Nearly new care

Journée SSMG 23/02/2013

Docteur LINCLAU
Société Balint Belge (SBB)

J'ai intitulé mon exposé Nearly New Care. Et vous aurez sans doute reconnu une similitude avec la publicité de véhicules d'occasion d'une marque célèbre : « Nearly New Car ».

Une personne âgée n'est plus tout à fait neuve, mais elle fonctionne toujours. Bien sûr, nous sommes mortels mais, tant qu'on est vivant, on vit ; c'est la première idée.

Une deuxième idée :c'est « Nearly a new care » c.-à-d. « presqu'un autre soin » parce que l'approche n'est plus tantla guérison,mais plutôt le confort, ensuite que le métabolisme est différent et que les effets secondaires des médications sont parfois dramatiques. Mais enfin«Nearly : presque » aussi parce que ce n'est pas tellementdifférent. Ce sont toujours des personnes que l'on soigne avec toute leur complexité, toute leur souffrance, toute leur gentillesse ou leur animosité, tout leur altruisme ou leur égoïsme. C'est donc bien à peine distinct d'une nouvelle voiture, ça se conduit à peu près de la même façon.

Je me suis inspiré pour écrire ces lignes d'une journée d'étude que la Société Balint a intitulée : « Vieillir c'est vivre », qui a eu lieu le 1er décembre 2012.Nous avions également l'honneur de la présence du Pr Pepersackce jour-là.

Il est impossible de résumer ici toute la richesse de ce qui s'est passé lors de cette journée. Ce sera plutôt « un best of » et quelques associations personnelles.

En ce qui concerne l'aspect d'une nouvelle ou autre prise en charge« médicale » du soin, je vous renvoie à ce qui a déjà été dit par le docteur Pepersack.

Nous allons nous concentrer ici sur l'aspect contre-transférentiel de la relation quand le sujet est âgé. Ce qui fait, pour en revenir à notre voiture, qu'à première vue, elle se conduit de la même façon et pourtant qu'en même temps il y a des pièges. Je m'explique d'emblée par une vignette clinique.

Cela s'est passé dans un service d'urgence mais cela pourrait nous arriver en cabinet privé. Un vieux monsieur (M.P.) a mal au dos depuis des semaines malgré la prise de paracetamol. Un samedi soir, il n'en peut plus et se rend aux urgences. Sans doute a-t-il la maladresse de demander de la morphine tellement il a mal. L'urgentiste, que j'imagine offusqué, lui répond qu'il assume un service d'urgence, pas celui de soins palliatifs, ni de mise au point rhumatologique. Il ne l'examine pas et le renvoie avec du …paracetamolet un rendez-vous

avec le rhumatologue dans les quinze jours. Malheureusement, ce patient meurtquelques jours plus tardà cause d'un trouble du rythme dû à une hypercalcémie sur myélome multiple.Le médecin semble s'être contenté d'un préjugé :« C'est un vieux, encore de l'arthrose et en plus avec encore des exigences ».

Je prends cet exemple pour illustrer une part de ce que peut être un contre-transfert, c.-à-d. l'irruption dans une situation clinique donnée d'une réaction du soignant.Les psychanalystes nous disent en effet que le contre-transfert précède le transfert.Le médecin, dès lors qu'il est humain, entre inéluctablement dans la relation soignante avec des représentationspréconçues. Nous ne pouvons voir le monde et l'autre qu'à travers nous-mêmes, qu'avec le filtre de nos préjugés et de notre histoire personnelle. Le contre-transfert est une réponse plus ou moins viscérale et préétablie de la part du soignant à une situation clinique.Cette attitude risque de décentrer le praticien au point de ne plus rien entendre de la plaintedu patient et de s'éloigner de son rôle qui est celui de reconnaître une pathologie.

Pour éclairer cela,voyons ce que nous ressentons devant une réclamation de soin urgent pour une même maladie selon qu'elle émane d'un adolescent, d'un homme, d'une femme ou d'un vieil homme ou d'une vielle femme.De toute évidence c'est différent. Le contre transfert est comme un préjugé qui précède la demande du patient. Cela fait partie du personnage « docteur » que nous sommes.Alors, comment rester professionnel?Peut-on changer cette prédisposition?

Faut-il y changer quelque chose?Oui, il le faut et cela fait partie de notre travail. Cela demande un effort, bien-sûr. Cette prise de consciencepeut rester dans la sphère professionnelle, il ne s'agit pas nécessairement de faire une psychothérapie. Mais si nous ne faisons rien,le danger nous guette de perdre le contact avec nos connaissances médicales.

Dans l'exemple donné, nous présumonsque notre confrère s'est arrêté à un préjugé. Comment aurait-il pu ne pas céder à son contre-transfert ? Une des pistes est probablement l'écoute. Ecouter son patient c'est,en un premier temps, le croire, le prendre au sérieux mais aussi l'examiner, le toucher, percuter ses vertèbres et,seulement ensuite, se faire une opinion et se tromper éventuellement. Se tromper me semble moins grave, humainement parlant, que la négligence dont a fait preuve ce professionnel par rapport à la douleur et à la démarche de ce patient (qui s'est quand-même déplacé jusque-là).

Déjà Plutarque il n'y a pas si longtemps et,encore avant lui, Lao Tseu nous disait combien l'écoute EST difficile parce qu'écouter, disaient-ils, c'est être d'accord de se laisser transformer. Cela n'est déjà pas facile. Écouter demande en plus un mouvement par rapport à son contre-transfert, un petit pas de côté qui permet l'écoute de soi. Ce petit pas de côté permet alors une meilleure approche de l'autre. Peut-être l'urgentiste avait-il mal au dos et que lui aussi n'en pouvait plus de fatigue. Une conscience de cet état et une meilleure prise en charge de ses propres douleurset fatigue permet de dissocier ce qui se passe pour lui-même de ce qui se passe pour le patient et ainsi delui refaire de la place. Il l'aurait peut-être

mieux entendu puis examiné. Après cela, il se serait sans doute repris, une étincelle de doute l'aurait autorisé à se débarrasser de son préjugé,ce minimum d'attention lui aurait permis de se reconnecter avec ses savoirs médicaux, une analyse de sang, aurait peut-être épargné à ce patient 15 jours de souffrance.

Bien-sûr, après, ce qui vient compliquer les choses dans la relation, ce qui rend la prise en charge bien plus complexe, c'est le transfert du patient. Mais c'est ensuite. Le vieux monsieur, en demandant des soins, vient avec une quête de l'ordre soit de lasollicitation, de la supplique ou bien de l'ordre de la revendication, de l'exigence. Dans ce cas, il y avait un peu des deux : « J'ai mal, faites quelque chose » (ce qui est plutôt une requête)et en même temps :« donnez-moi de la morphine »(qui est de l'ordre de lasommation ou de l'injonction).

Puis dans ce cas, malgré la douleur qui devait être intense,- nous le présumons à postériori- nous voyons que le patient se soumet pourtant au verdict du médecin. Dès qu'il y a demande de soin, le patient se trouve dans une position qui est celle d'un enfant en face d'un adulte.Le Dr Balint va même jusqu'à dire que dans une relation soignant soigné, il y a nécessairement une régression vers l'amour primaire avec parfois des demandes excessives, soit trop accaparantes, soit trop détachées. Nous avons à ce niveau-là,en tant que généralistes,une longueur d'avance par rapport aux spécialistes. Parce que nous suivons les patients dans la durée, nous connaissons déjà en partie son transfert, même si cela se passe à notre insu, sans trop le réaliser. Toute réflexion et une meilleure conscience de ce qui se passe dans la relation ne peut être que bénéfique, ne jamais s'en occuper peut jouer en notre défaveur.

Nous allons poursuivre notre exposé en tordant le cou à un des présupposés fréquents : ce n'est pas parce qu'on est vieux qu'on ne veut pas sortir d'une mauvaise passe. Nous avions demandé à notre plusancien balintien, 54 ans de médecine et toujours actif,de se charger d'introduirenotre journée du premier décembre. Le docteur Christian Picardamis en vers une fable de Baden Powell, que je vous récite.

<u>La crème et la grenouille.</u>

Deux grenouilles, sautillant trop haut,
Par mégarde, avaient chu dans un seau De crème fraîche à demi rempli.
Sauter pour s'en sortir, sans point d'appui ?
Impossible. Saisir le bord et se hisser ?
Hors de portée, il n'y faut plus penser.
Elles nagent bravement pourtant.

Hélas, après quelques instants,
La première, découragée, soupire :
« J'en ai assez ». Elle coule et elle expire.
La deuxième, plus volontaire,
Bat la crème d'une patte altière.

Et le miracle se produit :
Une motte de beurre surgit.
La mignonne y monte, saute et s 'enfuit.
C'est ainsi que l'histoire finit.

Et voilà…
Restons-en là.

De mes propos, en l'occurrence,
Tirez vous-mêmes les conclusions.
Moi, je vous tire ma révérence.
Grand merci de votre attention.

Dans un premier temps, ce message m'a laissé perplexe.Puis j'ai compris que ce n'est pas parce qu'on est plus âgé qu'on n'a pas envie de s'en sortir, mais aussi quepeut-être la façon d'émerger,mais aussi de soigner n'est pas la mêmeet demande plus de créativité et beaucoup de persévérance. Dans le premier cas présenté, il n'y avaitpeut-être pas lieu de guérir mais au moins de soulager.

Nous nous heurtons donc à un problème non négligeable, que nous pourrions qualifier de raciste : être vieux, en effet, c'est comme être noir ou roux.C'est une étiquette que l'on plaque sur la façade de la relation, tellement cela saute aux yeux. N'être que cela est vraiment réducteur. Le Dr. Jean-François Coudreuse, gérontologue à La Rochelle en France, présent à notre colloque,dit ceci au sujet du temps qui passe, je le cite: « (…)Je pourrais revenir dans 10 ou 15 ans, avec un texte identique à celui d'aujourd'hui, et pourtant vous n'entendriez pas le même message, vous entendriez ce que vous verriez de mon apparence: C'EST CELA que les personnes âgées ont à vivre au quotidien du regard de l'autre; un regard, une oreille qui sait d'avance, qui met à distance (radotage!), pour éviter de ressentir que cet AUTRE, devant soi, plus âgé que soi, c'est SOI ...demain ou après-demain, selon son âge, ou selon l'âge que l'on s'imagine. »

Il donne en exemple une parole d'un de ses patient : « Monsieur Florimond marmonne: «Je suis un ancien jeune; c'est terrible, docteur, d'être jeune et que ça ne se voit plus ». Comme le dit si bienle chat de Geluck: « Etre vieux, c'est être jeune depuis plus longtemps que les autres »

Une autre discrimination vient de la question, je cite, «…De quelles personnes âgées allons-nous parler? C'est une difficulté de parler à la fois des 60 et des 100 ans; ils sont les enfants voire les petits enfants les uns des autres, 2 voire 3 générations… » Alors vieux ? Tous ?

L'autre apparait dans toute sa splendeur et l'Autre, nous savons bien que c'est le levier même du racisme. L'Autre, c'est bien toujours notre problème. Méfions-nous :le sujet âgé

risque de n'être plus qu'un vieux, presque mort, presque plus rien. La personneen elle-même et toute sa richessepourrait passer à la trappe avec de telles pensées stéréotypées. Chacune d'elle,vu l'âge, a pourtant forcément beaucoup vécu. Elle a accumulé des connaissances, a aimé aussi, a éprouvé toutes sortes de joies, a subi de nombreuses épreuves et a surmonté pas mal de deuils.

Sortir du racisme, c'est d'abord se mettre en mouvement vers l'autre, c'est comprendre qu'il ne faut pas réduire le vieux à sa vieillesse,et en même tempsc'estaccepter qu'il est différent de par son âge.« NearlyNew Care » peuts'entendre ici comme un tout autre soin.

Je vais vous rapporter maintenant un extrait d'une expérience de généraliste, où l'on mesure, comme vous le savez, à quel point la conduite de la médecine s'enchevêtre avec bien d'autres aspects de la vie.

Le docteur Fléchet, vice-président de la SBB, présent dans cette salle, se prépare doucement à prendre sa pension, il nous donne un témoignage émouvant de ce que peut être en vérité la relation d'un médecin de famille avec son patient.Quand il nous parle de Régina, essayons d'y repérer les mouvements de transfert et de contre transfert.

« Régina :

Fille d'immigré Italien de première génération, elle était veuve depuis quelques années lorsqu'elle s'est décidée, à 81 ans, sur les conseils de ses enfants à se choisir un médecin traitant. Ayant connu peu de problèmes de santé, elle avait pu compter sur la sollicitude de son fils, médecin du travail et de son beau-fils, médecin généraliste. Je suis donc devenuson premier vrai médecin-traitant depuis longtemps, lorsqu'elle a quitté l'hôpital après la mise au point d'une artérite temporale. Et je l'accompagne depuis le vrai début de sa vieillesse. En 6 ans, nous avons tissé une relation déjà bien solide ; elle m'a raconté sa vie en épisodes, la fierté et l'intérêt pour ses enfants, ses soucis pour ses petits-enfants ; j'étais là pour gérer son hospitalisation lorsqu'elle est entrée en sub-occlusion, je l'ai guidée vers le dermatologue qui vient de lui enlever le baso de la joue. C'est une patiente attachante, … je l'aime bien ; parfois, je ressens un peu d'irritation car elle comprend moins vite, pose plusieurs fois les mêmes questions.

Elle vieillit, n'est plus sûre de vouloir continuer à vivre seule et elle va peut-être accepter la proposition de sa fille de l'accueillir définitivement chez elle, à 70 km, trop loin pour moi. Elle me l'annonce avec ménagement et ce n'est peut-être pas pour tout de suite. Quand cela se passera, nous serons tristes, elle et moi. (…)

Le docteur Fléchet continue :

Oui, je serai triste … et aussi soulagé car j'échapperai à son déclin. J'ai senti mon irritation naissante face à elle, que vais-je en faire ? Serai-je capable de rester bienveillant envers elle, que j'avais peut-être idéalisée ? Dans mon fantasme, n'était-elle pas destinée à vaincre la

vieillesse et la mort ? Me montrer la voie à suivre. Il est piquant de constater que je suis devenu son médecin au moment où ma propre mère, du même âge qu'elle, amorçait son déclin terminal.(…)

Régina pourrait s'éloigner de moi, mais se rapprocher de ses enfants ; il n'y a pas là de quoi s'indigner. Cela sera sans doute un choix difficile pour elle ; (…) mais j'ai la vanité de croire que la relation que nous avons tissée en 6 années de rencontres mensuelles et de petites épreuves partagées a aussi une vraie valeur. » Fin de citation. Merci Jean.

Nous voyons dans ce témoignage que les différents transferts et contre-transferts n'ont pas empêché une relation de soin d'être harmonieuse et humaine.Le médecin se retrouve dans une période où sa propre mère décline et où la fin de sa carrière approche, il se demande comment il va pouvoir bien vieillir.Cela ne peut qu'influencer son contre-transfert. Et nous ressentons bien qu'il a du mal à se détacherd'autant plus que la patiente le ménage un peu comme si c'était son fils. Ce transfert vient compliquer le positionnement du médecin.

Notre regard sur l'autre se transforme quand nous-mêmes vieillissons.

En un premier temps, nous avons une fâcheuse tendance à dénier ce vieillissement. Ce n'est qu'ensuite qu'arrive le moment où nous ne pouvons plus faire autrement que de l'accepter.

Parlons d'abord du déni. J'ai un patient toujours un peu anxieux, André 78 ans, qui m'accueille à chaque fois avec la phrase : « Rien de neuf dans le village ? » sous-entendant : « Pas de nouveaux décès ? » Et puis, presqu'à chaque fois, il poursuit : « Vous savez bien Docteur, en définitive on est à peu près presque tous mortels… mais s'il y a une exception, je crois bien que ce sera moi».Alors j'entends derrière moile petit rire de sa femme,dans une jouissante moquerie.Nous rigolons ensemble, puis nous nous occupons sérieusement de sa santé.

Le Dr Coudreuse, gérontologue,se demande: « A partir de quand vieillit-on? »Il se pose la question :« Est-ce que même les vieux seraient dans le déni du temps qui passe? ». Il en donne quelques exemples savoureux : « A son arrivée en long séjour, Monsieur Elphège s'effondre: « Mais c'est une maison pour y mettre mes grands-parents! »Un peu plus délirante et pour confirmer que ce n'est vraiment pas simple. Madame Augustine lui dit: « Ma grand-mère est morte à 100 ans; c'était ça les jeunes : autrefois ils mouraient à 100 ans…».MadameBaptistine se désespère : « Regardez docteur, ils sont vieux alors qu'ils ont mon âge », signifiant qu'à l'évidence, le vieux c'est toujours l'autre, et que ce qui vieillit en soi peut toujours attendre tant qu'il est possible de ne pas l'entendre.

C'est à tout âge que l'on dénie le temps,comme si l'on restaitl'enfant qui affirme qu'un jour il sera vieux ……dans 1000 ans.Il est vrai que notre rapport au temps est complexe puisqu'il ne respecte pas la durée réelle:« L'inconscient ignore le temps » a insisté Freuddans « L'homme au loup »et...Monsieur Théodore s'en plaint: « Je me suis retrouvé tout d'un coup à 80 ans, j'ai pas vu venir »; et puis, il y a la qualité du temps décrit parPrévert: « Des milliers et des

milliers d'années ne sauraient suffire pour dire la petite seconde d'éternité où tu m'as embrassé un matin au parc Montsouris à Paris sur la terre ... ». Et enfin, nous sommes aussi faits de plusieurs temps de notre histoire; je m'explique!, nous dit le Dr Coudreuse : « Quand je demande :« Quel âge avez-vous madame Emilie?», elle répond :« ça dépend!, ça dépend de ce que je suis en train de faire, de vivre; ça dépend, au moment où vous me le demandez, de mon moral, de mes douleurs ... Ça dépend!, je n'ai pas toujours le même âge ... si je souffre, si j'ai du chagrin, si je rêve, si j'espère ou si je bricole ».

Mais alors à quel âge vient la conscience de l'âge?

À quel âge est-on âgé ...ou d'un certain âge?..., se demande-t-il et il répond : « La prise de conscience du vieillissement me paraît le plus souvent brutale; c'est presque toujours un coup ...de vieux, un coup de réalité! » Effectivement devant un coup dur de la vie, ne dit-on pas : « J'ai pris un coup de vieux » ?

Nous prenons un coup de vieux quand soudain nous réalisons que nous n'aurons plus le temps d'accomplir tous nos rêves. Jusque-là nous avions l'illusion qu'un jour prochain nous y arriverions puis, à l'instant, nous concevons qu'il n'en est rien. Notre regard sur le vieux change, juste un peu, parce que nous sommes un peu plus proches de lui. Le contre transfert aussia changé, il n'est pas nécessaire d'en dire quelque chose. Nous ne soignons plus les gens âgés quand nous avons 50 ans comme nous le faisions à 30 ans. Parfois notre contre-transfert se modifie malgré nous parce que nous comprenons l'autre de l'intérieur mais cela n'est pas une condition nécessaire. Notre rôle de médecin est de comprendre l'autre, scientifiquementet humainement parlant(la médecine reste une science humaine), être au courant de ce qui se passe dans le corps et savoir s'informer. C'est le b.a.ba de notre art médical, faut-il le répéter ? Il y a lieu de commencer par cela. L'essentiel de notre contre-transfert médical est dans cette approche du savoir, de l'intérêt que l'on accorde à l'autre et également de la façon dont on aborde et comprend le transfert du patient. C'est l'ensemble de tout celaqui va guider notre attitude professionnellemême si cela ne transforme pas notre vie intime.

Nicole Hutse (psychologue) nous a entretenus sur ce qu'est le vieillissement psychique:

*« A l'origine, nous nous comportons comme si nous étions immortels, c'est le fantasme d'éternité. Jusque-là nous pouvions faire comme si la mort était affaire d'accident ou de maladie ou de mauvais sort ou de malheur plus ou moins mérité. Le vieillissement commence, dit-elle, au moment où le fantasme d'éternité, qui consiste à penser que la mort ne nous menace pas vraiment, rencontre une limite jusque- là ignorée par la libido, lorsque ce fantasme est mis à mal par l'apparition d'un fléchissement durable, que ce fléchissement soit une baisse de séduction chez la femme ou une réduction de puissance chez l'homme. Il s'agit d'une véritable crise de type dépressive.»*Fin de citation.

Le bien vieillir devant ce deuil, cette castration ultime si l'on peut dire, est de pouvoir réinvestir l'instant présent et, dans une authentique forme de maturation,relancer une nouvelle fécondité créatrice à la mesure des moyens restants.

A l'inverse, le vieillissement psychique pathologique découle de l'incapacité du sujet à réélaborer son complexe de castration, c'est la dépression qui domine le tableau avec l'incapacité à créer du neuf.

En conclusion :

Il y a des vieilles voitures qui ont un charme particulier et de vieux conducteurs qui parviennent à profiter du voyage. Cela n'empêche que ces carrosseries demandent encore plus d'entretien, un bichonnage de tous les instants et que, lors de la conduite, les changements de vitesse et les moteursréclament encore plus de délicatesse, de souplesse et d'attention : 20% des admissions à l'hôpital des gens de 80 ans sont liées à des effets secondaires ou à des interactions entre les médicaments.

Dans son livre «Mon dernier cheveu noir »,Jean-Louis Fournier, écrivain, exprime que mourir n'est peut-être pas la plus grande inquiétude du vieux: « Quand on apeur de mourir, on peut appeler plein de gens, ses amis et même son médecin; maisquand on a peur de vivre, on appelle qui? ».

A 'Nearly New Care' est une proposition de soin orienté, non pas vers du toujours neuf,mais vers une réutilisation intelligente de ce qui reste, permettant à la personne âgée d'oser reprendre sa voiture, sa vie avec toute la créativité de l'instant et toutes les précautions nécessaires dues à son état. Parfois la dépression domine et la grenouille coule; parfois, malgré le peu de vie qui reste, avec beaucoup de bonne volonté et les inattendus offerts par la nature, le paysage peut encore être beau et plein de promesses.