
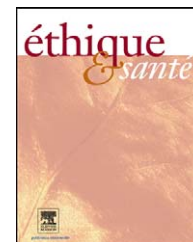




Disponible en ligne sur  
 ScienceDirect  
www.sciencedirect.com

Elsevier Masson France  
 EM|consulte  
www.em-consulte.com



DÉMARCHES ET OUTILS : INSTITUTIONS

## Mort de l'Autre et institution gériatrique : accompagner le vécu des résidents

Death and Geriatric institution: An ethical questioning

M. Hecquet

*Service Ehpad, centre hospitalier de Corbie, 33, rue Gambetta, 80800 Corbie, France*

Disponible sur Internet le 29 juillet 2011

### MOTS CLÉS

Personne âgée ;  
Mort ;  
Vécu ;  
Rite ;  
Sens commun ;  
Bienfaisance

**Résumé** Bien que toujours présente en toile de fond dans les établissements gériatriques, la mort reste un sujet difficile à évoquer avec les personnes âgées institutionnalisées : leur propre mort, celle du voisin de chambre, le vécu et le sens qui y sont associés. Le travail de deuil s'amorçant tant dans sa dimension individuelle que dans sa dimension collective, vient déstabiliser le résident qui est parfois déjà fragilisé et perçu comme vulnérable. Le questionnement des équipes s'inscrit dans le souci de l'Autre, le souci d'être bienfaisant. Mais faut-il toujours rendre compte de la réalité et comment ? Ce dilemme éthique nous invite à nous questionner doublement sur le respect de la dignité de la personne âgée, pour celle qui nous a quittés et pour celle qui reste. Il alimente, en outre, un questionnement quotidien des établissements gériatriques.

© 2011 Elsevier Masson SAS. Tous droits réservés.

### KEYWORDS

Old person;  
Death;  
Personal experience;  
Common sense;  
Rite

**Summary** Although always present in the background in the geriatric establishments, the death remains a subject difficult to evoke with the institutionalised old persons: their own death, that of the neighbour of chamber, the feelings and meaning which are associated to it. The period of mourning begins both in its individual dimension and in its collective dimension, comes to destabilize the resident who is sometimes already weakened and perceived as vulnerable. Medical teams ask about what do to, is it always necessary to report the reality of the death and how? This ethical dilemma invites us to a double question, about the respect for the dignity of the old person, the person who has died and the one who continues the life. It gives food for thought, as a daily questioning of the geriatric establishments.

© 2011 Elsevier Masson SAS. All rights reserved.

Adresse e-mail : [marysehecquet@yahoo.fr](mailto:marysehecquet@yahoo.fr)

La vieillesse est, pour la personne âgée, une période faite de ruptures et de deuils multiples. L'institutionnalisation en établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) peut être vécue comme une rupture avec son fonctionnement et sa vie antérieure, déstabiliser et instaurer de nouveaux repères spatiotemporels, des nouveaux repères qui vont jaloner les derniers mois et moments de vie du nouveau résident. Car si la maison de retraite est un lieu de vie où on s'attache à réfléchir au « *projet de vie* » du résident, c'est également souvent la dernière demeure avant la mort : mort qui est présente dans tous les esprits et se rappelle à chacun quotidiennement, un entrant prenant toujours la place d'un mort. La certitude de la mort, la personne âgée la ressent dès qu'elle en franchit les portes, dans la mesure où cette étape vient souvent signifier la fin d'une existence « *normale* », où tout ce qui donnait sens à sa vie va changer. D'ailleurs depuis quelques années, on ne meurt plus au domicile, mais en institution, du fait en partie de l'évolution des modes de vie et de la médicalisation du grand âge.

Dans les représentations collectives, le grand âge est lié à la mort, le décès d'une personne âgée est donc admis comme un événement normal, voir banal, puisque c'est la fin du cycle de la vie. La clinique nous montre combien il est important de ne pas banaliser la mort de l'Autre au risque de la rendre tabou, et qu'elle a une place à tenir sur la scène sociale en général et dans nos institutions en particulier. Ce qu'elle ne nous enseigne pas, c'est quelle place lui donner au regard des considérations éthiques qu'elle soulève.

En maison de retraite, pour le résident, il y aura sa propre mort, mais également celle du voisin de chambre, peut-être celui avec qui il a tissé des liens affectifs, établit de nouveaux repères, avec qui il a partagé et peut-être connu sa famille, et qui a fait partie de son quotidien parfois pendant plusieurs années. Tous ne créent pas de tels liens, et il n'y aura pas toujours de travail de deuil à proprement parler lors d'un décès, mais cette perte peut venir faire résonance chez chacun. Quelques situations concrètes nous permettront d'envisager ce que représente et à quoi renvoie symboliquement la mort d'un résident, pour ceux qui restent. Dans quelles mesures permettons-nous au résident de faire le travail de deuil de leur voisin de chambre ? Quel « *au revoir* » [1], quelles possibilités de réalliance laissons-nous aux résidents qui restent ? Quelle place en institution pour le questionnement éthique pluridisciplinaire autour de cet « *au-revoir* » à l'Autre ?

Les événements de la vie, tels que la mort, la maladie, sont vécus en fonction de la signification qu'ils possèdent pour ceux qui les vivent ainsi que la signification que leur attribue leur entourage [2]. La façon dont nous allons gérer la mort psychiquement (conscient et inconscient) et physiquement par la mise en acte, vient faire écho chez le résident, qui s'approprie ou non la nouvelle de la disparition. Ainsi, Mme G. arrive à la maison de retraite dans un contexte de chutes à répétition, dans un foyer logement où elle était autonome dans sa vie quotidienne. Son nouveau logement l'éloigne géographiquement de sa famille, et elle n'accepte pas son institutionnalisation, il y a une perte de l'élan vital. Peu après son installation, surviennent rapidement deux décès de résidents qui étaient en fin de vie, avec qui elle n'a donc pu entretenir de lien affectif. Ce qu'elle perçoit de ces morts, ce sont deux brancards

couverts aperçus dans le hall, qui emmènent les corps à la morgue : cette image sera retenue psychiquement et imprènera sa fantasmatique. Dans ce contexte, où le travail psychique d'acceptation du changement de vie est essentiel, avec évolution des repères fondamentaux, elle pense avoir été envoyée dans « *un mouvoir* » et s'adresse en ces termes à sa fille : situation angoissante à l'extrême, où aucun espace n'a permis de verbaliser et donner du sens à l'événement, où elle n'a pu s'approprier la mort autrement que sous la forme d'une faucheuse qui allait prochainement l'emporter elle aussi (verbalisé en ces termes). Arrivée d'un milieu de vie où ses voisins de palier étaient à son image, autonomes, Mme G. ne se voit plus dans le miroir face à l'Autre, mais est en présence de résidents beaucoup plus dépendants qu'elle physiquement ou psychiquement. Non-préparée à cette proximité de la mort, il lui est difficile de se projeter autrement qu'avec angoisse dans « *l'avenir* » [3] : « *à qui le tour ?* ». Cette projection, c'est également ce résident, qui a vu en peu de temps deux de ses voisins de table disparaître, et qui se demande si c'est lui « *le prochain ?* »... Si la société occidentale tente de mettre à distance les affects et la place de la mort dans la vie, il semble que les microsociétés (telles que les établissements de soin) ne puissent les ignorer.

M. C. a quant à lui identifié « *la chambre froide* », à l'extérieur de l'établissement, comme un « *crématorium* » : c'est ainsi qu'il en parle à une aide soignante. Il comprend que c'est ici que les résidents décédés sont emmenés et qu'il y a un « *après* » le décès. On peut se demander quel est son niveau de connaissance ou de représentation de « *l'après* », est-ce que cette remarque signifie qu'il veut en savoir plus et qu'est-il prêt à entendre ? Comment équilibrer réalité, croyances et représentations ?

*Ces réflexions laissent envisager le rôle important de la fantasmatisation pour donner du sens à ce qui est vu, vécu, et ce qui n'est pas su.*

En effet, la mort ne laisse pas indifférent, elle est ambivalente pour tout individu [1] : une partie de soi accepte cette réalité tandis qu'une autre partie préfère la fuir et économiser un travail psychique et physique coûteux : que dire ou ne pas dire aux résidents ? Comment ? Peut-on et doit-on en parler aux résidents déments ? Comment accueillir leurs réactions, entre souffrance, questionnement, et indifférence ? Ces confidences de résidents, parfois un peu gênés, interrogateurs, soupçonneux, mettent à leur tour mal à l'aise ceux qui les reçoivent. La première réaction en général est de vouloir protéger le résident, lui éviter de souffrir et de se projeter dans sa propre mort. On retrouve là en filigrane des fondements éthiques du soin, de prime abord le soignant ne veut pas nuire mais être bienfaisant et respecter la personne dans sa dignité, au risque parfois d'entretenir l'ambivalence psychologique de la mort.

Cacher la mort d'un résident aux autres ou ne pas la verbaliser/la symboliser interroge notre propre rapport à la mort et à l'Autre, à ce qu'ils nous renvoient et mobilisent de notre problématique psychique personnelle. Si vis-à-vis de la personne endeuillée, « *moins on en dit mieux on accompagne* » [1], il s'agit de ne pas dire pour lui ou verbaliser à sa place, de chercher absolument les mots ou combler ses

silences, mais de laisser l'Autre trouver sa place et accepter son cheminement. Chacun avancera avec son rythme et sa sensibilité. Comme l'explique Heslon [4], les deuils se font à partir des mots, mais également des rituels : ceux-ci viennent répondre à un vide laissé par la mort, ils nous aideraient à l'intégrer psychiquement en la réintroduisant dans le champ social.

En effet, l'absence de repères ou de symbolisations favorisent et entretiennent un vécu angoissant de la mort. Cela peut signifier aux autres résidents que leur mort ne laissera pas de trace, qu'aucun rituel ne préservera leur dignité après leur disparition, que le départ de leurs pairs et leur propre mort à venir sont comme des événements insignifiants pour les autres. Pour Richard [5], avec les patients malades, « nous n'avons pas le rôle de passeur comme certains le disent, nous atteignons le "fleuve", mais nous restons sur la rive, alors que lui traverse le gué, seul ». Le parallèle peut se faire avec l'accompagnement de la personne âgée dans ses dernières années de vie : nous l'accompagnons jusqu'à la mort, avec ses croyances, son vécu et le nôtre, ces dernières étapes sont jalonnées par le décès de personnes de son entourage proche ou non, d'autres résidents. La manière dont nous lui permettons de vivre et penser ces/ses morts l'amènera jusqu'à la sienne, qu'il aura également pu penser. Ritualiser le décès/la mort de l'Autre va dans le sens d'un partage, partager le deuil plutôt que d'être seul, partager les émotions qu'il suscite, rassembler. Incrire dans l'espace et dans le temps la mort du résident, souligne que nous les accompagnons jusqu'à cette rive : nous ne savons pas ce qu'il se passe une fois le gué franchit, mais pour les vivants, le mort ne s'évanouit pas, il n'est pas insignifiant, on peut encore le nommer, se le représenter et se remémorer. On renforce ainsi l'identité des résidents « qui restent », en les resituant en tant que sujets, dans une société où l'on vit et où l'on meurt. L'inscrire ponctuellement dans l'espace et dans le temps, c'est permettre à cette mort d'être autrement qu'omniprésente et envahissante dans les pratiques soignantes et le relationnel aux résidents « voisins de chambre », ainsi que dans la psyché des résidents.

### *C'est permettre de se dire au revoir et de terminer une relation.*

Pour autant, il est intéressant de se questionner, ces rites ont-ils un caractère obligatoire ? Trop rigides et entretenus dans le temps (afficher pendant un mois la photo du défunt...), on peut supposer qu'ils empêchent le défunt de quitter le groupe et le groupe de s'en séparer et continuer son chemin. Symboliquement toujours, ils empêcheraient l'arrivée d'un nouveau membre dans la microsociété, la place étant toujours occupée. Le rituel ne doit pas être une dette vis-à-vis du défunt, chacun étant libre de s'y associer ou non.

Dans les sociétés traditionnelles, les changements de vie comme le passage à l'adolescence ou la mort d'un proche, qui suscitent de l'angoisse, sont accompagnés par des rites. De nos jours et dans le monde occidental, ces rites sociaux tendent à disparaître [6] : la mort est tabou, on ne se (nous) donne pas le temps de l'accepter et l'intégrer. L'accès à un autre monde symbolique, celui des défunts, traduit par les

rites funéraires, doit être permis pour tout à chacun membre de nos sociétés et résidents de nos établissements gériatriques : « c'est un invariant anthropologique, les morts poursuivent un processus dynamique amorcé tout le long de la vie humaine » (p. 144). Les rites sont des échanges qui viennent faire mémoire, en marquant la temporalité et le souvenir de l'évènement, ils donnent sens à la vie du groupe et répondent au principe d'humanité. Le rite mortuaire est un rite de sortie du groupe, groupe qui n'oublie pas pour autant le défunt mais qui doit continuer aussi continuer de vivre. En outre, « la solitude de l'endeuillé est largement compensée par le rituel social : en effet, s'il est bien entouré, il pourra s'appuyer sur les paroles et souvenirs des autres » (p. 152), des autres résidents et soignants.

Mme M. et Mme O., deux résidentes qui se sont liées d'affection, passent leurs journées ensemble. L'étaillage affectif renforce leur autonomie physique, l'une et l'autre semblant être complémentaires en comblant les manques de l'autre. Pour l'équipe, il est difficile de penser l'une sans penser l'autre. Une nouvelle résidente, Mme G., se joint à ce tandem, commence à tisser de nouveaux liens et la relation devient triangulaire. L'équilibre relationnel du duo nouvellement trio est rapidement perturbé : Mme M. fait une chute et se retrouve hospitalisée. Les premières donnes médicales sont rassurantes et Mme O. en est informée. Mais quelques heures plus tard, Mme M. décède brutalement à l'hôpital. L'équipe apprend et accepte difficilement cet évènement qui n'avait pas été anticipé, on s'interroge à propos de la réaction de Mme O., craignant un travail de deuil difficile et un syndrome de glissement réactionnel. À l'étonnement de tous, elle semble accepter cette perte, encouragée et stimulée par l'équipe et par Mme G., qui dans l'inconscient collectif, vient remplacer la résidente décédée. L'équipe adopte une position d'évitement, décrite comme nécessaire et bienfaisante, on ne parle plus de Mme M., « on ne fait pas mémoire », puisqu'il y a à nouveau un tandem, chacun semble rassuré de cette situation... Mme O. n'évoque plus spontanément le décès de la résidente, mais s'y autorise quand on l'y invite : contrairement à ce que l'équipe souhaitait, le travail de deuil lui est difficile, elle ne réalise pas la soudaineté de sa mort, elle ne l'a pas revue et n'a pas pu lui dire « au revoir ». Quelques mois après et malgré l'attitude voulue bienfaisante, c'est à son tour de nous quitter.

De Broca [1] nous rappelle que l'une des conduites à tenir face à la mort, est de laisser la personne endeuillée vivre l'évènement à son rythme, sans se mettre à sa place pour lui éviter de souffrir et de vivre certaines phases difficiles liées à la perte de l'Autre. Mme O. semblait avoir besoin de se remémorer Mme M., de l'évoquer, mais chacun a pensé que la souffrance était aseptisée et contenue par la présence de Mme G. : offrir la possibilité d'évoquer la défunte aurait ouvert une cicatrice pas tout à fait refermée... autant pour la résidente, que pour l'équipe enfermée dans une attitude rationalisée et rigide. Accompagner celui qui reste après la mort de l'Autre, c'est fondamentalement optimiser la séparation et entre dans une dynamique de ré-alliance. L'au-revoir au défunt, ce qui en est dit ou symbolisé par les émotions, vient faire du lien là où il y a eu rupture et effraction psychique pour certains. Il peut être difficile comme on le voit, et nécessite beaucoup de réajustements entre l'attitude qu'on pense être bienfaisante et le risque d'être

finalement dans la malfaisance non intentionnelle. Se soucier de l'Autre nous amène à nous décentrer de nos propres perceptions, ce qui est bon pour nous ne l'est pas forcément pour autrui, dépasser nos angoisses et nos projections est nécessaire pour mieux accompagner la personne.

*Ni imposée ni niée, la mort s'apprivoise en trouvant la juste distance ou juste présence.*

Le vieillissement altérant la communication du et avec le sujet âgé, la valeur accordée à sa parole ou à sa compréhension de la réalité est souvent remise en cause. Quand le résident a pu établir des directives anticipées, exprimer les souhaits relatifs à sa fin de vie, qu'il a tissé une relation de confiance suffisante pour parler de sa mort, ces éléments peuvent aider l'équipe soignante dans son accompagnement. Ainsi, M. M., résident assez solitaire, a pu dire qu'à sa mort, il ne voudrait pas qu'on affiche dans le service la date des funérailles (rituel habituel du service). Cette demande, ce « je », resitue la personne dans son autonomie et sa capacité de faire des choix le concernant. Ce choix, de se retirer du groupe dans le silence, peut heurter et interpellé les habitudes. Les fondements éthiques du soin nous rappellent que la dignité de la personne est liée à sa nature humaine plutôt qu'à ses actes, et nous invitent à respecter ce choix.

Une délicate question se pose souvent, « dire ou ne pas dire » aux résidents qui ont des troubles cognitifs et notamment de la mémoire immédiate. On peut penser que l'information, même si elle n'est pas sue cognitivement, est vécue : celui qui venait manger à ses côtés ne vient plus, celui qui chantait n'est plus là... Cela étant, la façon de symboliser cette absence doit surtout être réfléchie en équipe, car l'angoisse générée peut être trop envahissante surtout si l'information doit être donnée plusieurs fois et qu'elle est toujours assimilée comme une nouvelle donnée [2]. Faire émerger ce questionnement c'est déjà faire référence à la dignité des résidents, se soucier d'eux en tant que personnes.

*Prendre en compte la vulnérabilité de la population accueillie : il n'y a pas de réponse unique à cette réflexion éthique, qui demande une décision et une attitude collégiales, avec évaluation des bénéfices pour la (les) personne(s) concernée(s).*

Faire mémoire devient une étape essentielle dans l'accompagnement des résidents. Mais en général, les maisons de retraite peinent à symboliser et à entourer les décès, les pratiques mortuaires y étant surtout régies par l'hygiène médicale et la gestion administrative. La nécessité médicale et la politique économique obligent souvent à « remplacer » rapidement le résident défunt, à en effacer la présence/absence pour bientôt accueillir un remplaçant. Il revient à chaque établissement gériatrique, chaque équipe, de penser ce qui peut venir faire mémoire et comment, de s'approprier des rituels et leur symbolique en s'interrogeant. Rosette Poletti, présidente de Vivre Son

Deuil Suisse nous apprend que chez nos voisins [7], les établissements médicosociaux qui accueillent de plus en plus de personnes âgées, ont fait évoluer leurs pratiques dans ce sens [7]. Une bougie est allumée à côté de la photo du défunt, chacun peut écrire un mot à l'attention de sa famille, les résidents ont la possibilité de voir le défunt... Inscire le décès sur une petite affiche dans les lieux de vie, l'inscrire dans le journal de la maison de retraite, proposer un moment de recueillement, accompagner un résident qui le souhaite aux obsèques, au cimetière ou au jardin du souvenir pour s'y recueillir : autant de rites qui lèvent le tabou sur la mort et viennent donner du sens à ce qui est vécu collectivement et individuellement. Ce questionnement n'est pas sans lien avec une quête identitaire : inscrire le sujet dans l'histoire de l'établissement conforte une dynamique transgénérationnelle. Les lieux de vie tels que les Ehpad connaissent, avec l'évolution sociologique de la population âgée (entrée en institution plus tardive, poly pathologies), une crise identitaire et une évolution de leurs missions. On peut supposer que les petits établissements sont davantage confrontés à cette quête : un lieu où tout le monde se connaît et se côtoie ne peut ignorer un défunt. A contrario, les grands établissements, de plusieurs centaines de lits, sont-ils dans cette même dynamique ? L'histoire de l'établissement et la réflexion éthique qui y est impulsée sont déterminantes. Accompagner le vécu de la mort ne peut être régi par des conduites et rituels rigides, et doit pouvoir s'adapter aux problématiques rencontrées, en consolidant un questionnement au quotidien sur la bienfaisance des actions entreprises.

In fine, les projets d'établissements prévoient de soigner le temps d'accueil d'un nouveau résident, de s'adapter à ses habitudes de vie et l'accompagner progressivement dans son chemin au sein de l'institution. Au regard de ces quelques réflexions, il semble aussi primordial de soigner le temps de son départ, en faisant le lien avec les « autres résidents », en se donnant les moyens de penser la mort de l'Autre âgé, l'intégrer dans les pratiques et les projets sans la rendre tabou et subir son omniprésence.

## Déclaration d'intérêts

L'auteur déclare ne pas avoir de conflits d'intérêts en relation avec cet article.

## Références

- [1] De Broca A. Deuils et endeuillés. Paris: Masson; 2006.
- [2] Gineste Y, Pellissier J. Humanitude. Comprendre la vieillesse, prendre soin des Hommes vieux. Paris: Armand Colin; 2007.
- [3] Sachet A. Mourir âgé en institution. Etud Mort 2004;126: 115–23.
- [4] Heslon C. Accompagner le grand âge. Psycho-gérontologie pratique. Paris: Dunod; 2008.
- [5] Richard MS. La souffrance globale. In: Jacquemin D, editor. Manuel de soins palliatifs. Paris: Dunod; 2001. p. 115–25.
- [6] Bacqué MF. L'un sans l'autre. Psychologie du deuil et des séparations. Paris: Larousse; 2007.
- [7] Poletti R. Mourir en maison de personnes âgées. Etud Mort 2004;126:109–14.