ce contexte d'hospitalisation semble amplifier par conséquent une angoisse de mort déjà prégnante, et accentuer les mécanismes de défenses déjà mis en place par le sujet âgé pour se protéger d'un débordement psychique mortifère.

3.2. *Du côté des familles*

3.2.1. *Les familles confrontées à la finitude du parent*

Pour les familles, envisager la rédaction de directives anticipées revient à reconnaître que leur parent pourrait être gravement malade, voire mourant... D'où un grand nombre de résistances. Pour les conjoints âgés, elles sont liées au déni de la mort possible du conjoint hospitalisé : ces conjoints d'âge similaire se protègent ainsi d'une projection dans l'avenir immédiat, dangereuse pour eux. Pour les enfants et petits-enfants, les résistances correspondent davantage à une fuite et à un évitement des responsabilités et des représentations anxiogènes liées à la mort du parent. Ils prétextent qu'ils n'ont pas le temps « de parler de ces choses-là ». En parler, n'est-ce pas rendre présente cette réalité douloureuse de la fin de vie, de la mort, de la perte ? Cette réalité est éloignée, annihilée, par la répression des représentations anxiogènes, l'entourage refusant d'imaginer la mort possible du parent et le deuil qu'il aura à réaliser, alors même que le corps vieilli et diminué de celui-ci l'agresse de façon intolérable depuis l'hospitalisation.

On observe également une mise à distance des représentations et des affects déplaisants pour le Moi dans le discours familial, allant parfois jusqu'à un désir de mise à l'écart réelle et donc physique du parent prochainement « mourant », dans le souhait qu'il meure à l'hôpital, comme si cette mise à distance réelle pouvait permettre une économie du deuil et de la souffrance à venir.

Ces personnes, qui ne se sentent pas toujours prêtes à assurer la disponibilité psychologique nécessaire pour accompagner la mort du parent, à être « l'objet clé » du travail de trépas qui s'annonce pour le parent (De M'Uzan, 1976), ne semblent pas non plus prêtes à s'engager dans le rôle de personne de confiance.

Mais l'attitude envers la nouvelle législation est empreinte d'ambivalence puisqu'en même temps, les enfants ne veulent pas laisser leur parent démuné face à ces protocoles. La majorité

accepte donc d'être « désignée », d'aider le parent dans ses choix, tout en souhaitant un étayage de la part des autres membres de la famille et/ou des professionnels de santé. Mais, lorsqu'il s'agit de représenter le parent au moment de l'inéluctable, beaucoup refusent d'être responsables de la décision d'arrêt de traitement et s'en remettent complètement au médecin. Dans ce cas, ce dernier peut cristalliser les projections mortifères, représentant celui qui entretient inutilement une souffrance prolongée ou celui qui, à l'inverse, devra « sauver » le parent, et qui, une fois déjà, aurait dû et n'a pas pu...

La nouvelle législation, qui semble être un moyen efficace de diminuer la culpabilité pour le groupe familial, semble au contraire l'augmenter pour la « personne de confiance », même si celle-ci ne dispose pas « directement » d'un droit de vie et de mort sur le malade puisque la décision finale sera prise par l'équipe médicale. Déléguer cette décision à des tiers permet alors aux familles de s'épargner cette culpabilité liée à l'idée d'avoir une part de responsabilité dans la mort du parent. Certains parlent clairement d'un « cas de conscience » difficile à assumer, suggérant que quelqu'un d'extérieur à la famille, moins impliqué affectivement, serait plus apte à remplir ce rôle. Mais cette solution fait tout de même naître la culpabilité de ne pas avoir rempli un « devoir » envers le parent, d'où impasse psychique : si l'entourage accepte cette désignation, il se sent coupable du « meurtre » fantasmé du parent (tout au moins de sa participation) ; s'il refuse, il se sent coupable de l'avoir abandonné au seuil de sa mort.

Pour une minorité de familles, les mouvements défensifs sont moins importants, l'étude laissant apparaître deux autres « tendances » : un désir de maîtrise de la mort et l'émergence d'un « tuteur privilégié ».

3.2.2. *Désir de maîtrise de la mort et émergence d'un « tuteur privilégié »*

Pour deux personnes, favorables à la rédaction de directives anticipées pour le parent et pour elles-mêmes, le discours est dominé par le désir de contrôler sa fin de vie. Leurs propos, qui semblent exempts de toute réticence face à la mort, révèlent paradoxalement une angoisse massive qui s'exprime par une peur de la déchéance, de la souffrance physique et morale, du vieillir. Ce mouvement défensif de réappropriation de la mort de la part de l'entourage devra être pris en compte lors d'une éventuelle rédaction de volontés par le parent, ce discours pouvant l'influencer dans ses décisions.

D'autres membres de l'entourage remplissent, quant à eux, un rôle primordial dans la relation d'aide au parent, se désignant eux-mêmes comme « tuteurs privilégiés ». Le rôle de personne de confiance vient alors renforcer ce statut auprès du parent : pour ces personnes, la fonction légale de la personne de confiance paraît en effet associée, voire confondue avec un accompagnement physique et moral, une sur-implication dans les soins au parent. Elles semblent entrevoir à travers elle un « devoir » de soutenir le parent, mais aussi de compenser ses défaillances et ses pertes. On devine alors, chez ces enfants, une « double dépendance », l'enfant aidant devenant à son tour dépendant du parent âgé. Cette dynamique entraîne des mouvements défensifs d'infantilisation du parent et de surprotection, qu'il semble important de repérer lors d'une éventuelle rédaction de volontés par le parent, afin qu'il ne soit pas influencé dans ses choix lorsqu'il peut encore décider lui-même, par ses propres moyens (Encadré 4).

À partir des défenses suscitées, entraînant dans l'immédiat un refus de rédaction de directives anticipées, le psychologue peut-il favoriser un discours apaisant sur la mort, voire une éla-

Encadré 4 Extraits d'entretiens familles

Répression et évitement des représentations anxiogènes	<p>- Le psychologue : « Vous est-il déjà arrivé de penser qu'un jour, votre grand-mère ne pourrait plus communiquer, s'exprimer ? »</p> <p>- Mr T., 32 ans : « <i>On n'y pense pas vraiment, on ne veut pas y penser (...)</i> Maintenant on s'en rend plus compte, avec l'âge, avec le choc. Elle ne fait plus rien, ce n'est plus pareil. Il y a quelques temps, elle était vraiment mal en point, on ne savait pas comment ça allait se passer ; c'est peut-être là qu'on se pose des questions, quand on est vraiment confronté. Mais avant non, on ne peut pas. On ne veut pas penser ça. Là je n'y pense pas ».</p> <p>-Le psychologue : « Avez-vous déjà parlé des directives anticipées avec votre parent ? Connaissez-vous ses volontés ? »</p> <p>- Mr S., 45 ans : « <i>Je pense que... vu comment ça se passe...il va falloir mais... Tant que l'on n'est pas vraiment touché, vous ne voulez pas y penser. Je ne sais pas... Je ne veux pas y penser. Je ne réponds pas à ça ».</i></p>
Mise à distance des représentations dépressogènes Fausse réassurance	<p>- Le psychologue : « <i>Si, lors de son entrée en établissement de soins, votre mère devait remplir un « formulaire » lui permettant d'exprimer ses volontés quant aux soins médicaux qu'elle souhaite ou ne souhaite pas recevoir si elle se trouve dans l'incapacité de prendre elle-même une décision, qu'en penseriez-vous ?</i></p> <p>- Mme M., 53 ans : « <i>Ma mère verra bien, mais pour le moment ce n'est peut-être pas encore nécessaire, ce n'est pas utile qu'elle le fasse là maintenant, à l'hôpital. Elle marche mieux depuis quelques jours (...)</i> Pour la famille, si c'est vraiment perdu, c'est mieux qu'elle reste à l'hôpital. Car il n'y a pas les appareils à la maison, les souvenirs, les perfusions, qu'il faut évacuer. Il n'y a pas le souvenir dans cette chambre, où elle était là. Au moins tu rentres, elle est partie, elle n'est pas revenue, et c'est fini! ».</p>
- Le psychologue : « Accepteriez-vous de faire respecter les volontés de votre parent, comme le refus d'un traitement nécessaire au maintien de la vie par exemple, s'il était dans l'incapacité de s'exprimer lui-même ? » Décharge des responsabilités sur les autres membres de la famille Culpabilité	<p>- Mr S., 45 ans : « <i>Nous, on est cinq, c'est une de mes sœurs qui s'en occupe, il y en a une qui s'en occupe un peu plus, mais on se concerte. C'est elle qui décide plus de ça, qui décidera ».</i></p> <p>- Mme D., 49 ans : « <i>Moi ça ne me plait pas d'être désignée, je n'aimerais pas, ce n'est pas facile, on doit s'en vouloir de participer à... et puis quand tu penses une chose et que tu dois en faire respecter une autre, parce que l'on n'a pas forcément le même avis que la personne, ce n'est pas facile... Cette place je n'en veux pas (...). Si je peux éviter je le ferais, mais s'il n'y a que moi, bon ben à ce moment-là, si je n'ai pas le choix... ».</i></p>
Emergence d'un tuteur privilégié « Devoir » envers le parent	<p>- Mme G., 61 ans : « <i>Notre rôle est d'aider nos parents âgés à prendre ces décisions, c'est un devoir oui. J'accepterais ce rôle car c'est ma mère. On doit s'occuper de ses parents, on doit les aider, c'est comme ça (...) elle s'est occupée de moi, je m'occuperai d'elle ».</i></p> <p>- Mme C., 58 ans : « <i>Oui bien sûr. Je vois ce rôle comme une accompagnatrice, je ferais de mon mieux. Je l'aide pour tout ce qui est administratif et puis là je viens la voir tous les jours à l'hôpital, je l'aide à manger. C'est mieux de se sentir épaulé, aidé (...). Je remplirais ce rôle avec beaucoup de sérieux, parce qu'elle a confiance en moi, c'est un devoir. Je ferais tout ce qu'il est possible de faire. Je ferais tout, encore plus que maintenant ».</i></p>
Décharge des responsabilités sur les professionnels de santé Projections à l'égard du médecin	<p>- Le psychologue : « <i>Si votre mère rédigeait des directives anticipées, souhai teriez-vous qu'elle vous consulte ? Quelle consulte des professionnels de santé ?</i></p> <p>- Mme D., 49 ans : <i>Les médecins savent quand même ce qu'il faut je pense, mieux que nous donc ce serait plus à eux de voir, de décider c'est sûr, nous, on ne sait pas trop. Il faudrait qu'elle voie avec des professionnels, c'est leur métier, qu'elle se fasse déjà un avis avec eux. Et après avec l'entourage si elle veut mais c'est à elle de décider, c'est elle qui va signer. Moi je ne peux pas avoir un avis bien</i></p>

Infantilisation du parent Surprotection	<p><i>sérieux, elle verra avec les médecins. Les médecins sont mieux placés pour savoir je pense. C'est à eux de voir dans ce cas-là, c'est à eux de prendre la décision</i> ». Après lecture de la procédure proposée dans le service : « <i>Alors s'il a envie de balancer ses produits, il va aller jusqu'au bout quoi ! S'il veut par exemple faire de l'argent avec une chimio ou autre chose. Le médecin de l'hôpital, il ne connaît pas la personne, il faut la soigner et puis c'est tout ! C'est difficile de faire confiance à un médecin qui est là pour soigner, à n'importe quel prix, à n'importe quelle souffrance. En fait, ils font ce qu'ils veulent ! La personne de confiance ne sert à rien alors ?</i> »</p> <p>- Mme G., 61 ans : « <i>Ces directives me paraissent inadaptées dans son cas ! Ma mère pourrait se tromper, elle ne sait pas. Il faudrait que je m'en charge moi-même, ce serait plus facile</i> ».</p> <p>- Mme C., 58 ans : « <i>ça ne doit pas être facile à... à prendre sur soi. C'est bien pour ceux qui peuvent le faire, mais elle... Je ne sais pas si elle pourrait. Mais c'est bien, oui. Mais elle, je ne pense pas qu'elle pourrait. Ce n'est pas évident à comprendre, je ne suis pas sûre qu'elle comprenne, elle ne saurait pas choisir seule. Je crains qu'il faille prendre les décisions à sa place, qu'elle ne sache pas</i> ».</p>
--	---

boration psychique ? Cette nouvelle législation peut-elle être un support, un outil thérapeutique vis-à-vis d'un travail de deuil ?

4. Discussion : rôle du psychologue dans la mise en place de ces protocoles

4.1. Un rôle d'information, d'écoute et d'étayage

L'étude souligne la nécessité d'informer les personnes âgées et leur famille sur la loi de 2005, peu connue et mal comprise, mais aussi d'instaurer un cadre et d'offrir aux sujets concernés un espace de parole et d'écoute, autorisant l'émergence de questions ou d'éventuelles craintes concernant la fin de vie, dans un climat de confiance. Le psychologue pourrait être celui qui offre au sujet cet espace pour penser et élaborer ; celui qui lui permet de décider pour lui-même le bon espace pour penser (qui peut correspondre au refus de parler au psychologue de la fin de vie, des pertes présentes et à venir).

Lorsque la personne âgée n'a pas pu en discuter avec ses proches (l'étude révélant qu'il y a peu d'échanges familiaux autour de ce thème), cette rencontre avec le clinicien lui permettrait de trouver un étayage pour une prise de décision. Elle faciliterait également la communication entre le sujet âgé et sa famille, une discussion préalable entre ces derniers semblant indispensable pour la désignation d'une personne de confiance.

4.2. Un rôle de médiateur entre le sujet âgé et sa famille et un rôle d'étayage pour l'entourage familial confronté au vieillissement du parent

Cette rencontre avec le psychologue semble offrir plusieurs opportunités pour la personne âgée et sa famille.

Elle les aide à s'écouter, se comprendre, à parler du vieillissement et de la mort, tout en contenant les angoisses soulevées par ce discours, ce qui permet de créer ou de renforcer le lien, de le rendre plus résistant, optimisant ainsi les chances qu'il reste le plus vivifiant possible pour la suite.

Elle permet au clinicien d'apprécier la qualité des relations intrafamiliales et d'évaluer une absence de pression de l'entourage pour une éventuelle rédaction de volontés du parent, mais aussi un éventuel déni de la part de la famille de signes précurseurs ou existants d'une pathologie mentale du vieillissement ou d'un déni de la mort prochaine du parent. Dans ce cas, les représentations que se fait la famille de son parent peuvent être mises en adéquation avec les capacités et les désirs de ce dernier.

La rencontre avec le psychologue pour la rédaction de directives anticipées — qui permet au sujet âgé de se présenter à son entourage comme un être mortel et prochainement mort — donne la capacité aux familles ainsi étayées, d'élaborer les éprouvés douloureux en lien avec le devenir inquiétant du parent, et de penser le contexte final du vieillissement qui jusque-là demeurait « impensable ».

Le cadre étayant instauré pour la rédaction de directives anticipées constitue enfin une mesure de prévention pour l'équilibre psychique familial : il permet d'informer les familles du rôle et des responsabilités de la personne de confiance, d'éviter les confusions, et de freiner par conséquent l'émergence d'un « tuteur privilégié », parfois tout-puissant. Lorsque la personne désignée occupe déjà ce statut auprès du parent, il permet au psychologue de repérer un engagement éventuellement excessif et inadapté, et donc d'anticiper le risque de saturation rapide du proche, d'une certaine agressivité à l'égard du parent lui-même ou d'un hypermaternage l'infantilisant, et conduisant le proche à un épuisement physique et psychique, dommageable pour les deux parties.

La législation de 2005 peut donc déboucher sur un étayage permettant à la fois de restructurer l'identité du groupe familial bouleversé par la perte d'autonomie du parent et par l'hospitalisation ou l'institutionnalisation récente, et de renforcer le lien entre le patient âgé et sa famille, tout en incluant la perspective de la mort à venir.

4.3. Un rôle d'évaluation de l'état psychologique et cognitif du sujet âgé pour cerner son désir

Compte tenu de l'oscillation perpétuelle entre pulsions de vie et pulsions de mort et du changement rapide de position du sujet âgé concernant sa fin de vie, appréhender son désir est difficile. Lors de cette phase de rupture signifiée par l'hospitalisation ou l'entrée en institution, le clinicien doit tenter de discerner, dans la mesure du possible, si ce qu'exprime la personne âgée correspond à sa volonté manifeste ou si son désir est le résultat d'une angoisse passagère, une tentative de conserver un certain contrôle face à un corps qui lui échappe, ou encore un moyen de tester les limites de son entourage ou d'être entendue dans sa souffrance. Il doit tenter d'appréhender ce que la personne âgée souhaite, non pour faire plaisir, non pour se ranger aux convenances ou à ce qu'elle pense que ses proches attendent d'elle (proches dont elle dépend désormais sur tous les plans), mais pour elle-même, en l'écoutant et essayant de rendre compte le plus fidèlement possible de ce qu'elle pense, de sa parole.

L'écoute psychologique doit aider à pointer l'ambivalence, son origine pulsionnelle, son sens, le souhait d'arrêter tout traitement ou le désir d'en finir pouvant parfois sembler pathologiques. Le contexte dépressif peut en effet fausser les décisions. Le clinicien doit donc apprécier l'état psychique et psychopathologique du patient âgé demandeur de rédaction de directives anticipées, mais aussi procéder à une évaluation cognitive, s'assurant qu'il peut recevoir l'information, l'intégrer et évaluer avec réalisme sa situation actuelle et future.

4.4. *Les directives anticipées et l'engagement dans un travail de deuil des pertes et un travail de deuil du Moi pour le sujet âgé*

Lors de cette étude, les personnes âgées ont pu trouver un espace et un temps de parole où déposer clairement ou symboliquement leurs angoisses en lien avec l'hospitalisation ou l'entrée en institution, ou avec le travail difficile du vieillir. Le rôle du psychologue en service de médecine gériatrique consiste à faire prendre conscience au sujet âgé des changements opérés et à l'aider à commencer un travail de deuil (travail de deuil de ce qui a été, travail d'acceptation et d'investissement de la réalité vieillissante, travail de préparation à la fin de vie). Le travail de deuil est défini comme un processus intrapsychique, consécutif à la perte d'un objet d'attachement, par lequel le sujet réussit progressivement à se détacher de celui-ci (Laplanche et Pontalis, 1967). Le déroulement clinique du deuil passe par différentes étapes (sidération et déni, révolte, état dépressif, acceptation). Chez la personne âgée, le travail de deuil permet l'investissement du temps présent, soit de l'hospitalisation ou de l'entrée en institution, des soins proposés, et surtout de l'avenir du sujet, quels qu'en soient les contenus effectifs. Les directives anticipées, qui représentent une terrible prise de conscience du temps et de la finitude, s'intriquent intimement à cette psychodynamique particulière du grand âge et offrent la possibilité pour le psychologue d'engager ce travail avec la personne âgée.

L'étayage du clinicien dans cette élaboration psychique, au travers de ces protocoles, peut alors constituer le point de départ pour un travail de deuil du Moi, permettant à la personne âgée d'accepter la castration et la séparation définitive, diminuant ainsi les risques qu'elle s'engage dans une voie régressive. Penser à la fin de vie, y être accompagné, peut en effet aider le sujet âgé à concevoir, à donner du sens à ce qui va advenir — la perte du moi — et donc à ce nécessaire travail psychique de « *deuil du Moi-objet et du corps* » (Bianchi, 1987).

Les directives anticipées semblent donc pouvoir être utilisées par le clinicien comme un outil pour étayer le sujet âgé dans la voie de l'élaboration psychique, dans l'intégration de ses limites actuelles mais aussi à venir, le développement d'angoisses étant déjà corrélatif d'une certaine tentative de liaison. Les défenses sollicitées par ces procédures ont ainsi pour fonction de laisser au psychisme le temps de débiter progressivement ce travail psychique. Elles ont une valeur adaptative.

Cette aide psychologique au travail de deuil (des pertes, du Moi), qui permet de se confronter à la perspective de la mort, semble pouvoir favoriser en retour, un accord de rédaction et de désignation de la part de la personne âgée.

5. **Pour ne pas conclure...**

Cette étude ne permet pas d'explorer chaque point en profondeur mais seulement de dégager des lignes directrices qu'il semble intéressant d'approfondir, afin que l'utilisation des protocoles soit la plus opérante et la plus bénéfique possible pour les sujets âgés. Elle ne se veut donc pas exhaustive ni fermée quant à l'interprétation des résultats obtenus. Nous reconnaissons ses limites méthodologiques (difficultés à restituer, à « objectiver » le sens des propos entendus compte tenu du type d'analyse choisi ; faiblesse des différents échantillons). Il serait intéressant d'approfondir l'analyse clinique concernant les personnes âgées, mais aussi la problématique familiale : avec un plus grand échantillon d'une part, afin de confirmer les résultats obtenus pour les familles rencontrées à l'hôpital, et d'autre part, en réalisant des entretiens avec les familles de personnes âgées vivant en institution, afin de comparer les représentations,

résistances et mécanismes de défenses de ces deux populations. Le placement du parent entraînant souvent un sentiment de culpabilité chez l'entourage familial, on peut en effet supposer l'existence de résistances importantes concernant l'utilisation de ces protocoles.

Il paraît enfin nécessaire d'explorer les représentations et processus psychiques des professionnels de santé travaillant en service gériatrique, ceux-ci ayant un rôle essentiel dans la mise en œuvre des directives anticipées. Le recours à des techniques médicales cachant parfois le besoin des soignants de se protéger contre l'angoisse de la mort, arrêter un traitement, selon la volonté du malade, ne risque-t-il pas de rendre plus prégnante cette angoisse de mort et de faire naître chez ces derniers un sentiment de culpabilité difficile à gérer ?

Nous terminerons cette réflexion par les paroles de Monsieur L., 87 ans, rencontré en service de soins de suite et de réadaptation : *« Cette loi, ça donne à réfléchir sur plein de choses...Faut être prudent dans son application, faut faire attention avec certaines personnes âgées. Quand vous allez les interroger, vous aurez l'impression qu'elles n'ont rien à dire, mais c'est juste que tout le monde n'arrive pas à s'exprimer comme je le fais. Vous, en tant que psychologue, vous devez les amener à une réflexion personnelle. Il faut leur donner une écoute, les entendre, les aider à penser tout ça. C'est certain, cette loi, il y a beaucoup de réticences, moi ça m'effraie, je n'y suis pas favorable, mais ça ouvre sur plein de choses. Il y a plein de choses à penser encore à partir de tout ça... ».*

Références

- Bianchi, H., 1987. Le Moi et le temps. Psychanalyse du temps et du vieillissement. Dunod, Paris.
- Bossart, M., 2004. Directives anticipées : participation plus active. CSA-News 9, 1–4.
- De M'Uzan, M., 1976. Le travail de trépas. In: De l'art à la mort. Gallimard, Paris, pp. 182–199.
- Douglas, R., Brown, H.-N., 2002. Patients'attitudes toward advance directives. J Nurs Scholarsh 34 (1), 61–65.
- Dunet-Larousse, E., 2003. Les directives anticipées. Revue Jalmalv 72, 21–24.
- Ellenberg, E., Guerrier, M., Hirsch, E., 2004. Enquête nationale « La loi n 2002-303 du 4 mars 2002 » titre II et IV : quelles influences sur l'activité de soin à l'hôpital ? Observatoire éthique et soins hospitaliers de l'espace éthique APHP.
- Englert, Y., Van Orshoven, A., 2003. Testaments de vie et autres directives anticipées. Éditions de Boeck Université, Comité consultatif de Bioéthique de Belgique.
- Gabriel, A., 2004. La personne de confiance dans la loi du 4 mars 2002, relative aux droits des malades. Presses universitaires d'Aix-Marseille. Aix en Provence.
- Green, A., 1982. In: Le Moi, mortel-immortel. In : Narcissisme de vie, narcissisme de mort. Les éditions de minuit, Paris, pp. 255–280.
- High, D.-M., 1993. Why are elderly people not using advance directives? J aging Health 5 (4), 497–515.
- Laplanche, J., Pontalis, J.-B., 1967. Vocabulaire de la psychanalyse. PUF, Paris.
- Loi n° 2005-370 du 22 avril 2005, relative aux droits des malades et à la fin de vie. Journal Officiel 95, 23 avril 2005, p.7089.
- Péruchon, M., Thomé-Renault, A., 1992. Destins ultimes de la pulsion de mort. Figures de la vieillesse. Dunod, Paris.
- Redriguez-Arias, D., 2003. Les directives anticipées en France : expériences et attitudes des professionnels en réanimation. Mémoire de DEA d'éthique médicale et biologique. Université R. Descartes, Paris-V.
- Ruszniewzki, M., 1999. Face à la maladie grave. Dunod, Paris.