Portrait d’une signature

Frédéric Aumjaud

Le travail collecteur et collectif de nos pratiques entrepris par P. Charbit et coll. en 2007(1) nous a permis d'accueillir une nouvelle acception : « notre signature ». Nous avons appris à nous reconnaître dans notre spécificité de praticien de libre pratique (PdLP). Truisme pour des psychiatres avertis ? Certes pas. Nous savions bien ce que nous « bidouillions » dans l'intime de nos cabinets mais cette perception ne pouvait être satisfaisante.

Il nous a fallu attendre ce travail remarquable pour recevoir cette invitation à se reconnaître dans une singularité spécifique de Praticien de Libre pratique. C'est donc l'histoire, le portrait, d'une expérience que je me propose de vous écrire. C'est à votre adresse que cette signature est envoyée, pour que le psychiatre reste innovant, interrogatif à l'égard de notre société et si possible militant de l'humain.

Une pratique singulière commencée en 1979 lorsque le choc du jeune faisant fonction d'interne rencontra celui d'une très jeune équipe infirmière dans un pavillon asilaire. Il y avait des jeunes psychotiques, des arriérés qui s'agitaient dans tous les sens dans la grande salle commune et des vieux faisant banquette aux pourtours de cette salle. Si un de ces vieux se risquait à vouloir traverser cet espace brownien il risquait pour le moins d'être bousculé et au pire, la fracture du col du fémur. Les plus âgés de l'équipe infirmière restaient à l'abri dans un bocal (espace protégé vitrifié) tout en sirotant des cafés. Choqués, nous nous mîmes au travail avec des conceptions Piagétiennes de la démence, mais imprégnés de théorisation Lacanienne. C'est ainsi que nous pûmes lire autrement ces « patients-éponges », imbibés de psychotropes. Il fallut extraire ces patients de cette salle commune où régulièrement ils étaient bousculés par les jeunes agités. Étant gériatre et psychiatre en formation, il fut possible de proposer une sorte de défense maniaque pour combattre ce que nous ressentions de ce spectacle affligeant. C'est ainsi que nous avons pu proposer, expérimenter, et critiquer notre travail. En effet, régulièrement nous sommes allés nous confronter aux confrères lors de congrès et de publications mais c'était le plus souvent dans un milieu gériatrique. L'idée centrale était que le patient pouvait bien être dément, il n'en restait pas moins un Sujet. C'est ainsi que nous avons pu favoriser la circulation de la parole par la mise au point de temps spécifiques techniques qui étaient révolutionnaires à l'époque. Progressivement nous avons pu faire disparaître quasiment tous les psychotropes.

Ce début des années 80 fut une période riche en recherche de prise en soins divers. La psychiatrie de la personne âgée naissait de manière officielle en France par la création de la Société de Psychogériatrie de Langue Française (SPLF). Parallèlement, les réunions de la Société de Gérontologie Psychanalytique étaient d'une richesse infinie par le contraste proposé à cette approche socio-médico-psychologique qui nous était imposée par les gériatres. Ces derniers s'étaient emparés de la clinique du sujet âgé dans son ensemble. Les psychiatres institutionnels géraient de manière humaniste les troubles du comportement mais laissaient le champ libre aux somaticiens pour bon nombre de lectures théoriques et pratiques des souffrances psychiques. Notons qu'il y avait quand même des poches de résistance de la part de certaines équipes psychiatriques.

En 1985, au moment où les patients « inadéquats » sont chassés des centres psychothérapiques départementaux, je m'installe comme gérontopsychiatre, dans un groupe constitué de trois psychiatres. Entre temps, j'ai pu théoriser sur le concept de Sujet Vieillissant Âgé (SVA), faire la différence entre géronto-psychiatrie et Psychogériatrie.

Depuis, ma signature s'est épaissie, les tirets entre géronto et psy ont disparu, signe d'une banalisation du statut(2). Mais, que ce soit au sein de la communauté de la SPLF ou AFPEP, je continue à explorer et proposer mon expérience sans ou presque de confrontations confraternelles. Originalité d'une praxie, de cet univers de la rencontre singulière avec ces consultants qui ont passé « le 7 » avec ses deuils successifs moins bien assumés que « les 6 » où la puissance adaptative est encore là. Et maintenant « le 8 » avec la perte

d'autonomie et les dépendances. Et enfin, le club moins fermé actuellement des « 9 » avec cette solitude de rescapés.

Heureusement, lors des dernières journées de l'Encéphale à Paris (18, 19, 20 janvier 2012), la psychiatrie gériatrique nouvelle me semble s'être réveillée par cette lecture clinique centrée sur la personne. Elle pourra ainsi combattre le discours inquisiteur jusqu'ici des neurosciences. Il est temps que les Psychiatres de Libre pratique se reconnaissent comme de formation médicale avec cette trace mnésique indélébile du passage par la désérotisation du corps pour être soignant et pas seulement les artistes de la gestion du transfert et du contre transfert. Psychologues et psychothérapeutes de tous genres ne peuvent avoir la même lecture clinique que doit revendiquer le psychiatre par sa déformation médicale. Séméiologie médicale, prescription et dé prescription nous appartiennent en propre et ne doivent pas nous échapper.

En effet, il conviendrait que les psychiatres arrêtent de se cacher derrière leur petit doigt et affrontent cette rencontre avec la souffrance psychique, maladie ou pas, où la mort concentrée dans les rides et les douleurs diverses peuvent conduire à accepter la solitude affective ou sociale comme une normalité. En un mot, comme si tout ceci était dû à l'avancée en âge, que les mécanismes psychiques étaient rouillés, et qu'il n'était pas nécessaire de s'intéresser à la vie psychique des vieillissants âgés.

La montée des vieux, voilà un phénomène sociétal inédit dans l'histoire des civilisations. Nos patients ont très peu de références pour s'appuyer sur ce qu'ils ressentent, et s'ils viennent en parler nous ne pouvons ignorer l'expression psychique de certaines maladies somatiques. Nous ne pouvons ignorer les interférences sociales. Les couples s'interrogent sur leurs positions imaginaires quand les processus démentiels s'installent ou que la maladie chronique envahit le temps à vivre.

Les familles, les enfants et pas n'importe lesquels s'interrogent sur leurs places à prendre dans une position OEdipienne inversée. Les jeunes vieux ne sont pas les vieux-vieux et le « Moi hideux » que ces derniers renvoient nous convoque dans les limites de nos interrogations personnelles et dans les champs variés de la clinique, de l'éthique, du culturel et du politique.

Il s'est donc dessiné progressivement une lecture séméiologique avec des concepts tels que : autonomie, dépendance, fragilité, vulnérabilité, apathie. Une clinique où s'intriquent les références socio-médico-neuro-psychologiques et médicales, complexifient les notions subtiles de « dépressivité », de dépressions, d'hallucinations, de délire sans parler des troubles cognitifs bénins ou pas.

La sommation de signes, les comorbidités, l'iatrogénie viennent faire barrage à ce qui pourrait être dit de cette difficulté à avancer en âge. Il convient alors d'accueillir une praxie du praticien de libre pratique où l'histoire du Sujet prend toute sa valeur car pouvant être déposée lors de l'intime de la rencontre. Un positionnement particulier s'instaure avec le Sujet, les familles, nos correspondants médicaux et/ou institutionnels. Par cette place revendiquée j'assume ma signature et mes limites qui me font ne pouvoir accompagner certains car ils ne peuvent plus se déplacer. Faudrait-il me rendre chez eux ? Faudrait-il visiter également les centenaires qui ont aussi des choses à dire notamment de ce passage « du travail de vieillir au travail de trépas » ?

Pour le moins, le Gérontopsychiatre de libre pratique revendique-t-il d'accompagner, voire de soigner un Sujet vieillissant Âgé à l'hiver de sa vie. Redonner du temps, de la temporalité, du sens au temps à vivre car il n'est pas obligatoire de vivre jusqu'à 120 ans même si les Sciences ont démontré le possible théorique. Une société faite d'hommes bioniques interroge le club des « 9 » actuels, mais nous, quels compromis serons-nous capable d'accepter ?

Avancer en âge avec sa « patientèle » ce n'est pas la même chose, le même engagement que d'accueillir à partir d'un âge avancé une histoire de vie amputée ou que la vie ampute. Faut-il vivre mourant ou mourir vivant ? Par son positionnement particulier, avec souplesse, fermeté et assurance d'être là, le Gérontopsychiatre peut proposer un temps, un espace où il est inutile de se signer pour faire signature.

(1) Persiste et signe, L'étude clinique. Numéro spécial revue Psychiatries.

(2) F. Aumjaud Lecture de la clinique psychiatrique du sujet vieillissant âgé lors d'un exercice de libre pratique. In : Rev. Psychiatries, N° 148. p 205-215.