



UFR de Lettres Langues et Sciences Humaines  
Département de psychologie.  
Unité de recherche CLiPsy

Master 1 PPCP  
Mention Psychologie, Psychopathologie Clinique Psychanalytique  
Unité de recherche CLiPsy

### MÉMOIRE DE RECHERCHE

La majoration des enjeux liés à l'autorité et au narcissisme dans le vieillissement.

*Étude du fonctionnement limite de Madame B.*

*Présenté par*

**Laurine Leplat**

Sous la direction de  
**Franck Rexand-Galais**



**ANGERS, JUIN 2024**



UFR de Lettres Langues et Sciences Humaines  
Département de psychologie.  
Unité de recherche CLiPsy

Master 1 PPCP  
Mention Psychologie, Psychopathologie Clinique Psychanalytique  
Unité de recherche CLiPsy

### MÉMOIRE DE RECHERCHE

La majoration des enjeux liés à l'autorité et au narcissisme dans le vieillissement.

*Étude du fonctionnement limite de Madame B.*

*Présenté par*

**Laurine Leplat**

**Sous la direction de**  
**Franck Rexand-Galais**



**ANGERS, JUIN 2024**



## **Remerciements**

*Je tiens à remercier,*

*Madame B. pour son temps et sans qui ce travail n'aurait pas pu avoir lieu*

*Ma tutrice de stage ainsi que l'ensemble des professionnels de l'EHPAD, pour leur disponibilité, leurs conseils et le partage de leurs expériences, qui ont nourri mes réflexions.*

*Monsieur Rexand-Galais, directeur de mon mémoire, pour son écoute, son accompagnement et ses suggestions qui ont guidé ma production.*

*Mes camarades et mes proches pour leur soutien et leurs encouragements.*



#### ENGAGEMENT DE NON PLAGIAT

Je, soussignée Leplat Laurine déclare être pleinement consciente que le plagiat de documents ou d'une partie d'un document publiés sur toutes formes de support, y compris l'internet, constitue une violation des droits d'auteur ainsi qu'une fraude caractérisée. En conséquence, je m'engage à citer toutes les sources que j'ai utilisées pour écrire ce rapport ou mémoire.

Signature :

CRITÉRES DE RECEVABILITÉ DÉPÔT DU MÉMOIRE	Cochage
1.Document écrit composé de <b>40</b> pages ( hors annexes, bibliographie et plan)`	✗
2.Document, reliure à dos collé ou spirales (pas de baguette, pas d'agrafe), remis en deux exemplaires papier à la scolarité.	✗
3.Respect strict du modèle de couverture, page cartonnée ou transparent ( <b>cf : annexe 1</b> )	✗
4.Première page à l'intérieur du mémoire (page de garde) à l'identique du texte de la page de couverture	✗
5.Page blanche après la page de garde pour les annotations du jury	✗
6.Page éventuelle de dédicaces et/ou remerciements brefs (Facultatif)	✗
7.Engagement de non-plagiat avec signature de l'étudiant.e	✗
8. Grille d'auto-évaluation de recevabilité pour dépôt du mémoire	✗
9.Sommaire avec plan détaillé du mémoire et indication des pages (Introduction, différentes parties, chapitres, et sous-chapitres, conclusion, bibliographie et éventuellement annexes)	✗
10.Police Times New Roman, taille 12, interligne 1,5	✗
11.Marges haut-bas : 2,5 cm, gauche-droite : 2,5 cm	✗
12.Introduction avec début de la pagination (numérotation en chiffre arabe, en bas à droite)	✗
13.En fin de chaque partie de mémoire, page de synthèse de la partie (encadré au maximum d'1/2 page)	✗
14.Une Bibliographie homogène aux normes APA version 6.	✗
15.Annexes avec pagination autonome, répertoriée et présentée en première page des annexes. Les annexes peuvent être intégrées au mémoire ou présentées dans un document différent pour des raisons de confidentialité, si diffusion.	✗
16. <b>Au dos du mémoire</b> , sur la quatrième de couverture, présenter le titre du mémoire, un résumé (une dizaine de lignes) et 5 mots-clés, en français et en anglais	✗
17. <b>Le contenu du document</b> : présence dans le mémoire, des éléments suivants : -Plan, Introduction -Une revue de littérature -Une présentation de la méthodologie -Une présentation des éléments cliniques -Quelques lignes de réflexion sur l'implication personnelle (éléments transféro/contre-transféro) -Une problématique avec une question-problème ciblée et mise en évidence en gras. -Une analyse théorico-clinique et discussion à visée de généralisation -Une conclusion -Une bibliographie (avec au moins 15 références : articles et ouvrages) -Annexes éventuelles	✗

# **Sommaire**

<b>Introduction.....</b>	<b>1</b>
<b>I. REVUE DE LA LITTÉRATURE.....</b>	<b>4</b>
1. L'angoisse de mort dans le vieillissement .....	4
2. La crise du vieillissement .....	5
3. Les remaniements engagés dans le vieillissement.....	6
3. 1. Remaniements narcissiques et objectaux.....	6
3. 2. Remaniements de l'autorité .....	9
4. Les spécificités de la personnalité limite dans le vieillissement .....	10
5. Le couple et le deuil .....	12
<b>II. MÉTHODE DE RECHERCHE .....</b>	<b>14</b>
1. La population étudiée.....	14
2. La méthode de recueil des données cliniques.....	14
3. La méthode choisie de traitement des données .....	15
4. Les conditions de passation et les outils utilisés.....	16
<b>III. LES DONNÉES ET LA PROBLÉMATIQUE CLINIQUE .....</b>	<b>18</b>
1. Anamnèse.....	18
2. Les entretiens cliniques.....	19
2. 1. Premier entretien .....	19
2. 2. Deuxième entretien .....	20
2. 3. Troisième entretien.....	20
2. 4. Quatrième entretien.....	22
2. 5. Cinquième entretien .....	23
2. 6. Sixième entretien.....	24
2. 7. Septième entretien .....	25
2. 8. Huitième entretien .....	26
3. Éléments transféro-contre-transférentiel et évolution des questionnements.....	27

<b>IV. ANALYSE THEORICO-CLINIQUE.....</b>	<b>29</b>
1. Hypothèse d'un fonctionnement limite.....	29
1. 1. Observations cliniques .....	29
1. 2. Psychogenèse.....	30
1. 2. 1. Défaillances des relations précoce.....	30
1. 2. 2. Autorité dysfonctionnelle : forme abusive .....	31
2. La perte du mari, perte du support narcissique .....	33
3. Les défenses de Madame B. contre les attaques du vieillissement.....	34
3. 1. Madame B. face à l'angoisse de perte .....	34
3. 2. Une quête narcissique.....	36
<b>Conclusion .....</b>	<b>38</b>
<b>Bibliographie .....</b>	<b>41</b>

# Introduction

Ce travail de recherche s'appuie sur mon stage de première année de Master, au sein d'un EHPAD<sup>1</sup>. La structure, initialement un hôpital hospice destiné à l'accueil les pauvres et les indigents, a assez rapidement évolué vers la prise en charge des personnes âgées. En 1985, elle est officiellement transformée en maison de retraite. L'établissement s'implante dans un milieu rural où la majorité des résidents sont originaires des communes avoisinantes. Aujourd'hui, il s'est agrandi et dispose de cent-dix chambres individuelles d'hébergement à temps complet, dont vingt-deux au sein d'un service spécifique UPAD<sup>2</sup>. À cela, s'ajoutent deux chambres d'hébergement temporaire et six places d'accueil de jour. Les services s'organisent sur trois niveaux et chaque étage est pris en charge par une équipe soignante qui se compose d'aides-soignantes (AS), d'infirmières et d'agents de service hospitalier (ASH). L'équipe thérapeutique regroupe également une psychologue, une ergothérapeute, une diététicienne, une orthophoniste et trois animatrices.

En plus de fournir aux résidents des soins médicaux et paramédicaux adaptés à leur état de santé, l'établissement s'engage à préserver au maximum leur autonomie. Beaucoup de résidents intègrent un EHPAD suite à la dégradation soudaine de leur état de santé. Dans ces situations, le maintien à domicile devient difficile, poussant les aidants à se tourner vers une aide extérieure. L'établissement propose des accueils de jour qui permettent de relayer les proches épuisés. Cependant, il s'agit d'une alternative temporaire. À terme, une entrée en EHPAD s'impose, et elle est souvent très mal vécue. En revanche, elle semble être mieux acceptée lorsqu'elle fait suite à une demande personnelle. Par exemple, certains sollicitent un hébergement pour échapper à l'isolement et retrouver du lien social. Dans cette mesure, chaque suivi requiert un accompagnement particulier qui tient compte de l'histoire, des besoins et des demandes des résidents. Ainsi, pour répondre au mieux à la subjectivité de chacun, des projets personnalisés sont réalisés avec eux. Cette initiative permet de leur redonner une place plus active. En effet, le règlement intérieur de l'établissement place le droit au libre choix au cœur de ses préoccupations. L'éthique revêt une importance capitale en EHPAD, particulièrement depuis le scandale impliquant le groupe Orpea en 2022. Ainsi, les professionnels s'appuient

---

<sup>1</sup> EHPAD : Etablissement d'Hébergement pour Personnes Âgées

<sup>2</sup> UPAD : Unité pour Personnes Âgées Désorientées

souvent sur des dispositifs externes comme des comités éthiques et des équipes mobiles de prévention du suicide (EMPS) pour les conseiller sur des situations délicates.

J'ai eu la chance d'être présente au sein de l'EHPAD de novembre à mai. Cette vaste période m'a permis de me familiariser avec le milieu institutionnel et la clinique du sujet âgé, qui m'étaient jusqu'alors inconnus. Il s'agit d'une clinique distincte qui fait intervenir de nombreux mouvements psychiques. Cette population semble être la plus en proie à subir des pertes diverses (baisse des facultés physiques et cognitives, handicaps, deuils, statut social...) qui impliquent de nouveaux investissements et désinvestissements. La mort est au centre de tous les sujets de discussion. J'ai été frappée par la souffrance partagée par l'ensemble des résidents. Beaucoup souffrent d'anxiété et de dépression. Par conséquent, pour tenter de les soulager, la psychologue propose une écoute attentive et bienveillante qui offre la possibilité aux résidents de s'exprimer. La récurrence des rencontres permet aussi d'apporter de la contenance et de soutenir leurs angoisses. L'accompagnement doit être permanent et ne s'exerce pas seulement à travers les entretiens individuels, mais aussi dans les moments du quotidien. La collaboration avec l'ensemble de l'équipe soignante est donc essentielle. J'ai pu l'observer à travers mes sept mois de stage. Personnellement, je suis intervenue auprès de cette population à travers des entretiens individuels, des groupes de paroles, des animations et des rencontres plus informelles. En parallèle, un travail est aussi engagé avec les proches des résidents par le biais d'entretiens familiaux. Toutes ces expériences m'ont questionnée quant aux enjeux et aux spécificités du vieillissement. Je me suis également interrogée quant au milieu institutionnel de l'EHPAD et aux mouvements sociaux qu'il engage. Comme spécifiée précédemment, la communication est grandement encouragée au sein de cette équipe pluridisciplinaire, et cela, dans l'intérêt de la prise en charge des résidents. Les échanges sont assurés quotidiennement, à travers des transmissions et des réunions auxquelles j'ai pu assister. C'est par ailleurs à travers elles que j'ai pris connaissance de la situation clinique qui fera l'objet de ce travail.

Quelques semaines après mon arrivée, des soignantes demandent une consultation psychologique pour Madame B., une résidente de l'EHPAD, qui semble manifester des désirs de mort depuis le décès d'une autre résidente. L'équipe est particulièrement inquiète puisque Madame B. est suivie pour des troubles anxiо-dépressifs depuis son entrée, il y a huit ans. Ma tutrice de stage, la connaissant bien, me propose de réaliser avec elle l'entretien. Elle m'explique qu'il s'agit d'une dame très singulière et que cette rencontre clinique pourrait beaucoup m'apporter.

De cette manière, l'entretien met en évidence la nécessité chez Madame B., de bénéficier d'un suivi régulier, lequel, nous convenons, que j'assurerai. Ce n'est qu'après plusieurs rencontres que je saisis cette particularité, qui au premier abord ne m'avait pas frappée. En effet, la souffrance de Madame B. s'inscrivait dans ce que j'avais pu observer auprès des autres résidents. Cependant, après quelques rencontres supplémentaires, j'ai réalisé que cette douleur cachait un caractère chronique, que je ne parvenais pas à comprendre. Cela s'exprimait, notamment, à travers la question du deuil qui semblait être impossible pour Madame B. Par ailleurs, l'analyse de ces ressentis et les discussions avec ma tutrice ainsi que les soignants ont permis de mettre en évidence le fonctionnement particulier de Madame B., souvent décrite comme « bizarre » et rigide. De plus, son souci presque excessif pour les normes sociales et le règlement m'a questionnée sur ses rapports à l'autorité. J'étais, initialement, effrayée de prendre en charge le cas de Madame B, car je ne me sentais pas légitime ni assez expérimentée. Cependant, ces interrogations m'ont poussée à rechercher davantage et m'ont encouragée à approfondir mes connaissances sur la clinique des personnes âgées. Ainsi, ce travail de recherche va tenter à travers les apports théoriques de ces dernières années et la lecture du cas clinique de Madame B. de lier ces questionnements, et de faire émerger une réflexion.

# I. REVUE DE LA LITTÉRATURE

## 1. L'angoisse de mort dans le vieillissement

Le vieillissement est un sujet qui, depuis longtemps, questionne et effraie. Legrand (1997) montrait déjà, dans la population, une prédominance des images négatives associées à la sénescence. Le vieillissement peut être directement observable, par soi et par les autres, à travers des marques visibles sur le corps, tels que les rides, le relâchement cutané, les taches de vieillesse, la perte de poids et de tonus musculaire... Tous ces signes sont, pour la majorité, rejetés au profit, par exemple, de la chirurgie esthétique ou de médicaments anti-âge. Il y a une « véritable tyrannie du bien vieillir » qui vise à « ne laisser paraître aucun signe de ce vieillissement » (Talpin, 2014, p. 39). Ce rejet s'explique notamment à travers l'angoisse de mort qui est présente chez tous. En mettant à distance les marques de vieillesse, on tente de nous éloigner de notre propre vieillissement et des angoisses qui en découlent. Bacqué (2014) explique que l'angoisse de mort renvoie à un temps de solitude, seul face à la mort. Bien que présente chez tous, elle se révèle dans des périodes de vulnérabilité psychique. Selon elle, l'angoisse peut survenir selon trois possibilités. Elle peut être réactivée suite au débordement des défenses, réapparaître à l'arrêt de traitements qui la contenait jusqu'alors ou émerger à la suite du décès d'un proche comme un partenaire amoureux. C'est une angoisse associée à la question de la perte et qui correspond à un effondrement du Surmoi protecteur (Bacqué, 2014).

Le sujet vieillissant subit de nombreuses pertes et parmi elles, la dégénérescence biologique du corps est très redoutée. Elle impacte la qualité des performances et engage des modifications fonctionnelles (sensorielles, motrices, cognitives...) qui limitent le sujet âgé dans ses mouvements, qu'autrefois, il maîtrisait. Ces pertes vont mobiliser une dépendance accrue à l'environnement. Cet état renvoie au concept d'*Hilflosigkeit* introduit par Freud, traduit en français comme la désaide. Il s'agit d'un état où prime un sentiment de détresse face à la crainte d'une chute sans fin, de l'abandon et de la solitude. Les personnes âgées se trouvent « réduites à l'état de détresse infantile » (Bertrand, 2024, p. 215). Cela va au-delà de la dépendance. Il est étroitement lié à la perte d'autonomie, un concept crucial de la clinique de l'âgé. Des défenses vont se mettre en place pour faire face à l'angoisse en se positionnant du côté du narcissisme et parfois du sexuel. Dans le vieillissement pathologique, ce processus est accéléré. Les troubles neurodégénératifs comme d'Alzheimer ou la Parkinson vont être particulièrement appréhendés. Il y a dans la démence, l'idée d'une première mort. Le sujet voit peu à peu disparaître ses

souvenirs, ce qui constitue son identité et perd le contrôle sur la médiation de son monde interne et externe (Anzieu, 1985). Dans la clinique, cette angoisse de perte fait partie des principales préoccupations des personnes âgées, qui expriment régulièrement « ne pas vouloir perdre la tête ». Cette angoisse universelle et consciente de la mort (Quinodoz, 2008) va favoriser la crainte du vieillissement, perçu comme un compte à rebours marquant la transition entre la vie et la mort. Et, par cette idée d'« anti-âge » va préexister un fantasme d'« anti-mort », tentant de mettre à distance et de ralentir l'inévitable action du temps. Une tentative de reprise de contrôle à travers un « fantasme d'immortalité » (Polard, 2014, p. 303).

## **2. La crise du vieillissement**

Si la vieillesse est souvent très mal vécue et rejetée, c'est aussi car il s'agit d'un état relativement instable, gouverné par de multiples réaménagements et pertes, qui viennent rompre avec « l'équilibre antérieurement acquis » (Talpin & Racin, 2023, p. 53) et qui vont remanier les rapports du sujet avec son monde interne et externe (Charazac, 2020). Certains auteurs s'accordent à penser que l'entrée dans la vieillesse constitue « une nouvelle crise existentielle » (Coudreuse, 2003, p. 45) qui remet en jeu l'organisation psychique du sujet âgé. Si la vieillesse est définie comme le dernier état d'un être vivant, le vieillissement, lui, est un processus continu et progressif, qui débute très précocement et qui marque le passage entre la jeunesse et la vieillesse. C'est au cours de cette transition qu'un intense travail psychique est engagé. Cela peut, dans certains cas, permettre l'élaboration et le traitement de problématiques antérieures infantiles non résolues (Talpin & Racin, 2023). Cependant, cette crise représente, bien souvent, un risque accru de désorganisation pathologique avec de possibles décompensations sur un mode régressif. Le Goff et Rexand-Galais (2018) ont montré une fréquence importante, dans la clinique de l'âgé, de désorganisations vers un fonctionnement limite.

Parmi les troubles psychologiques les plus fréquents, la dépression figure certainement en première place. Sa sévérité et les risques suicidaires qu'elle engage sont souvent sous-estimés (Reiss, & Tishler, 2008). Balier (1979) s'est intéressé à la dépression chez les personnes âgées dans des situations de deuil et il a observé que dans certains cas, elle relevait de la normalité, tandis que dans d'autres, elle pouvait devenir chronique. Pour lui, cette distinction se fait dans la capacité du sujet à « faire un travail de deuil et de réinvestir de nouveaux objets » (Balier, 1979, p. 637). Cela ouvre la compréhension sur le vécu singulier du vieillissement avec l'idée

que « vieillir est surtout une expérience éminemment subjective qui problématise avec force la rencontre en chacun de la réalité externe et de sa réalité psychique » (Verdon, 2012, p. 27). On observe que les changements environnementaux majeurs qui se produisent dans le vieillissement, comme ici la perte d'une proche, viennent perturber l'équilibre interne, cependant, il existe chez chacun de nous des ressources psychiques singulières qui nous amènent à expérimenter ces temps de crise différemment (Verdon & Rexand-Galais, 2021). Ce qui va faire la différence, c'est la capacité d'adaptation du sujet. Cela est notamment déterminé par sa maturation œdipienne et la souplesse de ses investissements. Donc, bien que l'environnement soit un facteur dominant, la structure de la personnalité oriente aussi le devenir du sujet (Balier, 2007). Ainsi, « le vieillissement pathologique résulterait de modifications anormales, d'altérations, d'inadaptations, qui apparaîtraient au cours du temps, sur une ou plusieurs des composantes bio-psycho-sociales » (Tison, 2023, p. 7), faisant intervenir une résistance aux changements (Bacqué, 2014) face à « l'interaction de facteurs biologiques, corporels, psychiques et sociaux » (Charazac, 2020, p.7).

### **3. Les remaniements engagés dans le vieillissement.**

#### **3. 1. Remaniements narcissiques et objectaux**

Beaucoup d'auteurs rapprochent le vieillissement à la question du narcissisme, dans le sens où il peut être vécu comme « une véritable épreuve de dénarcissation » (Péruchon, 2013, p. 83). Pour eux, les changements biologiques (pertes cognitives, physiques) comme sociaux (perte du travail, statut social, deuil...) forment des « blessures narcissiques » (Balier, 1979, p. 636).

Le narcissisme est un concept fondamental, présent dès l'enfance, et qui se forme avec les premières relations avec la mère (Balier, 1979). Les travaux sur le vocabulaire psychanalytique de Laplanche et al. (1967) nous donnent une meilleure compréhension du narcissisme, officiellement introduit par Freud (1914). Il peut être défini comme l'investissement libidinal du sujet qui se prend lui-même comme objet. On parle de l'image de soi, que nous percevons de nous-même ou que les autres nous renvoient. Ce narcissisme est distingué en deux. En premier, on retrouve un narcissisme primaire, commun à tous et nécessaire pour le développement psychosexuel du sujet. Il se produit pendant l'enfance, avant que le sujet ne se tourne vers des objets extérieurs. Puis, il y a le narcissisme secondaire, qui implique un

mouvement de repli de la libido sur le sujet, qui se prend lui-même comme objet. Cela implique que la libido ait, précédemment, déjà pris un objet externe avant de se replier sur soi (Quinodoz, 2004). Ce phénomène de repli sur soi a pour objectif de retrouver de l'assurance, dans les objets internes, pour faire face aux exigences de la réalité externe (Chan, 2015). On retrouve aussi, chez Racamier (2010), une séduction narcissique primaire réciproque entre la mère et l'enfant, qui tente de prolonger le sentiment de complétude ressenti lors de la grossesse. Cette séduction vise un « protofantasme d'unisson et de toute-puissance » (Racamier, 2010, p. 7) et elle est particulièrement importante pour l'enfant qui dépend de son environnement. Par la suite, elle décroît progressivement pour permettre sa différenciation et la formation de son identité. Ce narcissisme va être alimenté par trois sources qui sont le narcissisme primaire, la satisfaction de la libido d'objet et la capacité de réalisation de l'Idéal du Moi (Balier, 1976).

Or, dans le vieillissement, le narcissisme est « mis à mal au moins dans deux de ses trois sources [...] tant d'un point de vue qualitatif que quantitatif » (Rexand-Galais, 2019, p. 101). Il va y avoir une réelle réorganisation économique, dynamique et topique (Racin et al., 2021). La première source touchée est l'Idéal du Moi. Il s'agit d'un concept officiellement introduit par Freud (1915) dans sa seconde topique. Il peut être défini comme « le substitut du narcissisme infantile perdu » (Dessuant, 2007, p. 89). Cette instance résulte de « la convergence du narcissisme et des idéalisations aux parents, à leurs substituts et aux idéaux collectifs » (Laplanche & al. 1967, p. 184). C'est un modèle auquel le sujet s'accroche tout au long de sa vie avec l'espoir illusoire de retrouver la satisfaction connue dans ses temps d'enfance. Il s'agit d'un concept orienté vers le devenir, or l'avenir ne peut plus être autant investi pour le sujet âgé qui se tourne le plus souvent vers le bilan de sa vie. Cet Idéal du Moi s'affaiblit face à la fin inévitable de leur vie (Péruchon, 2013). Racin et al. (2021) explique que l'Idéal du Moi va se heurter à la réalité, engendrant un vécu de castration. De plus, les nombreuses pertes, l'isolement ainsi que la stigmatisation de la société vont mener au déclin de la libido. Il va se former un déséquilibre dans la répartition des pulsions libidinales avec moins d'investissement vers l'extérieur (Le Goff & Rexand-Galais, 2018). En effet, « notre société met à l'écart la vieillesse, devenue objet de non-investissement voire de désinvestissement, asséchant ainsi chez l'âgé les possibilités de ressourcement en narcissisme secondaire » (Péruchon, 2013, p. 83). Il y a un relâchement des investissements (Verdon, 2013). Par ailleurs, les pulsions de vie vont également s'affaiblir laissant en majorité des pulsions de mort, ce qui renforce l'attaque du narcissisme et de l'estime de soi (Racin et al., 2021). Ainsi, seules les ressources issues du narcissisme primaire resteraient non affectées (Rexand-Galais, 2019). De cette manière, comme

le vieillissement impose des modifications profondes au narcissisme, le sujet est contraint d'en chercher ailleurs. Puisqu'il y a une diminution des investissements sexuels, cela va mobiliser « des déplacements des satisfactions libidinales » (Verdon, 2012, p. 34). Cela engage des replis régressifs et des dégagements sublimatoires. On retrouve souvent l'idéalisat ion d'un objet ou du passé en général. Ils s'imposent comme des alternatives à l'Idéal du moi et permettent de réalimenter le Moi en libido narcissique (Péruchon, 2013). Parfois, les objets externes deviennent des objets narcissiques hautement investis comme s'ils faisaient partie de la personne (Balier, 1976). Ainsi, la place de l'objet étayant est primordiale pour le sujet âgé, car il permet de réactiver le narcissisme secondaire.

Puisque le narcissisme sert de « défense protectrice vis-à-vis d'une éventuelle désorganisation » (Péruchon, 2013, p. 85), le vieillissement rend le sujet plus vulnérable aux pathologies. Ces modifications objectales vont directement impacter le Moi et favoriser les décompensations psychiques comme la dépression. Si le Moi est attaqué, cela suppose que le sentiment d'identité soit aussi impacté (Freud, 1923). En effet, il a été souligné que le « sentiment d'identité dépend de la solidité du narcissisme » (Balier, 1979, p. 635). Ainsi, le vieillissement vient remettre en cause l'identité même du sujet âgé. Toutes les modifications intervenant dans le vieillissement vont avoir une incidence sur la perception du « propre Moi » (Balier, 1979, p. 636) du sujet. En effet, il y a une effraction du sentiment de continuité d'existence associé à une perte de repère (Verdon, 2012). La métaphore du Moi-peau (Anzieu, 1985) met en avant cette idée, en liant la psyché au corporel. Elle suppose l'existence d'une enveloppe psychique qui permet, de par sa structure de filtrante, de contenir, au sein de soi, le contenu psychique comme les fantasmes. Ce Moi-peau est un moi primitif qui est constitué de plusieurs feuillets tournés vers soi et vers l'extérieur. Anzieu (1985) le décrit comme ayant de nombreuses fonctions telles que la maintenance et la soutenance psychique, le pare-excitation, l'individuation du soi, l'intersensorialité ou encore la recharge libidinale. Cette structure va s'affaiblir dans le vieillissement, ce qui va conduire à la diminution du sentiment de continuité corporelle (Péruchon, 2001). Cela s'explique notamment par la baisse de sensibilité sensorielle avec l'âge (baisse d'audition, de l'ouïe, de la vue, du toucher...), le déclin de la libido et la vulnérabilité psychique associée aux pertes de mémoire qui ne permettent plus de garder des traces. Ainsi, il va avoir un effacement progressif des limites entre le dedans et le dehors, avec la dominance d'une angoisse de perte face à l'échappement de contenu psychique (Péruchon, 2001). Dans ce cas, le Moi-peau n'assure plus sa fonction contenante et de pare-excitation. Dans cette grande confusion, les angoisses paranoïdes sont fréquentes et s'accompagnent d'impressions

d'intrusion. La perception de soi devient étrangère avec un corps changé fonctionnellement et physiquement. Messy (1992) affirme l'apparition d'un « Moi hideur » dans la vieillesse. Ce Moi est porteur des stigmates négatifs du vieillissement, ceux même véhiculés dans la société. Le corps défaillant est directement touché. Le sujet va devoir se réapproprier cette nouvelle image pour retrouver un équilibre et une union entre son corps et sa psyché. Le Goff & Rexand-Galais (2018) montrent que le travail peut s'avérer être un véritable support de l'identité. C'est notamment pour cette raison qu'on observe des mouvements de surinvestissement narcissique du travail dans la clinique de l'âgé.

### **3. 2. Remaniements de l'autorité**

Dans le langage courant, l'autorité est souvent associée au pouvoir ou à la capacité de commander, de faire obéir autrui. Cette autorité est exercée dans de nombreux domaines, mais elle d'autant plus visible dans la dimension éducative et familiale. Carel (2002) s'est beaucoup intéressé à ce concept et offre une définition assez complète de l'autorité qu'il décrit comme un processus avec « un mode de fonctionnement mental résultant et producteur de nombreuses opérations intrapsychiques et intersubjectives centrées sur la transmission-transformation du surmoi-idéal ; opération génératrice de croissance et/ou de souffrance psychique au sein du groupe famille actuel et générationnel, contextualisé par une communauté d'appartenance » (Carel, 2002, p.22). Ce processus d'autorité est décrit comme ayant trois fonctions majeures qui sont de proscrire (renoncement au pulsionnel), de prescrire (apporter des valeurs, idéaux à suivre) et d'autoriser, de manière raisonnable, ce qui est interdit (Carel, 2002). Cette autorité va être intérieurisée dans l'enfance, par le biais de l'identification aux parents. Freud (1923) décrit la formation progressive d'une instance surmoïque et d'un Idéal du Moi, se basant sur le modèle des figures parentales. Ce Surmoi, héritier des interdits et des normes parentales, va permettre, par ses fonctions d'autorité, d'offrir une bonne adaptabilité avec l'extérieur, en étant autant interdicteur que protecteur (Carel, 2002).

Néanmoins, il est possible que le processus d'autorité soit dysfonctionnel. On retrouve trois formes. La première est une forme abusive qui « transforme la séquence autorité-obéissance en un exercice de coexcitation sadomasochique à potentialité incestuelle. Elle impose des identifications aliénantes et une suspension du jugement » (Carel, 2022, p. 25). La seconde est une forme en insuffisance qui est « permissive, compréhensive, explicative » et qui « s'accompagne d'une accentuation de la séduction séductrice (et non pas séduisante) du parent

envers l'enfant pour le convaincre d'obéir » (Carel, 2022, p. 25). Et la dernière représente une forme combinée des deux. Dans cette mesure, « toute autorité parentale, contient structurellement la potentialité d'une dérive abusive qui aliène le sujet et dont les effets se perpétuent par le surmoi » (Carel, 2004, p. 97). Cela peut mener le sujet en grandissant à développer des comportements autopunitifs, avec un Surmoi excessivement castrateur.

Dans le cas du vieillissement, les différents remaniements vont modifier et parfois rompre l'équilibre établi entre le Surmoi et l'Idéal du Moi, ce qui suppose un potentiel dysfonctionnement de l'autorité. La médiation entre les contraintes externes et le Surmoi va être mise à mal par l'affaiblissement du narcissisme. Ainsi, il en résulte « une possible réactivation d'anciennes fixations, [...] le plus souvent une dépression narcissique » (Rexand-Galais, 2022, p. 110). Lorsque des personnes âgées entrent en EHPAD, elles doivent investir un nouveau lieu avec une équipe professionnelle reconnue et respectée par leur famille, qui leur reconnaît une autorité (Charazac, 2022). Il y a une délégation de l'autorité pour subvenir aux besoins de leur proche. On se trouve dans une situation similaire à la détresse infantile décrite à travers le concept de désaide. Les personnes âgées se retrouvent en situation de dépendance et « toute situation de dépendance est susceptible de réactiver chez le sujet ses représentations, ses traces liées à un vécu de passivité » (Talpin & Racin, 2023, p. 96). Ce remaniement de l'autorité va également impacter l'identité et les rapports aux autres, puisque « l'autorité à laquelle on s'identifie est alors à la fois soi et non soi, elle est marqueur des différences entre soi et l'autre » (Carel, 2002, p. 37).

#### **4. Les spécificités de la personnalité limite dans le vieillissement**

Comme l'explique Balier (1979), les structures de la personnalité sont des facteurs à prendre en compte dans la clinique du vieillissement et elles peuvent parfois s'avérer indispensables pour comprendre le vécu singulier d'une personne. Parmi elles, la personnalité limite fait particulièrement parler, longtemps laissée en dehors des nosographies. Bergeret (1975) l'avait initialement perçue comme un tronc commun aménagé, qu'il regroupait avec les pathologies narcissiques. À l'origine de cet aménagement serait un traumatisme désorganisateur. Aujourd'hui, ces états-limites sont considérés, par la plupart, comme une structure à part entière, à la frontière entre la névrose et la psychose (Estellon, 2023). Pour les sujets limites, le Surmoi est mal intégré, ce qui force l'Idéal du Moi à prendre le relai. Par ailleurs, le Moi est défini par son caractère anaclitique qui le rend dépendant aux autres et

notamment à l'objet d'amour (Bergeret, 1975). Gibeault (2012) dans un hommage à Janine Chasseguet-Smirgel reprend le concept de la maladie de l'idéalité. Cette maladie est décrite comme résultant d'un trop grand écart entre le Moi et l'Idéal du Moi. Ainsi, l'Idéal du Moi va s'autonomiser, devenant un Moi Idéal. L'appareil psychique va fonctionner de manière déliée avec beaucoup de rigidité. Normalement, « un Œdipe équilibré, sans excès idéologique ni clivage, est le fruit d'une conflictualité bien tempérée entre les différents fantasmes originaires du Surmoi et de l'Idéal du Moi » (Duparc, 2012, p.37). Cependant, dans le cas contraire, l'Idéal du Moi paraît inatteignable et cela engendre des mouvements dépressifs, qui vont pousser le sujet « à rechercher un idéal encore plus mégalomane et tyrannique » (Braconnier & Costantino, 2014, p. 48). Le sujet croit en un objet idéal, ce qui intensifie les mouvements persécuteurs à son égard, en réponse à son insatisfaction. Il va chercher à soutenir son estime de soi par l'idéalisat ion d'objets externes, d'un Moi Idéal extérieur (Gibeault, 2012). Il va alors exister un fantasme de fusion avec cet objet. Par ailleurs, certains pensent que « la vieillesse faisant trauma est une maladie d'idéalité parfois incurable » (Trouilloud, 2014, p. 157).

Les états-limite ont donc un Moi fragile. Anzieu (1985) explique que, dans leur cas, le Moi-peau est altéré. Les deux feuillets à la frontière prennent « la forme d'une bande de Moebius dans laquelle une même face doit assurer à la fois le versant interne et le versant externe de l'interface » (Roussillon, 2008, p. 96). La séparation entre les deux espaces est floue, ce qui peut amener au débordement ou à l'expulsion des affects qui ne se retrouvent plus contenus. Cela crée un vide intérieur qui devient la plainte essentielle des patients à moins que celui-ci puisse être comblé par la présence imaginaire d'un objet, d'un maître, d'un être idéal, d'un amour passion impossible ou une idéologie, qui lui permettrait de tenir (Anzieu, 1985). Associée à cette porosité des limites, l'angoisse est essentiellement dépressive liée à la perte d'objet, l'abandon et l'intrusion. L'objet est appréhendé de manière clivée en étant soit totalement bon soit radicalement mauvais (Bergeret, 1975). Pour lutter contre l'angoisse, le sujet va réactiver des mécanismes de défenses archaïques tels que le clivage, l'identification-projective, l'idéalisat ion d'objets, le déni ou encore l'omnipotence et la dévalorisation. Ces derniers cherchent notamment à reprendre le contrôle par la manipulation. On retrouve souvent des craintes paranoïdes et des mouvements dépressifs (Kernberg, 1979).

Dans cette mesure, la vieillesse semble être plus difficile pour les états-limites qui ont des imagos parentaux mal intégrés, ce qui ne leur permet pas de former leur identité sur une représentation positive de l'environnement (Balier, 1979). L'Idéal du Moi est moins maniable

et se dégèle plus difficilement du passé, ce qui les empêche de s'adapter et de faire face aux difficultés (Rexand-Galais, 2019). Le Moi déjà fragilisé, est nouvellement attaqué dans le vieillissement. Ainsi, il va s'observer « une augmentation des niveaux de dépressivité et de sensation de vide autant qu'une croissance des symptômes et plaintes somatiques » (Rexand-Galais, 2019, p. 103). Par ailleurs, comme l'explique Balier (1979), il y a un risque plus accru pour les sujets manifestant déjà des tendances dépressives au cours de leur vie d'en déclarer une fois âgés.

## 5. Le couple et le deuil

Charazac (2020) explique que dans les couples âgés, chaque partenaire prend l'autre comme objet narcissique, conduisant à un surinvestissement réciproque. Dans cette idée, la perte de l'autre conduirait à perdre « non seulement ses qualités mais aussi sa raison d'être » (Charazac, 2020, p. 146). Il existe une idéalisation commune qui peut être mise à mal notamment lorsque l'un des deux développe un vieillissement pathologique, les confrontant à la désillusion. Dans d'autres situations, le couple peut aussi être amené à se séparer à cause des remaniements psychiques amenés par le vieillissement, qui viennent remettre en jeu des événements traumatiques passés tel que le suicide d'un proche dans l'enfance ou la perte d'un enfant. Néanmoins, tous ces traumatismes se doivent « d'être ramenés à l'heure actuelle au trauma narcissique » (Péruchon, 2013, p. 82), qui prédomine dans le vieillissement. En plus de cette réactivation, « l'appauvrissement des interactions du couple », « la perte des idéaux communs » ainsi que le « désinvestissement du lien » (Charazac, 2020, p. 149) peuvent conduire à la séparation du couple.

Lorsqu'un des deux partenaires décède, il est fréquent que le travail de deuil soit impossible pour le conjoint restant. Ce deuil peut être comparé à celui d'un enfant et on observe souvent un « clivage entre la douleur de la solitude et l'illusion de la présence du disparu » (Charazac, 2020, p. 149). La difficulté du deuil est d'autant plus importante lorsque le partenaire disparu était investi comme un objet narcissique indispensable pour le Moi (Charazac, 2020). Dans ces relations duelles, « il est souvent problématique de distinguer "ce qui est à moi" de "ce qui est à toi" et de "ce qui est à nous" » (Estellon, 2023, p. 24). Son décès invoque « la perte d'une partie du Moi, celle de l'objet perdu intériorisé précisément, celui-là même qui nourrissait l'ego » (Péruchon, 2013, p. 82). Des mécanismes de défenses se mettent en place comme le déni et le clivage avant de, progressivement, laisser place à des défenses plus névrotiques comme

l'idéalisat<sup>ion</sup> nostalgique (Charazac, 2020). Pour que cela puisse avoir lieu, il faut que le sujet ait des « réserves narcissiques de bonne qualité » ou une « potentialité à les remobiliser » (Péruchon, 2013, p. 82) qui permettent de surmonter l'adversité. Ainsi « lorsque domine l'identification narcissique exclusive du moi avec l'objet perdu et mort, où la perte de l'objet entraîne la perte du moi, des états de souffrance dépressive mélancolique sont susceptibles de se déployer » (Verdon, 2012, p. 31). Cela peut mener à des mouvements autodestructeurs et va majorer les angoisses avec un sentiment de perte de contrôle.

**Synthèse :** L'ensemble de ces éléments théoriques met en lumière l'angoisse de mort (Bacqué, 2014) très présente dans le vieillissement. Celui-ci est porteur de nombreux stigmates négatifs qui alimentent l'apparition d'un « Moi hideur » (Messy, 1992) chez les sujets âgés. De nombreux remaniements et pertes (sensorielles, motrices, cognitives, sociales...) vont réactiver un sentiment de détresse infantile et fragiliser le narcissisme des personnes âgées (Balier, 1979), ainsi que leur sentiment d'identité à travers l'affaiblissement du Moi-peau (Anzieu, 1985). Ils vont invoquer une réorganisation économique, dynamique et topique (Racin et al., 2021), ce qui présente un risque accru de désorganisation pathologique. La perte d'un conjoint, bien souvent support narcissique dans le vieillissement (Charazac, 2020), peut être vecteur d'un effondrement dépressif. Cela s'observe d'autant plus chez les sujets qui ne disposent pas de ressources internes suffisantes pour s'adapter à l'environnement (Balier, 1979). On retrouve notamment les états-limites, caractérisés par une fragilité du Moi et un Surmoi mal intégré, ce qui les amènent à un fonctionnement en idéalité (Kernberg, 1979). Par ailleurs, l'autorité possède aussi une potentialité dysfonctionnelle avec la mise à mal de la médiation entre les contraintes externes et le Surmoi. De plus, le vieillissement et les contextes institutionnels comme l'EHPAD vont venir remanier et réactiver d'anciennes fixations (Rexand-Galais, 2022).

## **II. MÉTHODE DE RECHERCHE**

### **1. La population étudiée**

Les psychologues en EHPAD sont amenés à travailler aussi bien avec les résidents, qu'avec les familles et les équipes pluridisciplinaires. Il y a, au sein de l'institution, une multitude de relations qui s'entremêlent, formant ensemble ce que nous pourrions appeler une « microsociété » (Vincent, 2023, p. 31). De cette manière, il s'agit d'une clinique riche où règnent de nombreuses composantes intrapsychiques, intersubjectives et transsubjectives. Dans ce contexte, il est important d'être vigilant et de veiller au bien-être de chacun afin d'éviter un effet de contagion émotionnelle au sein de l'institution. Ainsi, j'ai eu l'occasion d'intervenir auprès de cette population lors d'entretiens cliniques individuels, de groupes de paroles, de formations, de réunions et de rencontres informelles.

Néanmoins, je me suis majoritairement entretenue avec des résidents, âgés de 63 à 98 ans. J'ai donc choisi pour ce travail de recherche de m'appuyer sur la clinique de Madame B, une femme âgée de 90 ans, qui réside depuis huit ans dans l'EHPAD. Elle manifeste depuis son entrée des troubles anxiо-dépressifs qui ont suscité de nombreux entretiens cliniques. Ces derniers se sont, néanmoins, espacés au cours des années et lors de mon stage, aucun suivi psychologique régulier n'était engagé. Ma rencontre avec Madame B. s'est ainsi faite avec la psychologue du service à la suite d'une demande des soignantes. Après quelques rencontres où Madame B. s'est montrée très réceptive à ma présence, nous avons convenu que j'entame avec elle un suivi thérapeutique.

### **2. La méthode de recueil des données cliniques**

Cette recherche utilise principalement une méthode clinique qui s'appuie sur l'entretien non-directif. Cette méthode permet de recueillir une multitude de données cliniques verbales et non-verbales. Par ailleurs, elle laisse une certaine liberté d'expression au sujet et favorise l'appréhension de sa réalité psychique tout en lui redonnant une place active. C'est d'autant plus important dans le contexte de l'EHPAD où la majorité des résidents « se montrent passifs quant à leur devenir » (Thomas, 2016, p.75) et à la prise de décisions à leur égard. L'entretien non-directif permet également de rompre avec les multiples tests à but évaluatifs qui peuvent

être source d'angoisses pour certains. Ainsi, cet entretien a une visée étayante, s'axant sur la réalité actuelle et quotidienne du sujet. Il s'inscrit particulièrement dans l'intimité du sujet puisque les rencontres se font dans la chambre du résident. De cette manière, il engage une proximité nécessaire et demande une certaine flexibilité. Les résidents sont souvent très réceptifs à la venue du psychologue et profitent de ce temps pour discuter. Cela s'explique notamment par l'apparence moins formelle de la rencontre et par son action plus contenante. Il n'est pas rare d'être reçu en chambre comme un invité, en se voyant proposer des chocolats, des bonbons ou encore un café. Bien que le cadre soit différent, il est néanmoins toujours tenu. Le temps et la fréquence des entretiens sont des repères importants autant pour le psychologue que pour le résident. Même si le cadre est plus souple, l'entretien doit se centrer sur le résident et se différencier, par conséquent, de la conversation. Le psychologue peut alors intervenir pendant l'entretien par les relances ou des questionnements pour aiguiller la prise de parole au fil des entretiens. Cette méthode permet également d'utiliser des aspects transféro-contre-transférientiels.

Une partie des données cliniques ont également été recueillies de façon indirecte par la lecture de son dossier médical, des transmissions et comptes rendus des entretiens psychologiques archivés des huit dernières années au sein de l'EHPAD. J'ai également discuté avec les équipes et la psychologue du service qui la connaissent et la suivent depuis longtemps. Cela m'a permis d'avoir un aperçu de son fonctionnement psychique en dehors des entretiens et aussi de suivre son évolution depuis son entrée. Il s'agit de données complémentaires qui permettent l'appréhension plus globale de Madame B.

### **3. La méthode choisie de traitement des données**

Les données recueillies ont été traitées qualitativement en se basant sur l'étude de cas de Madame B. Dans cette mesure, nous partons des éléments cliniques singuliers du sujet. À travers son discours, nous pouvons repérer et sélectionner des thèmes récurrents qui nous permettront d'orienter nos compréhensions. Ce n'est que dans un second temps que nous mettons en lien ces observations cliniques avec les apports théoriques. Il faut néanmoins être vigilant lors du traitement des données puisque les éléments apportés s'inscrivent dans un contexte particulier qu'est l'entretien clinique. Ils peuvent parfois être une réaction à un moment et contexte précis. Il faut savoir les articuler pour leur redonner un sens et une dynamique. Nous cherchons une compréhension globale de la vie et du fonctionnement psychique du sujet.

Pour ce faire, à la fin de chaque entretien, je fais un premier écrit. Je fais une description de mes observations et j'essaye de retranscrire ce qui a été dit au plus proche de la réalité. Je peux, par exemple, noter des phrases ou des mots qui m'ont marquée. Puis dans un second temps, j'écris mes impressions cliniques, mes questionnements et mes idées pour les prochains entretiens. Cette base est toujours conservée pour garder une trace écrite de l'évolution de ma pensée. Dans un document, à part, je réunis l'ensemble de ces éléments et j'organise les thèmes qui en ressortent pour produire une hypothèse interprétative sur ce qui se joue pour la résidente.

#### **4. Les conditions de passation et les outils utilisés**

Les rencontres avec Madame B. s'effectuent toujours les lundis à raison d'une fois par mois. Ainsi, d'octobre à mai, nous nous sommes rencontrées pour huit entretiens. À cela, s'ajoutent quelques rencontres informelles dans les couloirs ou le salon. Nous avons fait le choix d'espacer les entretiens pour éviter un arrêt trop brutal à la fin de mon stage. Cette décision a aussi été justifiée par la fragilité psychique de Madame B. Un suivi trop important n'aurait pas été adapté. Ma tutrice de stage a, dans un premier temps, assuré les deux premiers entretiens. Dans ce cas de figure, je me plaçais en tant qu'observatrice. Puis, j'ai pu mener individuellement les derniers. L'ensemble des entretiens se sont déroulés dans sa chambre. Madame B. s'asseyait à son fauteuil et la psychologue, face à elle, sur une chaise.

Par ailleurs, sa chambre se prête aux entretiens puisqu'elle est remplie d'albums et de cadres photo. On en retrouve sur les murs, dans les tiroirs et sur les commodes. Ces dernières n'ont même plus de place pour y poser autre chose. La chambre est également décorée par des dessins de ses petits-enfants, des cruches et des pots à lait de sa ferme d'antan. De plus, de nombreux pulls tricotés par Madame B. sont rangés dans ses armoires. Ces supports sont de véritables outils d'échange permettant de médiatiser et d'étayer la parole de Madame B. Ils m'ont aussi permis de mieux comprendre la situation familiale complexe de Madame B. De plus, les entretiens étant souvent très riches en émotions, les photos permettent, en fin d'entretien, de recentrer Madame B. sur des thématiques plus légères. Par exemple, il est très fréquent que la

discussion se termine sur les albums photos de mariage de ses enfants ou sur les gazettes famileo<sup>3</sup> de ses petits-enfants.

**Synthèse :** Cette recherche se base sur l'étude de cas de Madame B., âgée de 90 ans, résidente depuis huit ans dans un EHPAD et souffrant de troubles anxiо-dépressifs. Pour tenter de comprendre ce qui se joue pour la résidente, j'ai choisi d'utiliser une méthode clinique qui s'appuie sur l'entretien non-directif. On compte au total huit entretiens, répartis d'octobre à mai, à raison d'une fois par mois. Compte tenu de la passation en chambre, j'ai pu bénéficier de nombreux supports photos qui ont permis de médiatiser et d'étayer la parole de Madame B. Afin d'apprécier une compréhension plus globale du fonctionnement de Madame B., je me suis également appuyée sur son dossier médical, les transmissions et les comptes-rendus des entretiens psychologiques archivés depuis son entrée. Les données recueillies ont ensuite été traitées qualitativement pour mettre en lumière des thèmes et pistes interprétatives.

---

<sup>3</sup> Les gazettes famileo sont des journaux papier rédigés par les familles grâce à une application mobile. Elles partagent, par des messages ou des photos, les moments, les souvenirs et les activités des proches.

### **III. LES DONNÉES ET LA PROBLÉMATIQUE CLINIQUE**

#### **1. Anamnèse**

Madame B. est une femme âgée de 90 ans qui réside depuis huit ans dans l'EHPAD. Elle a une histoire de vie particulière qu'elle qualifie de « *difficile* ». Son enfance a été rythmée par de nombreux décès notamment celui de sa petite sœur, morte de maladie et de sa mère qui s'est suicidée alors qu'elle n'avait que 6 ans. Elle évoque très peu son père, mais elle explique qu'il est lui aussi décédé lorsqu'elle était enfant. Suite à ça, Madame B. a été élevée par sa tante et son oncle. Elle précise que ces derniers ne savaient pas s'occuper d'enfants et qu'ils étaient « *méchants* » avec elle. Madame B. appuie sur le fait qu'ils étaient très autoritaires. Vers ses dix-huit ans, elle rencontre son conjoint avec lequel elle se marie deux ans plus tard. Ils déménagent et reprennent ensemble sa ferme familiale. Plus tard, ils ont cinq enfants, deux fils et trois filles. Malheureusement, son plus jeune fils se suicide vers ses quarante ans et il y a huit ans, c'est au tour de son mari de décéder à la suite d'un cancer.

Son entrée est demandée par sa famille qui s'inquiétait pour sa santé après le décès rapide de son mari. Ils expliquent qu'elle ne s'alimentait plus. Son état assez préoccupant l'a amenée à entrer en 2016 en UPAD, une unité offrant un suivi plus contenant. Dès lors, les archives montrent qu'elle exprime un état dépressif et anxieux majeur nécessitant la prise quotidienne d'antidépresseurs et d'anxiolytiques. L'IDE psychiatre diagnostique, en 2017, un « *deuil pathologique lié à beaucoup de pessimisme* ». Elle relève une perte de huit kilogrammes en un an, avec une perte d'appétit. L'alimentation est difficile, elle mange peu, fait durer et évite les repas. Aucun plaisir n'y est associé. Ma tutrice entre dans la structure en 2018 et engage un travail thérapeutique ayant pour objectif son changement d'unité pour l'EHPAD. Cela fait suite aux sentiments de persécution évoqués par Madame B. par rapport aux résidents présentant des troubles de la déambulation. Ce déménagement n'opère finalement qu'en 2021 car il est difficile pour Madame B. de se séparer des repères apportés par le lieu. De plus, elle se trouve en incapacité à prendre des décisions la concernant en répétant toujours le même discours : « *Je ne veux embêter personne* ».

Aujourd’hui, on ne relève pas d’évolution notable. Madame B. semble toujours être en grande souffrance et évoque souvent le manque de son conjoint. Elle demande, par ailleurs, à se rendre une fois par semaine sur sa tombe. L’équipe soignante la décrit comme plutôt rigide, indécise et sensible autant aux reproches qu’aux compliments. Les cadres me font part de l’épuisement des équipes face aux exigences de Madame B. qui ne supporte pas le changement. D’autre part, ma tutrice explique que c’est une personne qui a des difficultés à s’adapter à son environnement et qui emploie souvent des discours plaqués. Les relations sont difficiles au sein de l’EHPAD, les animatrices la trouvent trop envahissante. Ses remarques ou tentatives d’aide aux autres sont perçues comme intrusives par les résidents. Dans cette mesure, les repas sont compliqués et se terminent souvent en disputes. Madame B. est plusieurs fois redescendue en chambre avec son plateau pour temporiser les conflits. Quand des reproches lui sont faits, elle a du mal à les diriger et elle peut ruminer pendant longtemps. Ils expliquent qu’elle se sent souvent persécutée. Ainsi, pour permettre d’appréhender au mieux le cas de Madame B. et l’évolution de mes questionnements, je décrirais les entretiens selon un ordre chronologique.

## **2. Les entretiens cliniques**

### **2. 1. Premier entretien**

Je rencontre, avec ma tutrice, Madame B. suite au signalement, par l’équipe, de désirs de mort. Les soignants expliquent que son état émotionnel ferait suite au décès d’une résidente de l’EHPAD qu’elle appréciait. Madame B. accepte volontiers ma présence et remercie ma tutrice de stage d’être venue la voir. Lors de l’entretien, Madame B. se met à plusieurs reprises à pleurer en s’exprimant sur le décès de sa voisine de chambre. Elle nous dit : « *Je lui ai jeté un sort* ».

Pour tenter de réconforter Madame B., ma tutrice décide de changer de sujet et lui demande de m’expliquer son histoire de vie. Comme il s’agit de notre première rencontre, Madame B. s’applique à me décrire et à me présenter l’ensemble de sa famille comprenant ses cinq enfants et leurs partenaires, ses petits-enfants et son mari. L’évocation de ce dernier l’émeut instantanément. Madame B. nous montre également ses pulls qu’elle a tricotés et m’explique qu’elle aide régulièrement l’EHPAD en cousant les étiquettes nominatives sur les vêtements des résidents. Ma tutrice la complimente et la remercie pour ce qu’elle fait pour l’établissement.

À la fin, Madame B. est plus souriante et l'entretien ne met pas en évidence un désir de mort de sa part.

## 2. 2. Deuxième entretien

Nous rencontrons une nouvelle fois, Madame B. car l'équipe soignante signale que son moral « *n'est pas au beau fixe* ». Les soignants ajoutent qu'elle s'est disputée avec d'autres résidents la veille, où elle a annoncé : « *Si ça continue, je vais rester dans ma chambre et me laisser mourir, ce sera mieux* ».

Madame B. accepte l'entretien, mais l'aborde avec une attitude fermée. Elle est recroquevillée sur sa chaise, la tête vers le sol. Elle est prise d'émotions. Elle explique que l'équipe soignante est contre elle : « *De toute manière, ici, on fait ce qu'on te dit et puis c'est tout* » ; « *ils aiment commander ici* ». Néanmoins, lorsque ma tutrice de stage lui demande plus d'explications, Madame se recroqueville d'autant plus et répète : « *Je ne veux pas de problèmes* ». Il sera impossible d'obtenir plus d'informations sur ce qui l'énerve, car Madame B. craint des représailles et des reproches. Elle explique vouloir mourir pour rejoindre son mari. Madame B. avoue également culpabiliser de ne pas aller assez souvent sur la tombe de son mari où elle va une fois par semaine.

À la fin de l'entretien, nous proposons à Madame B. que je continue avec elle des entretiens cliniques dans le cadre de ma formation à la fréquence d'une fois par mois. Elle accepte volontiers.

## 2. 3. Troisième entretien

Il s'agit du premier entretien que je mène. Il devait normalement se dérouler sans la présence de ma tutrice de stage, mais suite au décès du cousin de Madame B. dans la semaine, ma tutrice préfère y assister en soutien, dans le cas d'un effondrement trop important. Sa présence lui permet également d'observer mon attitude lors de l'entretien dans un but évaluatif et éthique, afin de vérifier ma posture clinique.

Madame B. éprouve des difficultés à investir le début de l'entretien. Elle est très émue et répète que son mari lui manque. Elle regarde souvent ma tutrice, assise plus loin et la remercie

plusieurs fois de l'avoir accompagnée sur la tombe de son mari pendant la période du covid. Madame B. ne s'exprime pas davantage sur ses émotions, elle explique que « *c'est comme ça, il y a des choses que je ne peux pas dire* ». Elle parle également de la vie dans l'EHPAD : « *J'entends tout, mais je ne dis rien* » ; « *je ne veux pas de problèmes* ».

Pour tenter d'étayer son discours, j'introduis ses albums photos. Sa parole se délie pour me parler de sa famille. Madame B. m'explique que sa sœur cadette de deux ans est décédée à l'âge de cinq ans et que sa mère « *ne l'a pas supporté* » et s'est suicidée par noyade. Elle commente que « *c'est la pire chose pour une mère* ». Elle évoque aussi brièvement sa tante, qu'elle décrit comme autoritaire et qui « *commande tout le monde* ». Elle avoue ne pas l'apprécier, car « *elle ne sait pas y faire avec les enfants* ». Son discours reste saccadé, avec beaucoup de répétitions de « *vous savez* », « *c'est secret/sacré* », « *vous comprenez* », « *je ne peux pas en dire plus* » et avec un langage corporel particulier : la tête baissée et une main devant sa bouche.

Son discours se recentre naturellement sur son mari avec lequel elle s'est mariée à vingt ans. Elle explique qu'ils avaient une grande ferme avec « *une grande famille avec pleins de vaches* ». Madame B. décrit sa relation avec son mari comme fusionnelle. Il était son « *binôme* » et ils faisaient « *tout, ensemble* ». Elle utilise ce fait pour expliquer, qu'aujourd'hui encore, après huit ans, il continue de lui manquer. Elle vient aussi présenter son mari comme quelqu'un de très gentil, qui « *ne ferait pas de mal à une mouche* » et « *qui ne dit jamais non* ». Pour poursuivre, Madame B. me parle de ses cinq enfants dont son premier fils qui s'est suicidé par pendaison lorsqu'il avait une quarantaine d'années. Ce décès l'a rapproché de sa femme, sa belle-fille, qui l'a beaucoup aidé lorsque son mari était malade. Elle l'emménait à ses rendez-vous à l'hôpital. Par ailleurs, elle précise que sa belle-fille ne s'entend pas avec sa propre mère, car elle est « *trop autoritaire* ».

Finalement, je recentre Madame B. sur son vécu actuel à l'EHPAD. Elle me reparle de l'aide qu'elle apporte en cousant les étiquettes sur les vêtements des résidents. Néanmoins, elle semble contrariée. Elle explique qu'elle a l'impression que son travail n'est pas apprécié à sa juste valeur. Elle s'est déjà exprimée à ce sujet auprès des soignants en leur expliquant qu'elle ne ferait plus de couture, mais leur réponse - « *vous n'êtes pas obligé de le faire* » - ne lui avait pas plu. Je lui propose d'en discuter avec les professionnels, car le discours que j'entends n'est pas le même. En effet, l'équipe me dit être très reconnaissante de ses services. Madame B. refuse, car elle ne veut pas « *avoir de problèmes* ». Lorsque que je l'encourage néanmoins à

refuser de faire quelque chose si elle n'en a pas envie, Madame. B me répond : « *Je ne dis jamais non* ». « *Je ne veux pas de problèmes* ».

## 2. 4. Quatrième entretien

Madame B. accepte l'entretien avec enthousiasme. Elle me montre fièrement ses photos de famille disposées soigneusement sur sa commode. Elle répète : « *Je ne fais pas de différences* », « *je ne fais pas de jaloux* » et explique que quand ils viennent, ils sont contents de voir leur photo. Elle aborde assez rapidement son mari, ce qui la fait pleurer. Elle m'explique qu'il lui manque. Madame B. me confie une nouvelle fois être très reconnaissante envers sa belle-fille qui a emmené son mari de nombreuses fois à l'hôpital. Elle dit avoir assisté à la mort de son mari, qui était particulièrement marquante et que son dernier mot « *Adieu* » lui était adressé.

Elle me reparle ensuite, spontanément, du suicide de sa mère qui « *ne l'a [la mort de sa fille] pas supporté* » et de son père qui « *l'a suivi* ». Elle ne donne pas plus d'informations sur le décès de son père. Madame B. semble émue et confie avoir été « *laissée toute seule* ». Elle dit également que sa mère « *n'a pas pensé aux autres enfants qu'elle laisse* ». Elle parle également du jour où elle a appris le décès de sa mère, elle le décrit comme choquant. Des adultes sont venus le lui annoncer alors qu'elle était à l'école. Elle m'explique qu'elle a porté du noir pendant presque un an. Madame B. me décrit une période difficile où beaucoup venaient lui parler de sa sœur : « *Tout le monde me parlait de ma sœur, ils ne venaient pas pour moi* ». Elle termine son récit sur sa vie maritale et sur sa ferme familiale, appartenant initialement à ses beaux-parents. Elle explique qu'avec son mari, ils devaient toujours écouter et faire ce que ses beaux-parents disaient.

Je recentre finalement Madame B. sur sa vie actuelle et sur son moral. Elle complimente dans un premier temps l'établissement qu'elle trouve toujours propre et éprouve de la reconnaissance : « *Qu'est-ce que vous voulez que je vous dise de plus, merci.* » ; « *c'est propre. Il n'y a rien à dire* » ; « *elles [les soignantes] ont du mérite, les gens ne sont pas faciles* ». Elle me parle également des résidents qui sont plus avancés dans les troubles cognitifs et physiques. Elle se dit inquiète de devenir comme eux. Puis, elle termine par confier qu'elle en a « *vu dans ma [sa] vie* » et précise que « *le plus dur, c'est la mort de mon [son] mari* ».

## 2. 5. Cinquième entretien

Je rencontre Madame B. dans la salle de vie commune, elle semble de mauvaise humeur et s'empare spontanément de ma proposition d'entretien.

Elle confie ne pas avoir apprécié la remarque d'une soignante la veille. Madame B. m'explique que cette dernière lui a demandé d'aller dans sa chambre et malgré lui avoir dit qu'elle viendrait la voir, elle ne l'a pas fait. Elle avoue s'être sentie « *rejetée* » et cela l'a blessée. Par ailleurs, elle appuie sur le fait qu'elle fait toujours tout ce qu'on lui demande de faire, qu'elle ne dit jamais rien, mais qu'elle n'aime pas être traitée comme si elle dérangeait. Madame B. ajoute : « *Elle [la soignante] me commande* » et « *elle ne m'aime pas* ». Elle se rappelle aussi que c'est la même soignante qui lui avait fait porter une couche alors qu'elle porte normalement des serviettes pour ses fuites urinaires. Elle explique que ça l'avait dérangée, mais qu'une nouvelle fois, « *c'est elle [la soignante] qui décide* » et qu'elle n'a le droit que de se taire et de payer. Madame B. continue à s'exprimer sur cette soignante qu'elle ne trouve pas assez travailleuse et qui n'aide pas au repas. Elle vient la comparer au cuisinier, qui, lui, travaille bien. Il cuisine, aide à mettre et à débarrasser les tables et fait attention à ses préférences alimentaires. Elle vient alors parler des repas. Elle s'interroge, car elle a été changée trois fois de table en peu de temps. Madame B. confie qu'il y a une dame à sa table qui l'ignore et elle pense qu'elle ne l'aime pas.

Madame B. explique que ces événements lui donnent envie de rejoindre son mari. Cependant, elle dit être contente que ses enfants s'inquiètent pour elle et prennent de ses nouvelles. Ils ont l'habitude de l'appeler en semaine entre 19 heures et 22 heures. Elle précise qu'elle n'a « *pas le droit de téléphoner* », ce sont ses enfants qui l'appellent. Elle précise que son téléphone, sa télévision et son tricot sont ses objets les plus importants dans sa chambre. Néanmoins, elle n'ose pas souvent allumer sa télévision, car elle ne veut pas déranger son voisin. Finalement, elle ajoute qu'elle « *n'a pas le droit d'allumer la télévision* ». Pour ce qui est du tricot, cela marque, pour elle, qu'elle sait encore faire beaucoup de choses. Elle explique qu'en comparaison avec d'autres résidents, elle est très autonome. Elle confie avoir aidé, dans la semaine, un monsieur qui était tombé. Cela l'inquiète de voir des personnes se blesser.

De plus, Madame B. explique être mal à l'aise face à des résidents. Certains sont violents avec les soignants et elle n'aime pas cela. Elle confie : « *Je n'aime pas la violence [...] il faut avoir du respect* ». Elle répète que les soignants ont du mérite. Elle complimente aussi sa belle-fille

qui vient souvent la voir et qui s'occupe beaucoup d'elle. Elle lui a par exemple ramené des sous-vêtements à sa taille. Elle confie que sa belle-fille est comme « *une mère* » pour elle. Elle me précise de nouveau que sa belle-fille est fâchée avec sa propre mère, car elle était trop « *autoritaire* ». Elle le répète plusieurs fois. Finalement, Madame B. est particulièrement contente puisque dans peu de temps, elle sera à la retraite et pourra lui rendre visite plus souvent.

## 2. 6. Sixième entretien

Je rejoins Madame B. dans sa chambre. Elle est en train de plier le linge que les soignantes lui ont donné. Elle précise qu'elle fait tout ce qu'on lui dit et qu'elle « *ne sais (sait) pas dire non* ». Elle accepte l'entretien tout en continuant son pliage. Madame B. déclare être triste et énervée. Elle explique que sa famille n'est pas venue le week-end dernier et ne l'a pas appelée. Elle confie en pleurs que ce week-end était important pour elle puisqu'il s'agit des rameaux et qu'elle aurait aimé aller sur la tombe de son mari. Elle dit avoir attendu longtemps dimanche, mais en vain. Elle répète que « *c'est important pour moi [elle]* » et que « *c'est dur à avaler* ». Selon elle, c'est à cause de cela, qu'elle n'a pas dormi de la nuit. Elle ajoute qu'elle a bien élevé ses enfants, qu'elle les a beaucoup aimés et qu'elle attend qu'« *ils le fassent en retour* ». Elle parle de vouloir en finir.

Elle continue en me repartant du suicide de sa mère. Elle affirme que par son geste, « *elle n'a pas pensé aux autres* ». Madame B. m'explique une nouvelle fois que sa tante, qui était sa tutrice légale, était « *autoritaire* ». Elle ajoute : « *Je n'irai pas sur sa tombe [la tombe de sa tante]* ». Elle me parle aussi de son oncle qui était « *le chef* ». Cela l'amène à évoquer sa belle-fille qui est « *comme une mère pour moi [Madame B.]* ». Elle critique aussi la mère de sa belle-fille, toujours nommée comme une personne autoritaire et qui émettait souvent des remarques blessantes, notamment au sujet du suicide de son fils.

De plus, Madame B. explique que depuis ce week-end elle est malade et que par conséquent, elle n'est pas autorisée à sortir de sa chambre. Elle affirme qu'elle doit avoir fait « *une faute grave* » pour mériter ça et qu'elle est « *punie* ». Madame B. répète qu'elle est « *en prison* ». Lorsque je lui propose de demander un masque pour sortir, elle me répond : « *Ils savent que je suis là* ». Elle aimeraient que l'initiative vienne des soignants et ne veut pas demander. Je finis, avec l'accord des soignants, par ramener un masque à Madame B. et lui propose de l'accompagner aux activités. Elle accepte, mais continue sur le chemin à répéter qu'elle a fait «

*une faute grave* ». Finalement, elle s'assied à l'écart des autres et m'explique que c'est parce qu'il y a une personne qu'elle n'aime pas dans le groupe.

## 2. 7. Septième entretien

Madame B. se munit de l'entretien et confie une baisse de moral associée au manque de son mari. Elle m'explique qu'elle sait qu'il « *n'est plus là* » mais que ça lui arrive de lui parler. Elle dit attendre de le rejoindre, que bien qu'elle ne soit pas croyante, elle sait qu'une place l'attend auprès de lui. Si elle reste, c'est pour ses proches, car elle veut garder jusqu'à la fin « *l'entente* » au sein de sa famille. Pour cela, elle dit avoir tout donné, y compris sa maison.

Elle félicite l'établissement qu'elle trouve toujours très propre. Madame B. précise de nouveau que les soignantes ont du mérite car elles travaillent bien. Elle dit que c'est pour ce qu'elle ne dit jamais non. Elle explique que c'est impossible pour elle de dire non. Elle renchérit en affirmant que les résidents sont bien traités. Elle constate : « *On n'est pas battus* ». Cette phrase l'amène à parler des informations de la veille, qui relataient le décès d'un adolescent à la suite d'une bagarre. Elle dit ne pas comprendre et qu'à cet âge particulier cela ne devrait pas arriver. Selon elle, la cause serait l'éducation qui aujourd'hui, n'est plus là même. Madame B. vient comparer l'enfance de nos jours à la sienne. Elle reparle de son enfance « *pas facile* », du suicide de sa mère et de sa tante qui « *n'a jamais eu d'enfants* » et qui « *ne sait pas y faire* ». Elle décrit aussi son oncle comme un homme « *méchant* » avec elle et qui était « *violent* ». Madame B. explique que c'est son mari qui l'a encouragée à partir : « *Il m'a dit c'est plus possible et il m'a dit de partir avec lui* ». Elle vient alors à décrire son mari comme « *un gentil* », qui « *ne ferait pas de mal à une mouche* ». Elle ajoute fièrement qu'il « *ne buvait pas et il ne fumait pas* » et qu'elle avait « *eu de la chance de tomber sur lui* ». Madame B. se met à pleurer et confie qu'elle ne s'attendait pas à ce qu'il meurt et que c'était « *surprenant* ». Elle répète : « *À 3 heures du matin [...] il est mort dans le lit à 3 heures du matin. Je ne m'y attendais pas. [...] Il a juste eu le temps de me dire "Adieu".* ». Néanmoins, elle explique que sa famille est présente et qu'ils l'emmènent régulièrement sur sa tombe. De nouveau, elle précise qu'elle fait attention à ne pas préférer un enfant plus qu'un autre et que toutes les photos sont disposées dans sa chambre.

Finalement, elle explique se plaire à l'EHPAD. Cependant, elle n'aime pas lorsque les autres résidents gaspillent leur nourriture. Elle ajoute qu'elle ne s'entend pas avec certains, mais qu'elle ne souhaite pas, pour autant, rentrer dans la confrontation. Elle ne dit « *jamais rien* » et

veut simplement « *la paix* ». Elle décrit une dame qu'elle n'aime pas comme une personne « *haute* », sûre d'elle et qui pense qu'elle « *a toujours raison* ». Madame B. précise qu'elle n'aime pas les conflits, mais que toutefois, c'est important de reprendre quelqu'un lorsqu'il ne fait pas quelque chose de bien.

## 2. 8. Huitième entretien

Je rappelle en début d'entretien qu'il s'agit de notre dernière rencontre, compte tenu de la fin de mon stage. J'avais déjà préparé ce départ lors des deux dernières entrevues. Malgré mes précautions, Madame B. semble étonnée et me demande : « *ça ne vous a pas plu ?* ». Je la rassure en lui expliquant que mon départ était déjà prévu et que cela ne vient pas d'une mauvaise expérience de stage.

Après une courte discussion sur mes études, Madame B. se recentre sur l'établissement. Elle le félicite car « *c'est toujours très propre* ». L'ordre et la propreté sont très importants pour elle. Madame B. se réjouit d'être bien traitée, de n'être « *jamais battu* », et de ne pas manquer de nourriture. Elle précise ne pas apprécier le gaspillage de ses congénères. Elle reparle de son mari qui lui manque, qui « *ne dit jamais non* » et qui est toujours très serviable. Elle explique qu'elle y pense tellement que cela l'empêche de dormir. Au souvenir de son décès, elle pleure et évoque son dernier mot pour elle, « *Adieu* » qu'elle nomme comme étant « *traumatisant* ». Elle aurait aimé se marier plus jeune mais elle n'avait pas le droit de le faire avant ses 20 ans.

Finalement, elle explique ne pas aimer « *regarder la violence à la télévision* » mais elle regarde quand même les informations pour se tenir au courant. Ça ne lui plaît pas tous ces conflits et elle préfère les documentaires paysagers. Par ailleurs, ses trois objets préférés sont son téléphone, sa télévision et son linge. Madame B. me rappelle qu'elle n'a pas le droit d'appeler ses enfants mais qu'elle comprend car elle veut qu'ils profitent de la vie comme elle a pu le faire. Elle leur souhaite de voyager. Elle remercie tous ceux qui l'entourent, notamment sa belle-fille et ma tutrice de stage, qui ont été présentes lorsqu'elle en avait besoin. Madame B. me remercie aussi longuement pour être venue lui parler et me souhaite le meilleur pour mes projets professionnels. Les derniers échanges se font avec le sourire et alors que je l'accompagne en salle à manger, elle dit en plaisantant à une soignante : « *elle m'abandonne* ».

### **3. Éléments transféro-contre-transférentiel et évolution des questionnements**

Dès les premiers entretiens, le discours et les émotions véhiculées par Madame B. m'ont beaucoup questionnée. Il persistait une incompréhension qui m'empêchait de lier l'ensemble des éléments et de proposer des hypothèses sur ce qui pouvait se jouer pour elle. Cette confusion se manifestait à travers un sentiment général de « bizarrerie » dans la relation thérapeutique. Au départ, je pensais que cela était dû à mon manque d'expérience et de vécu, qui pouvaient rendre sa souffrance plus éloignée de ma réalité. Néanmoins, cette « distance » que je ressentais par rapport à Madame B., ne se retrouvait pas chez les autres résidents. C'est en faisant part de mes difficultés, que ma tutrice de stage m'a confiée partager les mêmes ressentis à son égard. Ainsi, cela m'a amenée à questionner la spécificité structurale de Madame B. et à envisager un fonctionnement limite. Une fois cette interrogation soulevée, j'ai pu m'investir plus pleinement dans la relation thérapeutique en prenant en compte la distinction de Madame B. De cette manière, la relation transféro-contre-transférentiel s'est montrée positive. J'ai été saisie d'une curiosité qui a encouragé nos rencontres, où je ressentais une narcissisation mutuelle avec Madame B.

Au départ, mes questionnements s'orientaient principalement sur ses deuils successifs et sur la potentialité de traumatismes infantiles et de secrets de famille. Cependant, j'ai finalement fait le choix de m'axer sur la réalité actuelle de Madame B., en prenant en compte les spécificités du vieillissement. Néanmoins, ce choix n'implique pas de se séparer de tous les éléments infantiles évoqués, qui, dans le discours de Madame B., donnent lieu à de multiples parallélismes. Ainsi, son quotidien témoignait de nombreux sentiments de persécution, d'une recherche de valorisation et de situations conflictuelles avec les autres résidents. Il semblait exister chez elle un clivage entre les « bonnes » personnes, qui sont serviables et gentilles, et les « mauvaises » personnes, qui sont fainéantes ou font preuve d'autorité. Ainsi, la problématique de ce mémoire est la suivante : **Dans quelles mesures le vieillissement vient majorer les enjeux de l'autorité et du narcissisme chez le sujet limite ?**

**Synthèse** : Ces huit entretiens ainsi que les éléments d'anamnèse, recollectés auprès des professionnels et des archives, nous apportent des éléments cliniques mettant en lumière l'histoire de vie tumultueuse de Madame B., semée de nombreux décès et d'une situation parentale complexe. Souffrant de troubles anxiо-dépressifs depuis le décès de son mari, avec lequel elle semblait entretenir une relation fusionnelle, Madame B. éprouve un grand manque qui ne semble pas pouvoir être comblé. Les entretiens dégagent très souvent les mêmes thématiques, avec une tendance à la répétition, telle que la perte de son mari, le suicide de sa mère, l'autorité de sa tante, la serviabilité de sa belle-fille, l'importance de sa famille, l'ordre et la propreté de l'EHPAD... En parallèle, Madame B. manifeste une certaine rigidité et résistance au changement, ainsi que des discours plaqués. L'analyse contre-transférentielle permet de mettre en évidence la « bizarrerie » de Madame B. et son fonctionnement psychique singulier. Tous les éléments cliniques ont permis de formuler la problématique suivante : **Dans quelles mesure le vieillissement vient majorer les enjeux de l'autorité et du narcissisme chez le sujet limite ?**

## **IV. ANALYSE THEORICO-CLINIQUE**

### **1. Hypothèse d'un fonctionnement limite**

#### **1. 1. Observations cliniques**

Dès les premiers entretiens, Madame B. manifeste un tableau clinique qui laisse supposer un fonctionnement limite. Cette hypothèse s'appuie sur les descriptions symptomatologiques de la personnalité limite de plusieurs psychanalystes notamment celles de Kernberg (1979), qui s'impose comme l'un des principaux auteurs des pathologies limites et narcissiques.

Les premiers questionnements naissent au sein de la relation transféro-contre-transférentielle où un sentiment de « bizarrerie » persiste au fil des rencontres. Cela s'observe notamment à travers la répétition de discours plaqués et de comportements stéréotypés qui font penser à la pseudo-adaptation du faux-self de Winnicott qui « protège le vrai self qu'il masque en réagissant à sa place aux carences d'adaptation et en se conformant aux demandes » (De Parseval, 2007, p. 127). Cette pseudo-indépendance traduit au contraire une dépendance à l'environnement, auquel le sujet se conforme pour éviter d'être rejeté (Zucker, 2012). Ainsi, malgré huit ans passées au sein de l'EHPAD, beaucoup d'interrogations demeurent chez les soignants, qui expliquent ressentir un manque d'authenticité venant de sa part. Madame B. manifeste une grande soumission à son environnement et cela, au dépend de ses besoins et de ses ressentis. En effet, il lui est difficile de prendre des décisions. Cela s'est notamment observé à travers son changement d'unité, qui a nécessité cinq ans de négociations, malgré les plaintes répétées de Madame B. concernant une autre résidente de l'UPAD. Dans cette mesure, son discours est souvent inhibé et coupé par des formulations telles que « *Je ne veux embêter personne* » ; « *Je ne dis jamais non* » ; « *Je ne veux pas de problèmes* » ; « *J'entends tout, mais je ne dis rien* » ; « *vous savez* » ; « *c'est secret* » ; « *vous comprenez* ». Néanmoins, ces tentatives de contrôle sont compromises dans la vie quotidienne par l'instabilité émotionnelle de Madame B. qui est souvent envahie par la tristesse mais aussi par l'irritation et l'angoisse. De telle sorte que Madame B. manifeste, depuis huit ans, des troubles anxioc-dépressifs. Ce manque de « tolérance à l'angoisse » et de « contrôle pulsionnel » (Kernberg, 1979, p. 19) est souvent associé à la faiblesse du Moi, présente chez les personnalités limites. Bergeret (1975) parle d'une dépression narcissique, qui suppose une faible estime de soi, vis-à-vis de l'écart qui

sépare le Moi de l'Idéal du Moi, et une angoisse de perte. L'existence d'un soi idéal paraît impossible (Kernberg, 1979). Cette angoisse est d'autant plus importante la nuit, pendant laquelle Madame B. exprime être en proie à beaucoup de ruminations. C'est durant ces moments que le manque de son mari lui paraît le plus insupportable. En parallèle, elle aborde un fonctionnement rigide, avec beaucoup de résistance face au changement. Cette rigidité se dévoile à travers la grande importance que Madame B. porte aux règles de conduite et de savoir-vivre. D'une part, elle va gratifier les professionnels pour leur bon travail : « *Qu'est-ce que vous voulez que je vous dise de plus, merci.* » ; « *c'est propre. Il n'y a rien à dire* » ; « *elles [les soignantes] ont du mérite, les gens ne sont pas faciles* » « *c'est toujours très propre* ». Cependant, lorsque des personnes transgressent ces règles ou sortent de la norme, Madame B. ne cache pas son manque de tolérance et les condamne. Elle évoque, par exemple, le gaspillage de ses voisins de table qui ne terminent pas leur assiette. Cela crée fréquemment des situations conflictuelles avec les autres résidents, qui ne supportent pas ses remarques. Ces événements sont très mal vécus par Madame B. qui est très sensible au critique et se sent souvent persécutée : « *Si ça continue, je vais rester dans ma chambre et me laisser mourir, ce sera mieux* ». Finalement, l'aspect central qui nous amène à envisager un fonctionnement limite repose sur le mode de relation d'objet de Madame B. qui porte un caractère anaclitique (Bergeret, 1975) et les mécanismes de défenses archaïques utilisés tels que l'idéalisation primitive, le clivage ou encore l'identification projectives, décrits, par Charrier & Hirschelmann (2022), comme des défenses primitive du stade oral, empruntés à la psychose par les états-limites.

## 1. 2. Psychogenèse

### 1. 2. 1. Défaillances des relations précoces

Bien que Bergeret (1975) ne considère pas les états limites comme une entité à part entière, ses apports sur la psychogenèse des aménagements permettent une meilleure appréhension de leur développement. Il avance qu'un traumatisme désorganisateur précoce ou une répétition de microtraumatismes serait à l'origine de l'aménagement limite. Il s'agit de traumatismes en lien avec la perte ou le sexuel, venant fragiliser le narcissisme. Et, ce serait un second traumatisme désorganisateur tardif comme la perte d'un conjoint, qui viendrait provoquer un excès d'angoisse et des effondrements résultant à une dépression narcissique.

Ainsi, l'anamnèse de Madame B. a permis de rendre compte de nombreux événements de pertes qui l'ont conduite à définir son passé comme « *difficile* ». En effet, après le décès de sa sœur, sa mère se suicide et son père, peu évoqué lors des entretiens, semble absent. Or, comme Winnicott (1953) l'avance, les figures parentales sont des supports et des organisateurs de l'identité, qui sont nécessaires dès les premiers moments de vie. De plus, bien que Madame B. tente d'expliquer le suicide de sa mère comme le résultat d'une cause à effet à la suite du décès de sa sœur : « *c'est la pire chose pour une mère* », « *elle ne l'a pas supporté* ». Ce passage à l'acte suppose la préexistence d'une vulnérabilité psychique voire d'un état dépressif chez sa mère. Dans cette mesure, nous pouvons reprendre les concepts de la mère insuffisamment bonne de Winnicott (1953) et de la mère morte de Green (1985) qui supposent l'émergence d'un fonctionnement en faux-self en réponse aux carences dans les relations précoces avec la mère. Le complexe de la mère morte est observé chez les mères dépressives qui manifestent une vraie-fausse présence empêchant l'enfant de se reconnaître à travers leur regard. Lors d'une dépression soudaine, l'enfant peut être confronté à une perte soudaine qui transforme subitement l'imago maternel. Dans cette mesure, prise « entre la mère morte et le père inaccessible de telle sorte que du point de vue relationnel, plus rien ne tient. Ce désinvestissement massif, incompréhensible – souvent plus ou moins bien refoulé dans la psyché de l'enfant – aura des effets pathogènes dans la construction de son narcissisme et pèsera dans ses relations objectales futures » (Estellon, 2023, p. 91).

### **1. 2. 2. Autorité dysfonctionnelle : forme abusive**

Tremblay et Israel (1998) expliquent que ce n'est pas tant la perte d'un parent en elle-même qui pose un risque de désorganisation, mais plutôt les dysfonctionnements parentaux qui peuvent en découler. Et, cela semble être le cas pour Madame B., élevée, par la suite, par sa tante et son oncle, qu'elle nomme être « *méchants* ». Dans cette mesure, elle ne peut pas retrouver, chez ces nouvelles figures parentales, de bons imagos parentaux qui puissent soutenir son narcissisme. Selon elle, ils ne disposent pas des qualités parentales nécessaire, notamment sa tante qui « *n'a jamais eu d'enfants* » et « *ne sait pas y faire* ». Madame B. appuie sur l'emprise et la tyrannie dont ils ont fait preuve avec l'emploi fréquent du champ lexical de l'autorité pour les décrire : « *commande tout le monde* », « *méchants* », « *autoritaire* », « *chef* », « *violent* ». Cette autorité rappelle l'autorité dysfonctionnelle sous sa forme abusive décrite par Carel (2022), qui, une fois intériorisée par des mouvements identificatoires, vient aliéner et marquer le Surmoi. Ainsi, elle « transforme la séquence autorité-obéissance en un exercice de

coexcitation sadomasochique » (Carel, 2022, p. 25). Par ailleurs, l'autorité est désignée par Mendel (2006) comme le symptôme d'un sentiment abandonniqe en réaction à l'angoisse de séparation avec la mère. Une séparation réellement vécue par Madame B., ce qui renforce son ancrage. C'est dans cette mesure qu'une dépendance s'installe, où en se soumettant à l'autorité, Madame B. s'assure de ne pas risquer d'être nouvellement abandonnée : « *Je ne veux pas de problèmes* », « *Je ne veux embêter personne* », « *Je ne sais pas dire non* ». Ainsi, les nombreux parallèles entre son enfance et sa vie en EHPAD mettent en lumière la réactivation d'anciennes fixations dans le vieillissement, notamment sur la question de l'autorité (Le Goff et Rexand-Galais, 2018).

La dépendance est d'autant plus importante dans le vieillissement, où la hiérarchie familiale tend à s'inverser. Les personnes âgées trouvent un sentiment de sécurité dans l'autorité exercée par leurs enfants mais cette situation de dépendance tend aussi à « réactiver chez le sujet ses représentations, ses traces liées à un vécu de passivité » (Talpin & Racin, 2023, p. 96). C'est dans ce cadre que Madame B. se soumet, d'une manière presque infantile, aux règles établies par la famille : « je n'ai pas le droit de téléphoner ». Dans le contexte de l'EHPAD, cette autorité est, en partie, déléguée aux professionnels (Charazac, 2022). Par conséquent, Madame B. est souvent en alerte et, lorsqu'elle est interpellée par les équipes, elle redoute d'être réprimandée ou « *punie* ». Son langage corporel reflète bien cette crainte avec une tête toujours baissée, un dos voûté et une main devant la bouche, pour s'assurer de ne pas dire le mot de trop. Par ailleurs, le fonctionnement limite de Madame B. se traduit par un Surmoi mal intégré, qui n'exerce pas correctement ses fonctions, et un Idéal du Moi affaibli par le vieillissement, rendant l'intervention de l'environnement nécessaire. Les vestiges de l'autorité abusive vont conduire aux comportements autopunitifs et castrateurs de Madame B., qui s'impose de nombreuses règles et contraintes. Par exemple, elle explique qu'elle n'a « *pas le droit d'allumer la télévision* », car cela risquerait de déranger ses voisins. Ces comportements s'accompagnent de grands mouvements de culpabilité lorsqu'elle ne suit pas les exigences qu'elle se fixe. À titre d'exemple, elle dit exprimer de la culpabilité lorsqu'elle ne va pas sur la tombe de son mari chaque week-end. Cette culpabilité s'étend au-delà de ses actes et touche aussi, de manière irrationnelle, sa simple existence. En effet, elle s'inquiète régulièrement du dérangement qu'elle pourrait occasionner, notamment pour ses proches, ce qui la pousse à s'effacer. Au décès de l'une de ses voisines avec laquelle elle s'était rapprochée, elle se responsabilise et exprime lui avoir « *jeté un sort* ». Cependant, même si Madame B. confie détester les conflits, cette aversion reste paradoxale puisqu'elle en est souvent à la source, malgré elle, avec les autres résidents.

Ce double mouvement s'explique dans le sens où le conflit nécessite « l'autorité pour entrer en défervescence. Mais corrélativement, l'autorité est source de conflictualité, dans la mesure où ses fondements, toujours relatifs, ne parviennent pas à éteindre la protestation toujours renaissante devant l'acte d'autorité » (Carel, 2002, p. 38). Ainsi, l'autorité semble de nouveau au centre de la problématique de Madame B., alimentant son rapport sadomasochiste (Carel, 2022) avec son environnement. Par ailleurs, en se responsabilisant et se dévalorisant constamment, Madame B. cherche à garder le contrôle. Dépendante de son environnement, Madame B. a recours à la manipulation pour assurer sa présence (Kernberg, 1979). Cela passe, par exemple, par des remerciements constamment exprimés envers les professionnels ou encore sa disponibilité à les aider dans le pliage ou la couture. Dans cette démarche, Madame B. espère un investissement réciproque, où elle attend des objets qu'elle gratifie et valorise, qu'ils « *le fassent en retour* ». Cette quête incessante de reconnaissance irrite parfois les soignants, qui ont l'impression qu'elle cherche à « acheter » des compliments. Ils avaient ainsi signalé à Madame B. qu'elle n'était pas « *obligée de le [les aider] faire* », une remarque qui l'avait profondément vexée.

## 2. La perte du mari, perte du support narcissique

La place de son conjoint semble avoir été déterminante pour le fonctionnement de Madame B. qui selon son anamnèse a vécu une vie d'apparence normale. C'est, par ailleurs, ce tier qui permit à Madame B. de sortir de ce contexte familial autoritaire dont elle dépendait : « *Il m'a dit "c'est plus possible" et il m'a dit de partir avec lui* ». Il est fréquent chez les personnalités limites de trouver des partenaires complémentaires qui leur apportent, tout au long de leur vie, la contenance nécessaire pour les faire tenir (Bourgeois, 2019). Ainsi, Madame B. exprime avoir « *eu de la chance de tomber sur lui* », avec lequel, elle a pu entretenir une relation fusionnelle. Elle décrit son mari comme son « *binôme* », avec qui, elle faisait « *tout* ». Son mari était la « bêquille » qui l'aidait à se maintenir debout. Les travaux de Janine Chasseguet-Smirgel sur la maladie de l'idéalité mettent en avant la nécessité chez les sujets limites de trouver un soutien narcissique à travers l'idéalisation d'objets externes, permettant de trouver un Moi Idéal à l'extérieur (Gibeault, 2012). Il y a chez l'état limite un fantasme de fusion. Le mari de Madame B. semble avoir exercé ce rôle tout au long de sa vie, et cela s'observe notamment à travers son idéalisation. Madame B. fait régulièrement son éloge en le décrivant comme une personne serviable et gentille qui « *ne ferait pas de mal à une mouche* » et « *qui ne dit jamais non* ». Cette idéalisation est d'autant plus importante lorsqu'elle est comparée à la

dévalorisation de sa tante, mettant en lumière son fonctionnement clivé. Par ailleurs, les personnalités fondées sur « la culpabilité, la compassion et le dévouement » (Bourgeois, 2019, p. 8), apparaissent comme des partenaires de préférence pour l'hypersensibilité des états limites. Néanmoins, cette stabilité peut toujours être fragilisée par les frustrations et les pertes de la vie, comme le décès de son fils. Cependant, c'est la perte de ce Moi idéal, de cet objet narcissique idéalisé, indispensable pour le Moi, qui conduit généralement à l'effondrement de cet équilibre. À l'image d'un second traumatisme désorganisateur (Bergeret, 1975), le décès du mari de Madame B. entraîne la désorganisation de la topique et « la perte d'une partie du moi, celle de l'objet perdu intériorisé précisément, celui-là même qui nourrissait l'ego » (Péruchon, 2013, p. 82). Madame B. nomme elle-même le décès de son mari comme « traumatique », cela malgré sa prévisibilité liée à son âge avancé et à son cancer. Elle le nomme comme l'événement le plus difficile de sa vie : « *le plus dur, c'est la mort de mon [son] mari* ». De plus, les événements de cette nuit sont encore très vivides dans l'esprit de Madame B. : « *À 3 heures du matin [...] il est mort dans le lit à 3 heures du matin. Je ne m'y attendais pas. [...] Il a juste eu le temps de me dire "Adieu".* ». C'est à ce moment que « des états de souffrance dépressive mélancolique sont susceptibles de se déployer » (Verdon, 2012, p. 31) et le manque de réserves narcissiques et de potentialité à les remobiliser va conduire à la chronicisation de la dépression (Péruchon, 2013), majorée par le vieillissement (Le Goff et Rexand-Galais, 2018).

### **3. Les défenses de Madame B. contre les attaques du vieillissement.**

#### **3. 1. Madame B. face à l'angoisse de perte**

L'angoisse de mort est présente chez tous (Quinodoz, 2008), cependant, Bacqué (2014) explique qu'elle est particulièrement envahissante dans le vieillissement. Cette angoisse invoque un temps de solitude face à la mort. Dans cette mesure, elle est fréquemment réactivée par la perte d'un proche comme un conjoint. Pour les fonctionnements limites comme Madame B., pour lesquels prédomine déjà une angoisse de perte (Kernberg, 1979), cette vision est insupportable. Cela va générer un excès d'excitation interne qui ne pourra pas être correctement traitée en vue du manque de « tolérance à l'angoisse » et de « contrôle pulsionnel » (Kernberg, 1979, p. 19). L'angoisse va donc intensifier les manifestations psychologiques, pouvant provoquer des troubles anxioc-dépressifs. Cela semble être le cas pour Madame B., qui avait une relation de dépendance avec son mari et qui s'est effondrée après son décès.

Par ailleurs, l'angoisse de perte renvoie également à l'effacement progressif des limites, entre le dedans et le dehors, un effacement qui va se manifester dans le vieillissement (Péruchon, 2001). Cette distinction des limites est déjà altérée chez les états-limites, qui disposent d'une enveloppe psychique, aussi nommée Moi-peau (Anzieu, 1985), qui prend la forme d'une bande Moebius. Face à ce défaut de contenance psychique, les sujets peuvent craindre la perte de leur contenu psychique mais aussi une intrusion. Pour Madame B., la question de la perte est profondément ancrée. Elle exprime à chaque entretien le « manque » de son mari, qui laisse en elle un vide. Ce manque est très symbolique puisque, comme évoqué précédemment, la perte de son mari suppose la perte d'une partie d'elle-même (Charazac, 2020). C'est donc précisément son sentiment d'identité qui est remis en question. Son évocation constante, à travers des récits autobiographiques et nostalgiques, permet, par l'occupation de l'espace psychique, de combler, symboliquement, ce vide. Ainsi, à travers son angoisse de perte existe également une angoisse d'abandon. Comme mentionné précédemment, Madame B. prend soin de se conformer à son environnement et de se soumettre à l'autorité pour ne pas être rejetée. Cependant, cette crainte n'est pas effacée pour autant et cela se remarque à travers l'impact que les remarques laissent à Madame B. Cette dernière est souvent en proie à des ruminations, qui sont « *dures à avaler* » et qui persistent. Elle exprime, par exemple, s'être sentie « *rejetée* » lorsqu'une soignante lui a demandé de retourner en chambre ou encore après avoir été changée plusieurs fois de table. Ces situations réactivent chez Madame B. des comportements infantiles de soumission face à une autorité perçue comme abusive. : « *j'ai fait une faute grave* », « *je suis punie* », « *je suis en prison* ». Ces mouvements de victimisation tentent une nouvelle fois de garder le contrôle sur l'environnement en cherchant à provoquer de la culpabilité. Ainsi, nous pouvons retrouver des intentions manipulatoires derrière les derniers mots qu'elle m'adresse indirectement lors de mon dernier jour de stage : « *elle m'abandonne* ». Finalement, Madame B. est également en proie à des angoisses d'intrusion. En effet, elle se sent régulièrement persécutés par des objets externes, généralement appréhendés comme des mauvais objets, réceptacles des composantes psychiques rejetées par Madame B. (Kernberg, 1979). Ce sentiment de persécution était particulièrement visible lors de son hébergement en UPAD où Madame B. était très angoissée par une autre résidente qui manifestait des troubles de la déambulation. Elle exprimait craindre que cette résidente entre dans sa chambre, et cela malgré la porte fermée à clef. Cette situation clinique permet de métaphoriser l'angoisse d'intrusion de Madame B.

### **3. 2. Une quête narcissique**

Comme nous l'avons vu, Madame B présente une fragilité narcissique et identitaire qui est particulièrement altérée dans le vieillissement. Le Moi, par son caractère anaclitique, va déployer des défenses archaïques visant à se renarcisser à travers des objets extérieurs. Cette quête narcissique cherche notamment à préserver l'identité de Madame B. car le « sentiment d'identité dépend de la solidité du narcissisme » (Balier, 1979, p. 635). Madame B., par la perte de son mari, son Moi idéal, perd ce qui la faisait, jusque-là, tenir narcissiquement. Pour croire en un Moi idéal réel, cela suppose l'existence d'objets totalement bons, mais aussi d'objets radicalement mauvais (Bergeret, 1975).

Ainsi, on observe un fonctionnement clivé, qui se manifeste chez Madame B. sous l'influence des imagos parentaux défaillants, vecteurs d'une autorité abusive intériorisée. Ce clivage est très ancré dans le discours de Madame B, qui sépare les « bonnes personnes » des « mauvaises personnes » en fonction de l'exercice ou du respect manifesté à l'égard de l'autorité. En parallèle de ce mécanisme, s'active une identification projective (Kernberg, 1979). Dans cette mesure, les soignants qui « *commandent* », « *décident* » et les résidents qui sont violents et qui ne respectent pas les règles de savoir-vivre sont fortement critiqués et rejetés par Madame B. Ces caractéristiques, partagées par les imagos parentaux défaillants, sont expulsées et projetées sur la scène extérieure. L'objectif est de protéger le narcissisme en projetant « sur un objet extérieur des pulsions ou autres sentiments jugés indésirables » (Charrier & Hirschelmann, 2022, p. 99). En contrepartie, Madame B., idéalise les personnes respectueuses, travailleuses, gentilles et qui font preuve d'altruisme. Dans le contexte de l'EHPAD, nous retrouvons comme principaux bons objets : la psychologue, les soignants méritants et travailleurs, son mari et sa belle-fille. Par l'identification à ces objets, Madame B., intériorise leurs qualités permettant de nourrir son narcissisme. Cela s'exerce, notamment, à travers la porosité des limites, qui floute la séparation entre ce qui relève de soi et des autres (Anzieu, 1985). Ainsi, cela permet de mettre en lumière la problématique du deuil persistant de son mari, qui semble impossible. Faire le deuil de son mari supposerait de tuer l'objet (Balier, 1979) et de perdre une partie d'elle (Charazac, 2020). En continuant l'idéalisatation de son mari, elle garde des ressources narcissiques. Pour intégrer ces qualités, Madame B. passe par une identification, directement observable à travers son discours. En effet, on retrouve beaucoup de parallélismes avec son mari comme : « *Je ne dis jamais non* » et « *il ne dit jamais non* », ou encore, « *Je ne veux pas de problèmes* », « *Je n'aime pas la violence* » et « *il ne ferait pas de mal à une mouche* ».

Cependant, si cette identification et fusion imaginaire à l'objet perdu est utilisée de manière durable, elle peut devenir pathologique, en impactant considérablement le travail d'élaboration mentale et en augmentant le risque d'une dépression chronique (Dollander & De Tychéy, 2002). C'est notamment ce qui entre en jeu pour Madame B. qui manifeste depuis huit ans des troubles anxioc-dépressifs, qui semblent imperméables aux tentatives d'élaboration psychique et de réappropriation des événements.

Cependant, Madame B. est très entourée par sa famille et par les professionnels de l'EHPAD, ce qui lui permet de diviser ses investissements narcissiques sur d'autres objets. Sa famille est très présente, autant par leurs visites régulières que par leur présence symbolique à travers la multitude de photos qui enrobe la chambre de Madame B. Parmi eux, sa belle-fille est spécifiquement investie. Madame B., lui attribue les mêmes qualités qu'à son mari, en appuyant notamment sur sa servabilité et sa bienveillance. Elle compare aussi à plusieurs reprises sa situation familiale avec celle de sa belle-fille, qui, selon elle, a une mère « *trop autoritaire* » avec laquelle, elle ne s'entend pas. En soulignant ces similitudes, Madame B., estompe les frontières entre le contenu interne et externe, entre ce qui relève d'elle et ce qui appartient à sa belle-fille. Elle en vient à supposer une filiation adoptive et un inversant des générations, en affirmant que sa belle-fille est « *comme une mère pour moi [elle]* ». Par cette comparaison, Madame B. tente de restaurer les imagos parentaux défaillants, en intégrant un bon imago maternel. Ainsi, Madame B. l'investit « comme objet narcissique dans un mouvement de dédifférenciation, de fusion qui permet de retrouver face à la mort la sécurité des relations primaires » (Talpin & Racin, 2023, p. 85-86). Cette tentative de maintien de bons imagos parentaux s'observe aussi à travers la recherche d'explications et de justifications rationnelles au décès de sa mère : « *elle ne l'a [la mort de sa fille] pas supporté* », « *c'est la pire chose [la mort de sa fille] pour une mère* ». Cela se fait malgré un ressentiment persistant face à son passage à l'acte - « *elle n'a pas pensé aux autres* » - qui l'a, indirectement, mené à vivre une enfance « *difficile* » auprès de sa tante. Cette dernière porte alors toute la responsabilité, devenant le principal mauvais objet : « *Je n'irai pas sur sa tombe [la tombe de sa tante]* ». De plus, comme mentionné précédemment, Madame B. cherche à se revaloriser à travers les professionnels par l'idéalisation et l'identification projective (Kernberg, 1979). Elle souligne la qualité de leur travail et répète qu'ils sont méritants. Par sa participation quotidienne aux tâches, Madame B. s'inclut symboliquement dans l'équipe de professionnels et bénéficie, par conséquent, de cette valorisation. Une valorisation d'autant plus importante par le biais du travail, défini comme un support de l'identité (Le Goff & Rexand-Galais, 2018).

**Synthèse :** L'analyse théorico-clinique permet d'appuyer l'hypothèse d'un fonctionnement limite chez Madame B. L'étude de la psychogénèse met en lumière les traumatismes précoce qu'ont représenté le suicide et la souffrance psychique de sa mère ainsi que l'autorité abusive exercées par sa tante et son oncle. Ces événements passés ne lui ont pas permis d'intégrer de bons imagos parentaux. Ainsi, Madame B. se construit avec un narcissique fragile, qui, pendant longtemps, a été supporté par la relation anaclitique et la présence étayante de son mari. Cependant, son décès provoque l'effondrement de l'équilibre psychique de Madame B. qui, en perdant cet investissement narcissique, se trouve en grande vulnérabilité dans ce temps du vieillir. Ainsi, le vieillissement va réactiver d'anciennes fixations en lien avec l'autorité abusive subie. Face à l'angoisse de perte, Madame B. va mobiliser des mouvements de soumission et de manipulation vis-à-vis de l'environnement pour s'assurer de ne pas être abandonnée. Par ailleurs, à travers l'utilisation de mécanismes de défenses archaïques (idéalisation, identification-projective, clivage...), Madame B. cherche à rétablir de bons imagos parentaux et des ressources narcissiques pour soutenir son Moi.

## Conclusion

Ce travail de mémoire a tenté, à travers l'analyse théorico-clinique de Madame B., de mettre en évidence les spécificités cliniques propre au vieillissement et aux structures de la personnalité limite. Ce dernier vient également questionner les répercussions de l'autorité abusive exercée dès l'enfance, et qui persistent dans le temps, se réactivant dans le vieillissement. Par ailleurs, le mémoire permet de mettre en lumière l'importance de l'accompagnement et de la présence des proches dans le vieillissement. Pour Madame B., le soutien de sa famille est déterminant. En effet, malgré les nombreux désirs de morts exprimé à travers ses troubles anxioc-dépressifs, Madame B. affirme tenir pour le bien de ses proches et pour garder « *l'entente* » au sein de sa famille. Dans cette mesure, cette perspective aurait également pu guider ma recherche, en abordant la dimension contenant et structurante de l'environnement dans le vieillissement.

En-dehors du cas singulier de Madame B., cette recherche met aussi en lumière les enjeux psychologiques non-négligeables du vieillissement. L'angoisse de mort prédomine dans la clinique, et les troubles anxioc-dépressifs sont très répandus. Dans un contexte où les pertes sont fréquentes, où les deuils s'accumulent et où la solitude s'installe, il est juste de dire que ces troubles sont prévisibles. Cependant, appréhender cette souffrance comme une part normale et inévitable de la fin de vie, l'amène très fréquemment à la négliger. De plus, il y a une véritable marginalisation de la vieillesse, alimentée par de nombreux stigmates négatifs, qui augmente le nombre de personnes laissé-pour-compte. Cette exclusion remet en question l'identité même des patients qui n'éprouvent plus un sentiment d'utilité. J'ai été touchée d'entendre lors de mes consultations l'expression de ces sentiments chez les résidents : « *Je ne sers plus à rien de toute façon* », « *Le monde ne s'arrêtera pas de tourner si je meurs demain* », « *À quoi bon vivre ?* ». Cet éprouvé semble d'autant plus prégnant dans le contexte de l'EHPAD, qui, pourtant, vise à lutter contre l'isolement et à favoriser les liens sociaux. Pour cela, l'établissement organise régulièrement des événements, qui ont pour objectif de mêler la vie en dehors et à l'intérieur de l'EHPAD. Néanmoins, il persiste, dans l'esprit des résidents, l'impression de ne plus faire partie intégrante de la société. Cela sous-entend que cette mise à l'écart va bien au-delà d'un simple éloignement géographique, et qu'elle implique une exclusion sociale des sujets âgés. Le vieillissement est un sujet qui rend mal à l'aise et qui est fréquemment refoulé, car il fait appel à nos propres angoisses face à notre mort ou celle de nos proches. C'est, par ailleurs, cette angoisse qui m'animait auparavant et qui a été à l'origine de ma décision de faire un stage en EHPAD. J'avais espoir, en m'y confrontant, de pouvoir y faire face avec plus confiance, et cela, pour des raisons personnelles et professionnelles.

Dans cette mesure, ce travail de recherche présentait une difficulté supplémentaire en lien avec mon manque de connaissances cliniques et théoriques en gérontologie. Ainsi, j'ai été traversée par de nombreux doutes, remettant fréquemment en question mes raisonnements. Bien que cela ait ralenti la progression de cet écrit, cette expérience m'a toutefois permis de me concentrer sur les aspects subjectifs et uniques de Madame B. Cette position de doute a également motivé mes rencontres et m'a encouragée à chercher au-delà de ce que je pensais savoir. Les lectures théoriques, les discussions pluridisciplinaires ainsi que les séances de direction de mémoires ont pu, peu à peu, lever certaines incertitudes et m'aiguiller dans ma production. Cela m'a progressivement conduit à cette proposition d'analyse théorico-clinique, qui selon moi, permet d'appréhender au mieux le cas de Madame B.

En parallèle, cette étude de cas permet de questionner, plus largement, le champ d'action du psychologue, dans l'accompagnement des sujets âgés manifestant de grandes souffrances psychologiques. En effet, comme c'est le cas pour Madame B., certains symptômes peuvent considérablement impacter la qualité de vie. Cependant, leur manifestation sert de protection, et les éliminer reviendrait à priver le sujet de ses mécanismes de défenses contre l'angoisse. Par conséquent, il ne serait pas bénéfique pour Madame B. d'entamer un travail de deuil, car cela entraînerait la perte des ressources narcissiques que lui procure son mari, lesquelles lui permettent de tenir. Dans cette mesure, le deuil doit rester impossible. Il est donc essentiel pour le psychologue d'accorder une attention toute particulière aux particularités fonctionnelles des patients avant d'entreprendre un changement. Par ailleurs, malgré une variabilité individuelle, il existe une différence significative entre des personnes de 70 ans et celles de 90 ans. Avec l'âge, la plasticité cérébrale diminue et les troubles cognitifs augmentent, impactant considérablement nos capacités d'élaboration et d'adaptation aux changements. Si à cela s'ajoute une rigidité défensive, comme exprimée par Madame B., alors un travail introspectif paraît impossible. En plus de son inutilité, il peut également exacerber les plaintes en faisant surgir chez les résidents des angoisses d'intrusion liées à la porosité des limites. Par conséquent, l'accompagnement doit reposer sur une écoute attentive, étayante et contenante. Le psychologue devient le porte dépôt des angoisses et les transforme pour le sujet. Ces rencontres doivent offrir une enveloppe psychique et un sentiment de sécurité, qui sont mis à mal dans le vieillissement. Par ailleurs, il est nécessaire de se recentrer sur la réalité actuelle du sujet. Le temps du vieillir s'inscrit dans une temporalité particulière, où les traumatismes passés n'ont pas les mêmes impacts. Il se joue quelque chose du côté de l'angoisse de mort et des pertes narcissiques qui vont remanier les problématiques antérieures.

# Bibliographie

Anzieu, D. (1985). *Le moi-peau*. Bordas Editions.

Bacqué, M. (2014). L'angoisse de mort dans le vieillissement. Pratique analytique avec des personnes de plus de soixante-dix ans. *Le Carnet PSY*, 180, 45-49. <https://doi.org/10.3917/lcp.180.0045>

Balier, C. (1976). Chapitre III : Le devenir du narcissisme au cours du vieillissement. *Gérontologie et Société*, 1(4), 145-151. <https://doi.org/10.3917/gs.004.0145>

Balier, C. (1979), « Pour une théorie narcissique du vieillissement », *L'Information psychiatrique*, vol. 55, n° 6, p. 635-645.

Balier, C. (1982), « Des changements de l'économie libidinale au cours du vieillissement », in *Le Temps et la vie, les dynamismes du vieillissement*, Guillaumin J. et Reboul H. (dir.), Lyon, Chronique sociale, 63-69.

Balier, C. (2007). Introduction. Dans : , C. Balier & V. Lemaître (Dir), *Claude Balier: La violence de vivre* (pp. 9-18). Toulouse: Érès.

Bergeret, J. (1975). *La dépression et les états-limites : points de vue théorique, clinique et thérapeutique*.

Bertrand, M. (2024). Chapitre 12. Vieillir, penser, créer. Dans : Philippe Gutton éd., *L'écoute clinique à l'épreuve du vieillissement* (pp. 215-227). Paris: In Press.

Bourgeois, D. (2019). Chapitre 1. Les états-limites : passer de la nosographie actuelle à une troisième entité. Dans : , D. Bourgeois, *Comprendre et soigner les états-limites* (pp. 1-17). Paris: Dunod.

Braconnier, A. & Costantino, C. (2014). Comment rencontrer la maladie d'idéalité de l'adolescence ?. *Cliniques*, 8, 38-55. <https://doi.org/10.3917/clini.008.0038>

Carel, A. (2002). Le processus d'autorité. *Revue française de psychanalyse*, 66, 21-40.  
<https://doi.org/10.3917/rfp.661.0021>

Carel, A. (2004). Le processus d'autorité: Approche clinique et métapsychologique. Dans : Marcel Sassolas éd., *Malaise dans la psychiatrie* (pp. 95-118). Toulouse: Érès. <https://doi-org.buadistant.univ-angers.fr/10.3917/eres.sasso.2004.01.0095>

Carel, A. (2022). Le processus d'autorité comme offre surmoïque et ses vicissitudes. *Cliniques*, 23, 22-32. <https://doi.org/10.3917/clini.023.0022>

Chan, J. (2015). Narcissisme primaire, narcissisme secondaire. L'identité dans la gestion de la culpabilité meurtrière. *Revue de psychothérapie psychanalytique de groupe*, 64, 155-166.  
<https://doi.org/10.3917/rppg.064.0155>

Charazac, P. (2020). *Psychogériatrie: En 24 notions.* Dunod.  
<https://doi.org/10.3917/dunod.chara.2020.01>

Charazac, P. (2022). Les vieilles gens sont-elles encore éducables ? Autorité et soin au grandâge. *Cliniques*, 24, 29-42. <https://doi-org.buadistant.univ-angers.fr/10.3917/clini.024.0029>

Charrier, P. & Hirschelmann, A. (2022). Chapitre 4. Approche psychopathologique psychanalytique des états limites. Dans : , P. Charrier & A. Hirschelmann (Dir), *Les états limites* (pp. 77-114). Paris: Dunod.

Chasseguet-Smirgel J. (1975), *L'Idéal du Moi. Essai psychanalytique sur la maladie d'idéalité*, Paris, Tchou.

Coudreuse, J. (2003). L'entrée en vieillesse : une nouvelle crise existentielle. Dans : Michel Personne éd., *Les chaos du vieillissement* (pp. 45-50). Toulouse: Érès.  
<https://doi.org/10.3917/eres.perso.2003.01.0045>

Dessuant, P. (2007). L'idéal du moi. Dans : Pierre Dessuant éd., *Le narcissisme* (pp. 89-108). Paris cedex 14: Presses Universitaires de France.

Dessuant, P. (2007). Le narcissisme secondaire. Dans : Pierre Dessuant éd., *Le narcissisme* (pp. 109-125). Paris cedex 14: Presses Universitaires de France.

De Parseval, C. (2007). De Ferenczi à Winnicott : le « nourrisson savant » et le faux self. *Le Coq-héron*, 189, 122-141. <https://doi.org/10.3917/cohe.189.0122>

Dollander, M. & de Tychey, C. (2002). Deuil compliqué et fonctionnement intrapsychique : Approche clinique et projective. *Psychologie clinique et projective*, 8, 241-264. <https://doi.org/10.3917/pcp.008.0241>

Duparc, F. (2012). Trois formes de la maladie d'idéalité selon Janine Chasseguet-Smirgel. Dans : Catherine Druon éd., *La pensée psychanalytique de Janine Chasseguet-Smirgel: Le courage de la différence* (pp. 35-49). Paris cedex 14: Presses Universitaires de France. <https://doi-org.buadistant.univ-angers.fr/10.3917/puf.druo.2012.01.0035>

Estellon, V. (2012). Figures et formes des états limites. *Le Carnet PSY*, 160, 26-30. <https://doi-org.buadistant.univ-angers.fr/10.3917/lcp.160.0026>

Estellon, V. (2023). *Les états limites*. Presses Universitaires de France. <https://doi-org.buadistant.univ-angers.fr/10.3917/puf.estel.2023.06>

Fourques, C. (2018). Rester vivant à l'aube de la mort. Clinique du quotidien en ehpad. *Cliniques*, 15, 118-133. <https://doi.org/10.3917/clini.015.0118>

Freud, S. (2013). *Pour introduire le narcissisme*. Éditions Payot. Edition originale 1915.

Freud, S. (2023). *Le moi et le ça*. Editions Homme et Litterature. Edition originale 1923.

Gibeault, A. (2012). *L'Idéal du Moi et la maladie d'idéalité. Hommage à J. Chasseguet-Smirgel*. Dans : Catherine Druon éd., *La pensée psychanalytique de Janine Chasseguet-Smirgel: Le courage de la différence* (pp. 23-33). Paris cedex 14: Presses Universitaires de France. <https://doi-org.buadistant.univ-angers.fr/10.3917/puf.druo.2012.01.0023>

Green, A. (1983). *Narcissisme de vie, narcissisme de mort.*

Ionescu, S. & Jourdan-Ionescu, C. (2010). Entre enthousiasme et rejet : l'ambivalence suscitée par le concept de résilience. *Bulletin de psychologie*, 510, 401-403.  
<https://doi.org/10.3917/bopsy.510.0401>

Kernberg, O. (2016). *Les troubles limites de la personnalité*. Dunod. <https://doi-org.buadistant.univ-angers.fr/10.3917/dunod.kernb.2016.02> Edition originale 1979.

Laplanche, J., Pontalis, J., & Lagache, D. (1967). *Vocabulaire de la psychanalyse*.  
<https://ci.nii.ac.jp/ncid/BA86414248>

Le Goff, J. & Rexand-Galais, F. (2018). La question narcissique au moment du passage à la retraite. *Bulletin de psychologie*, 558, 931-942. <https://doi.org/10.3917/bopsy.558.0931>

Legrand, M. (1997). Vieillesse et vieillissement : évolution des représentations ? *Gérontologie et Société*, 20(81), 161-172. <https://doi.org/10.3917/gs.081.0161>

Mendel, G. (2006). *Une histoire de l'autorité: Permanences et variations*. La Découverte.  
<https://doi-org.buadistant.univ-angers.fr/10.3917/dec.mende.2006.01>

Messy, J. (1997). *La personne âgée n'existe pas : une approche psychanalytique de la vieillesse*. Payot. Edition originale 1992.

Péruchon, M. (2001). Du moi-peau : applications à la gérontologie et à la ritualité. *Psychologie clinique et projective*, 7, 45-54. <https://doi.org/10.3917/pcp.007.0045>

Péruchon, M. (2013). Narcissisme, mentalisation et objet, fondement de la résilience Son devenir chez la personne âgée. Dans : , C. Bergeret-Amselek, *L'avancée en âge, un art de vivre* (pp. 75-111). Toulouse: Érès.

Polard, J. (2014). Le vieillissement : un travail psychique. Dans : Gisèle Chaboudez éd., *Actualités de la psychanalyse* (pp. 303-303). Toulouse: Érès.  
<https://doi.org/10.3917/eres.gilli.2014.01.0303>

Quinodoz, D. (2008). Chapitre 5. L'angoisse de mort. Dans : , D. Quinodoz, *Vieillir: Une découverte* (pp. 63-91). Paris cedex 14: Presses Universitaires de France.

Quinodoz, J. (2004). Le moi et le ça, S. Freud (1923b). *Hors Collection*, 231-238. <https://www.cairn.info/lire-freud--9782130534235-page-231.htm>

Quinodoz, J. (2004). « Pour introduire le narcissisme », S. Freud (1914c). Dans : , J. Quinodoz, *Lire Freud: Découverte chronologique de l'œuvre de Freud* (pp. 151-157). Paris cedex 14: Presses Universitaires de France.

Racamier, P. (2010). À partir de la séduction narcissique. Dans : , P. Racamier, *L'inceste et l'incestuel* (pp. 3-16). Paris: Dunod.

Racin, C., Kaluaratchige, E., Rexand-Galais, F. & Verdon, B. (2021). Le vieillissement. Dans : Alain Ducousoo-Lacaze éd., *Ce que les psychanalystes apportent à l'université* (pp. 167-171). Toulouse: Érès. <https://doi-org.buadistant.univ-angers.fr/10.3917/eres.ducou.2021.01.0167>

Reiss, N. S., & Tishler, C. L. (2008). Suicidality in nursing home residents: Part I. Prevalence, risk factors, methods, assessment, and management. *Professional Psychology: Research and Practice*, 39(3), 264–270. <https://doi.org/10.1037/0735-7028.39.3.264>

Rexand-Galais, F. (2019). Humeurs sénescentes : la question narcissique dans le vieillissement. *Psychologie Clinique*, 48, 96-109. <https://doi-org.buadistant.univ-angers.fr/10.1051/psyc/20194896>

Rexand-Galais, F. (2022). Entre pertes et tempêtes : quand la vieillesse remanie l'autorité. *Cliniques*, 23, 104-116. <https://doi.org/10.3917/clini.023.0104>

Roussillon, R. (2008). Le Moi-peau et la réflexivité. Dans : Didier Anzieu éd., *Didier Anzieu : le Moi-peau et la psychanalyse des limites* (pp. 89-102). Toulouse: Érès. <https://doi-org.buadistant.univ-angers.fr/10.3917/eres.rouss.2008.01.0089>

Talpin, J. (2014). Le bien vieillir et ses modèles au regard de la clinique. *Le Carnet PSY*, 180, 38-40. <https://doi-org.buadistant.univ-angers.fr/10.3917/lcp.180.0038>

Talpin, J. (2018). Du corps virtuel au réel du corps en gériatrie. *Connexions*, 110, 99-108. <https://doi-org.buadistant.univ-angers.fr/10.3917/cnx.110.0099>

Talpin, J., Racin, C. (2023). *Psychologie clinique du vieillissement normal et pathologique*. Dunod.

Thomas, C. (2016). De la créativité en établissement pour personnes âgées dépendantes. *Le Journal des psychologues*, 335, 72-76. <https://doi.org/10.3917/jdp.335.0072>

Tison, P. (2023). 1. Définition du vieillissement. Dans : , P. Tison, *Psychologie du vieillissement en 40 notions* (pp. 3-7). Paris: Dunod.

Tremblay, G. C., & Israel, A. C. (1998). Children's adjustment to parental death. *Clinical Psychology: Science and Practice*, 5(4), 424–438. <https://doi.org/10.1111/j.1468-2850.1998.tb00165.x>

Trouilloud, M. (2014). Maladie d'idéalité et résilience : destins possibles. Dans : Louis Ploton éd., *Résilience et personnes âgées* (pp. 149-165). Paris: Odile Jacob. <https://doi.org/10.3917/oj.ploto.2014.01.0149>

Verdon, B. (2012). Chapitre 1. Éléments de psychopathologie. Dans : , B. Verdon, *Cliniques du sujet âgé: Pratiques psychologiques* (pp. 27-36). Paris: Armand Colin.

Verdon, B. (2013). De désunion en abandon : séparations inéluctables, séparations impossibles à l'épreuve du vieillissement. Dans : Catherine Chabert éd., *Les séparations: Victoires et catastrophes* (pp. 199-211). Toulouse: Érès. <https://doi-org.buadistant.univ-angers.fr/10.3917/eres.chabe.2013.01.0199>

Verdon, B. & Rexand-Galais, F. (2021). À propos de « super-vieillissement ». Idéalisations, hypomanie, renoncement. *Gérontologie et société*, 43(166), 201-214. <https://doi-org.buadistant.univ-angers.fr/10.3917/gs1.166.0201>

Vincent, M. (2023). L'âgisme à l'épreuve de la vie en EHPAD. *Études sur la mort*, 160, 31-52.  
<https://www.cairn.info/revue--2023-2-page-31.htm>.

Winnicott, D. W. (2006c). *La mère suffisamment bonne*. Edition originale 1953.

Zucker, D. (2012). Pour introduire le faux self. Dans : , D. Zucker, *Penser la crise: L'émergence du soi* (pp. 19-21). Louvain-la-Neuve: De Boeck Supérieur.

# **La majoration des enjeux liés à l'autorité et au narcissisme dans le vieillissement : Étude du fonctionnement limite de Madame B.**

## **RÉSUMÉ**

Ce mémoire présente l'étude du cas de Madame B., résidente de 90 ans en EHPAD, qui présente depuis le décès de son mari, il y a huit ans, des troubles anxiо-dépressifs majeurs. Les rencontres avec Madame B. ont pu mettre en évidence un fonctionnement limite, qui trouverait son origine dans des traumatismes familiaux précoceѕ. Le vieillissement l'expose à des attaques narcissiques et à la résurgence d'une autorité abusive, dont Madame B. va tenter de se protéger. À travers une relation d'objet anaclitique, Madame B. mobilise des mécanismes de défenses archaïques, telles que l'idéalisation, l'identification projective et le clivage, pour tenter de trouver des ressources narcissiques dans des objets externes et de mettre à distance son angoisse de perte.

**MOTS-CLÉS :** Vieillissement - Autorité - Narcissisme - État limite - Angoisse de perte

## **ABSTRACT**

This research paper presents the case study of Mrs B., a 90-year-old resident in a nursing home, who has been experiencing a major anxiety-depressive disorders since the death of her husband eight years ago. Encounters with Mrs. B. have revealed a borderline functioning, likely rooted in early familial traumas. Aging exposes her to narcissistic attacks and the resurgence of an abusive authority, from which Madame B. tries to protect herself. Through an anaclitic object relationship, Mrs. B. mobilizes archaic defense mechanisms such as idealization, projective identification and splitting, in an attempt to find narcissistic resources in external objects and to distance herself from her loss anxiety.

**KEYWORDS :** Aging - Authority - Narcissism - Borderline - Loss anxiety