

SCIENCES PO

**Politiques gérontologiques et Gestion
des ehpad**

Executive Master

Promotion 2003-2004

Direction :

Luc BROUSSY, Délégué Général du SYNERPA

Dossier de soutenance publique

Prénom : Patrice Nom : *GAUDY*

Date de la soutenance : **11 mai 2005**

Titre du mémoire : **Dépression et suicide de la personne âgée, rôle de l'EHPAD**

Nom du tuteur : **Dr FRANCO**

DEPRESSION ET SUICIDE DE LA PERSONNE AGEE :

ROLES DE L'EHPAD

par

Patrice GAUDY

Mémoire présenté pour l'obtention du
diplôme

Politiques Gériatriques et

Direction d'EHPAD
Sciences Politiques

2003 - 2004

Tuteur Dr FRANCO



SOMMAIRE

§§§

PREAMBULE

§§§§§§§§§§§§§§§§§§§§§§§§§§§§

PREMIERE PARTIE

DEPRESSION ET SUICIDE DE LA PERSONNE ÂGÉE : QUELS RÔLES POUR L'EHPAD ?

CHAPITRE I

DE QUI PARLE-T-ON QUAND ON PARLE DE VIEUX ?

CHAPITRE II

HISTORIQUE DE L'ETAT DE « VIEILLESSE »

I La vieillesse aujourd'hui

- a. Les différentes étapes de la vieillesse
  - i. La retraite
    - 1. L'âge de la retraite
    - 2. L'âge des traumatismes importants
    - 3. La prise de la retraite
  - ii. Le troisième âge
  - iii. Le quatrième âge

CHAPITRE III

DEMOGRAPHIE

CHAPITRE IV

ESPERANCE DE VIE

1. Définitions
  - a. Espérance de vie à la naissance
  - b. Espérance de vie à un âge donné
  - c. Espérance de vie à la retraite
  - d. Espérance de vie et morbidité

CHAPITRE V

LE VIEILLISSEMENT

1. Vieillesse normale
2. Vieillesse pathologique
3. Vieillesse réussie

CHAPITRE VI

OÙ SONT LES VIEUX ?

1. Les lieux de vie
  - a. Domicile
  - b. Institutions

CHAPITRE VII

POURQUOI ENTRER EN INSTITUTION ?

1. La perte d'autonomie
  - a. Les chiffres
2. Le coût de la dépendance
  - a. Aides financières

CHAPITRE VIII

LA PLACE DES VIEUX DANS NOTRE SOCIETE

1. personne âgée « fardeau »
2. le jeunisme ou âgisme
  - a. Le vieux : représentation de la mort
  - b. le vieux est dépendant et coûte cher
3. le travail de vieillir

§§§

DEUXIEME PARTIE

LA DEPRESSION DE LA PERSONNE ÂGÉE

CHAPITRE I

DEPRESSION ET VEILLISSEMENT

1. Réflexions – questionnement
2. Définition
3. Epidémiologie
  - a. Troubles dépressifs en milieu institutionnel
4. Etiologie
5. Evaluer la dépression
  - a. Pourquoi évaluer la dépression ?
  - b. Les outils de l'évaluation
  - c. Quand évaluer ?
6. Dépression ou démence
7. La résistance des soignants au diagnostic de dépression
8. La dépression : facteur de risques de chutes
9. Dépression et syndrome de glissement
10. Le rôle de la dépression dans le suicide du sujet âgé
11. La dépression, dernier rempart contre le suicide

CHAPITRE II

LE SUICIDE DE LA PERSONNE ÂGÉE

1. Définition
2. Historique du suicide
3. Suicide de la personne âgée : sujet tabou
4. Le sacrifice d'une petite quantité de vie ?
5. Suicide et avancée en âge
6. Epidémiologie
7. Modes de suicide et détermination à mourir
8. La crise suicidaire
9. Mode de suicide selon le lieu de vie

CHAPITRE III

L'INSTITUTION : SUICIDOGÈNE ?

1. Les situations à risques
  - a. La dépression
  - b. La perte du conjoint ou d'un proche
  - c. Entrée en institution
    - i. Les conditions d'institutionnalisation
  - d. Le sentiment d'inutilité

CHAPITRE IV

DEPRESSION – SUICIDE : LA PREVENTION

1. Bref historique de la prévention
2. La prévention de la dépression et du suicide en EHPAD
  - a. Facteurs de risques
    - i. Le résident
    - ii. L'institution
3. De la dépersonnalisation à la personnalisation
  - e. Développement de la vie sociale
  - f. Favoriser la vie familiale et personnelle
  - g. Respect de la vie intime
  - h. Respect du corps
4. Formation
  - i. Formation initiale
  - j. Formation continue
5. Soutien des équipes
  - k. Lieux et temps de paroles
  - l. Le psychologue

6. La préparation de l'entrée en institution
  - m. Le pré-accueil
  - n. L'accueil
  - o. Le suivi
  - p. Le degré de satisfaction
7. La famille : un partenaire indispensable
8. L'animal de compagnie
9. Le parrainage des nouveaux résidents
10. Prise en compte des désirs des « vieux » : l'écoute
11. Réintroduire la mort dans nos structures
  - q. L'accompagnement de fin de vie
  - r. Le spirituel
  - s. L'équipe face au suicide d'un résident
12. Les limites de la prévention

§§§§§§§§§§§§§§§§§§§§§§§§§§§§§§§§§

CONCLUSION

§§§§§§§§§§§§§§§§§§§§§§§§§§§§§§§§

PREAMBULE

Jeune directeur d'un Logement Foyer en 1988, à COGNAC en Charente, je suis confronté au suicide d'une dame, entrée depuis deux mois dans l'établissement.

Ce drame, traumatisant pour la famille, l'équipe, les autres résidents et le personnel, a bouleversé toutes mes croyances et ma certitude, de l'époque : être un bon directeur.

Cet évènement s'imposait à moi, mettant en évidence un dysfonctionnement de l'institution et le malaise de son directeur : moi-même.

- ❖ Pour ne pas savoir combien il était important d'accueillir correctement une nouvelle résidente, pour laquelle changer de lieu de vie représente souvent un traumatisme entraînant de la souffrance.
- ❖ Pour ne pas l'avoir accompagnée dans cette étape en entendant cette souffrance.
- ❖ Pour ne pas l'avoir accompagnée au-delà de sa mort par manque de rituel dans la structure.
- ❖ Pour ne pas avoir accompagné l'équipe et les résidents après ce suicide.

De toute évidence, j'ai pris conscience que l'on ne dirige pas un logement foyer (ou EHPAD) comme une autre entreprise et qu'il allait falloir très vite me former.

Cet événement, s'il a bouleversé toutes mes certitudes en a fait naître une autre. Faire intervenir auprès des personnes âgées, en institution comme à domicile, des personnels non préparés et non formés peut se révéler dangereux et source de maltraitance (dans le sens de ne pas bien traiter).

C'est un des éléments que je vais développer dans ce travail que je présente aujourd'hui :

Dépression et suicide de la personne âgée : Quels rôles pour l'EHPAD. ?

La problématique posée est de savoir si le taux de mortalité par suicide est plus élevé en institution qu'à domicile et si l'EHPAD a plutôt un rôle protecteur ou non.

Je commencerai ce travail en essayant de définir ce qu'est une personne âgée aujourd'hui, en montrant qu'il est difficile de le faire, tant la frontière entre l'adulte et « le vieux » a évolué ces dernières années, et continue de le montrer aujourd'hui.

Nous verrons que le vieillissement des uns peut être différent de celui des autres et que de la qualité de celui-ci, dépend, souvent le lieu de vie de la personne âgée : domicile ou institution.

Le vieillissement « raté » pourra entraîner des problèmes de dépression, surtout pour la personne en établissement.

Une question se pose alors : l'était elle avant son entrée, le deviendra-t-elle par la suite ? Quels rôles pour l'institution ?

Le risque majeur de la dépression du sujet âgé est le suicide. Combien de responsables d'EHPAD, n'ayant pas été confrontés à un cas de suicide dans leur établissement ou leur carrière se pensent-ils à l'abri ?

Trop. Ceux là seront surpris de lire que les taux de suicide peuvent être trois fois supérieurs en établissement par rapport au domicile.

Essayer de comprendre pourquoi, proposer ce qui pourrait être important pour que cela change, constituera la dernière partie de ce mémoire.

REMERCIEMENTS

La préparation de ce travail m'a amené à rencontrer de grands professionnels que je tiens à remercier pour leur disponibilité, leur écoute, leurs conseils, leur accueil :

Dr Marguerite CHARAZAC BRUNEL

Dr Pierre CHARAZAC

Dr Jean MAISONDIEU

Dr Jean François COUDREUSE

Madame Geneviève LAROQUE

Madame Marie Magdeleine FARJAT

**Dépression et suicide de
La personne âgée :
Quels rôles pour
L'EHPAD**

DE QUI PARLE -T'-ON QUAND ON PARLE DE VIEUX ?

Selon l'arrête publié au journal officiel le 14 juillet 1985, « la personne âgée est une personne plus âgée que la moyenne des autres personnes de la population dans laquelle elle vit ». L'âge médian étant de 37,5 ans, il y a en France beaucoup plus de vieux que nous l'imaginons. Manifestement, c'est une définition de la vieillesse peu adaptée.

La question que l'on peut se poser aujourd'hui :

❖ Qui a décidé :

- À partir de quand on est un vieux ?
- de quel moment ?
- A partir de quel changement quelqu'un, qui, jusque là était considéré comme un adulte de plein droit, devient- il un vieux ?

❖ Quand devient on vieux ?

❖ Qui a décidé qu'un des âges de la vie allait s'appeler vieillesse ?

Une des réponses a été donnée par l'OMS (Organisation Mondiale de la Santé) : « la personne âgée est une personne de plus de soixante cinq ans, âge moyen de départ à la retraite ».

Mais, pour qualifier le grand âge, on peut identifier les seuils d'âge à partir desquels le risque de perte d'autonomie est relativement élevé, ou s'accroît de manière importante.

On est alors amené à différencier le seuil de 75 ou 80 ans.

Pour les gériatres, une personne est dite « âgée », quand un certain degré de dépendance est atteint, en particulier à partir de 80 ans, par la présence de poly pathologies invalidantes.

HISTORIQUE DE L'ETAT DE « VIEILLESSE »

Au cours du 19ème siècle, c'est le départ des hommes à la guerre (capacités à porter des armes) qui détermine l'âge adulte (15 à 60 ans). Il fut ainsi décidé que, avant 15 ans on était « enfant ou adolescent » et au-delà de 60 ans « vieux ou vieillard »

Ce seuil de soixante ans reste pendant plus de deux siècles considéré comme l'entrée en vieillesse. Force est de constater que, avoir 60 ans en 1800, ne peut se comparer à une situation identique en 1900 et encore moins en 2000.

L'expansion du nombre de vieux inquiète ainsi démographes et politiques qui appellent à la reprise de la fécondité. Alfred Sauvy écrit en 1946 « comment veut-on qu'un peuple comptant tant d'hommes âgés puisse se défendre, maintenir son expansion et s'adapter à la marche du monde...un organisme qui vieillit est un organisme qui se laisse envahir par les cellules inutiles... » (1)

En 1962, on retrouve dans le rapport Laroque « ...le vieillissement grève les conditions d'existence de la population française... »

L'image du vieux « fardeau », « charge » est née avec des conséquences lourdes sur la population âgée, c'est ce que nous verrons dans le chapitre II.

En 1994 le rapport Picq à son tour déplore un trop grand nombre de vieux.

Ainsi, la vieillesse est considérée comme mécanisme de déclin. Une vision organiciste qui conduit à faire peu à peu de la personne atteinte de la maladie d'Alzheimer, l'archétype du vieillard d'aujourd'hui selon Jérôme Pellissier (*Jérôme Pellissier « la nuit tous les vieux sont gris » Daniel Radford avril 2003*).

(1) Alfred Sauvy & Robert Debré "des Français pour la France, le problème de la population » Paris Gallimard 1946).

I La vieillesse aujourd'hui :

Selon Dominique Argoud et Bernadette Pujalon, (*gérontologie et société n° 106 « paroles de vieux » fondation nationale de gérontologie*), la vieillesse est une histoire, une géographie, une terre, un continent : elle a ses odeurs, sa couleur, sa matière, son air, son espace. Elle est produit d'histoire, elle est en mouvement.

Pour compléter ce commentaire on peut reprendre une affirmation de Michel Bille (*La Chance de Vieillir P60*) : « l'âge n'a plus de sens, il n'est plus un critère »

a) Les différentes étapes de la vieillesse :

On a pu apprécier, précédemment, qu'il est difficile de fixer le moment, l'âge à partir duquel l'homme n'est plus un adulte mais un vieux. Cette variable n'a d'ailleurs plus grand sens dans une société de l'instant, elle n'est plus qu'un chiffre (1). Il n'est ni enviable ni à redouter. D'ailleurs, qu'est ce qu'être vieux quand on vit en temps réel, dans la négation de la durée. Il faut vivre vite semble t'il. Et déjà, on ne sait plus à quel âge il faut partir en retraite, comme si l'âge n'était plus le critère de référence...

i. La retraite :

1. L'âge de la retraite :

Une délimitation critiquée.

Pourtant, même si beaucoup de personnes âgées se lancent dans un grand nombre d'activités extérieures qui les satisfont, certaines d'entre elles subissent de plein fouet une diminution importante, voire très souvent une disparition, de leurs relations professionnelles, sociales, amicales. Selon Yves PELISSIER : « dans une culture où l'identité se définit volontiers par la profession, la retraite est plus qu'une démobilisation, c'est une dépossession, à la limite, une dépersonnalisation.

2. L'âge des traumatismes importants :

Chaque année, 68 000 femmes âgées de 60 à 74 ans deviennent veuves. Sur la même période, seuls 18000 hommes se retrouvent en situation de veuvage.

(1) Michel Bille « la chance de vieillir » p60 Edition L'Harmattan

3. La prise de la retraite

Lorsque dans le couple, l'un des conjoints prend sa retraite, cette situation provoque une baisse des revenus économiques et des dépenses. Depuis 1956, le Fond National de Solidarité accorde à partir de 65 ans, une allocation supplémentaire aux personnes titulaires d'une pension pour qu'elles puissent disposer au moins, du minimum vieillesse. Aujourd'hui, moins de 10% des personnes âgées de moins de 74 ans bénéficient du FNS (Fond national de Solidarité).

ii. Troisième âge (75 à 84 ans) :

Dans cette tranche d'âge, les femmes sont deux fois plus nombreuses que les hommes.

75 % des hommes vivent encore en couple contre 30% des femmes.

C'est à cette période de la vie que le sujet âgé doit massivement faire face à la solitude, ainsi qu'à la maladie.

La mortalité par cancer est double chez la femme par rapport à la tranche d'âge précédente, elle atteint chez l'homme 264 pour mille avec, dans l'ordre de fréquence des organes atteints : prostate, poumon, intestin et rectum.

Dans cette tranche d'âge, un sujet sur deux sera hospitalisé dans l'année.

La moyenne d'espérance de vie sans incapacité est à 75 ans d'un peu plus de 4 ans

C'est à ce moment qu'apparaît le besoin d'une aide à domicile, qui, si elle ne suffit pas conduira la personne âgée, à entrer en institution.

iii. Quatrième âge : à partir de 85 ans

La population de cette tranche d'âge croît de façon impressionnante : l'effectif des plus de 85 ans a été multiplié par 2,5 depuis 1962. Celle-ci va s'accroître dans les 60 années à venir. Au-dessus de 60 ans, l'effectif va doubler, au-dessus de 75 ans, il va tripler, et au-dessus de 85 ans, il va quadrupler : parmi les raisons de cette évolution favorable, on peut citer les progrès de la médecine et l'amélioration des conditions de vie.

A partir de 85 ans, les femmes sont 3 fois plus nombreuses que les hommes et une majorité d'entre elles vivent seules

20% de cette population vit en établissement.

La cause principale de la perte d'autonomie est représentée par le développement des pathologies mentales et la sénilité, même si les handicaps physiques atteignent près de un vieillard sur deux.(1)

(1) Ferrey et C Dupuy « Les dépressions du sujet âgé » Ed MASSON G

DEMOGRAPHIE

❖ La situation aujourd'hui :

Population totale : 61,1 millions d'habitants, dont 1,7 millions pour les départements d'outre mer.

Source INSEE, Bilan démographique au 1 janvier 2002

Plus de cinquante-cinq ans : 15 196 751
Plus de soixante-cinq ans : 9 602 179
Plus de soixante-quinze ans : 4 449 032
Plus de quatre-vingt-dix ans : 2 355 824

Source : US Bureau of census, International data base 2001

Si les femmes sont minoritaires à la naissance, (il naît 105 garçons pour 100 filles), elles représentent 55% de la population âgée de 60 à 74 ans. A partir de 75 ans, leur part atteint les deux tiers (65%) et elle dépasse les trois quarts parmi les plus de 85 ans.

Sur les Français de soixante ans et plus, on compte 7 millions de femmes et 5,2 millions d'hommes.

Sur les plus de 65 ans, on compte 5,6 millions de femmes pour seulement 3,9 millions d'hommes.

Source : Francoscopie 2001

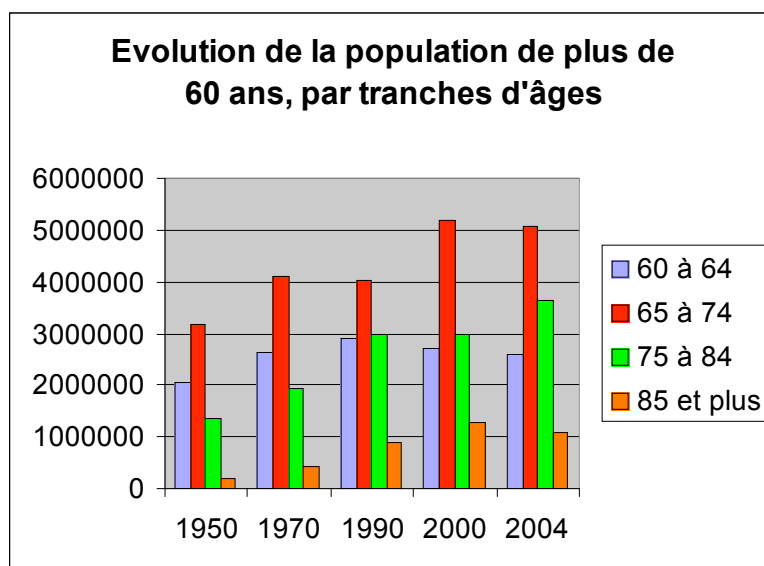
En 1800 la France ne comptait aucun centenaire.

En 2003 elle en comptait 12871 et en comptera selon les prévisions 165000 en 2050.

En 2050, la France devrait compter 65 millions d'habitants dont 22 millions de plus de soixante ans, soit 34% de la population. Plus d'un français sur trois sera un senior. Ce phénomène est du, conjointement, à la baisse de l'indice de fécondité et à l'allongement de l'espérance de vie ;

Évolution du nombre de personnes âgées en France de 1946 à 2004 :

Années	De 60 à 64 ans	De 65 à 74 ans	De 75 à 84 ans	85 ans et plus
1946	1998 090	3060 305	1218 095	161 603
1950	2036 667	3162 407	1364 113	200 588
1955	2042728	3223 888	1542 123	230 648
1960	2316 151	3326 418	1671 145	290 353
1965	2619511	3674 462	1810 591	360 786
1970	2636 052	4117 873	1932 640	423 099
1975	2622 954	4392 931	2158 695	497 727
1980	1616 609	4462 424	2511 248	567 366
1985	2914 316	3591 799	2775 768	684 368
1990	2892 072	4033 096	2963 936	874 483
1995	2912 957	5130 977	2456 267	1079 252
2000	2706 644	5171 628	2975 275	1267 200
2001	2663 138	5150 352	3146 019	1225 489
2002	2594 586	5132 041	3338 540	1161 148
2003	2584 181	5109 505	3509 039	1109 359
2004	2612314	5079 172	3655 999	1071 187



A peu près 25% des 85 ans et plus sont aujourd'hui en institution. En imaginant que ce taux reste stable et en considérant les tranches d'âges 60 à 64 ans, 65 à 74 ans et 75

84 ans (qui sont nos clients potentiels de demain), on imagine assez bien les difficultés pour les personnes âgées qui en auront besoin, pour trouver une place en institution : La pénurie se prépare t'elle ?

Les personnes âgées dépendantes auront elles leur place dans cette société ?

ESPERANCE DE VIE

Un chapitre sur l'espérance de vie dans un sujet sur la dépression et le suicide de l'âgé : ironie ou désir de regarder des êtres humains, non plus seulement avec la désespérance des pertes, mais avec l'espérance d'une vie à vivre.

1. Définitions

a. L'espérance de vie à la naissance

C'est la durée de vie moyenne estimée pour un individu à sa naissance.

Hommes : 75,5 ans

Femmes : 83 ans

Source INSEE Bilan démographique au 1 janvier 2002

b. L'espérance de vie à un âge donné :

C'est la durée de vie moyenne estimée pour un individu à partir de l'âge donné.

En 1750, seulement 21% des hommes vivaient jusqu'à 60 ans. Aujourd'hui :

Comme nous l'avons précisé dans le paragraphe précédent, l'espérance de vie à la naissance pour les hommes est de 75 ans et de 83 ans pour les femmes.

c. L'espérance de vie à la retraite (après soixante ans)

On a constaté une augmentation de l'espérance de vie depuis la seconde moitié du XXème siècle, elle devrait continuer à progresser d'environ un an et demi par décennie. Elle est passée de 17 ans en 1950 à 23 ans en 2000 (sans distinction de sexes) elle devrait atteindre 29 ans en 2040.

Les plus de 85 ans qui étaient à peine 200 000 en 1950 sont aujourd'hui 1,2 million, en 2050 ils seront 4,8 millions.

La France est le pays où l'écart entre les espérances de vie masculine et féminine est le plus important au monde.

L'espérance de vie à la naissance a augmenté de trois mois et demi pour l'année 2001 ; Entre 1990 et 1999, les hommes avaient gagné 28 mois contre seulement 18 mois pour les femmes. Depuis deux ans, les gains sont identiques pour les deux sexes.

Source : INSEE Bilan démographique au 1 janvier 2002.

En 2050, l'hexagone devrait toujours compter un nombre plus élevé de femmes que d'hommes aux âges avancés de la vie :

55% des plus de 60 ans

59% des plus de 64 ans

64% des plus de 85 ans seront des seniors.

On estime qu'une petite-fille française sur deux née au début du XXème siècle a toutes les chances de vivre centenaire.

En dépit des progrès observés dans l'amélioration de la qualité de vie aux grands âges, il semble exister un maximum biologique. Dans de nombreux cas, la fin de vie est caractérisée par la maladie, l'apparition d'états polypathologiques, un état de dépendance plus ou moins accentué et, souvent, une situation de grande solitude.

Ainsi, on peut se demander si cet avenir de grande vieillesse n'est pas source d'angoisse, de dépression et de suicide. D'autant que si l'espérance de vie au-delà de 60 ans progresse encore, cette question se posera de façon brutale.

d. Espérance de vie et morbidité :

L'espérance de vie augmente et on ne peut que s'en féliciter.

Néanmoins, une question, ou plutôt une condition à cette nouvelle longévité, se pose sur le confort et le maintien de l'autonomie. Elle nous pousse à nous interroger sur « quelle satisfaction aurait-on à vivre vieux, voire très vieux, sans bien-être et dans la souffrance ? »

Ainsi, à mon sens, manque t'il à cette notion d'espérance de vie, celle, essentielle de qualité de vie. Il faudra plus s'attacher à l'espérance (ESPOIR), qu'à l'espérance (QUANTITE) de vie.

Heureusement, l'espérance de vie sans incapacité augmente régulièrement et plus vite que la longévité elle-même, notamment chez les hommes. Ce phénomène fait que le maintien (je préfère soutien) à domicile est devenu la règle, aussi longtemps que cela est possible.

Plus on avance en âge, plus on risque d'être accueilli en établissement :

- à 85 ans et plus, en 1999, 45% des hommes sont hébergés en institution.
- 67% sont des femmes.

Notre étude mettra en évidence qu'il y a un taux de suicide important pour cette population. Ainsi, sauf inversement de cette tendance, on devrait être conduit à enregistrer une augmentation du nombre de suicides aussi bien en maison de retraite qu'à domicile.

LE VIEILLISSEMENT

Le vieillissement est un processus qui, au fil des années, transforme un sujet adulte en bonne santé en un individu fragile. Cette fragilité peut se définir par une modification des compétences, des réserves d'énergie et des principaux systèmes physiologiques. Elle entraîne une vulnérabilité qui augmente les risques de pathologie et accélère la mortalité.

Le processus physiologique du vieillissement se déroule simultanément mais pas nécessairement parallèlement à l'âge chronologique.

Le vieillissement est un processus normal, irréversible, qui nous concerne tous depuis notre naissance. Il affecte notre être biologique et notre relation à l'autre.

Si le vieillissement nous concerne tous, il faut bien reconnaître que la façon de vieillir diffère en fonction de chaque personne. Ainsi, peut-on « bien vieillir », « prendre un coup de vieux », « faire plus que son âge », « ne pas paraître son âge », etc...

C'est la raison pour laquelle nous ne traiterons pas du vieillissement mais des vieillissements :

1. Vieillissement normal :

Vieillir n'est pas une maladie (J M CHARCOT, P BOURDELAIS « Leçons sur les maladies » 1868). Le vieillissement est considéré comme normal lorsque, malgré quelques atteintes physiologiques liées à l'âge, il n'existe pas de pathologies particulières.

2. Vieillissement pathologique :

A contrario, le vieillissement pathologique s'accompagne de pathologies qui peuvent être multiples et entraver l'autonomie de la personne âgée (insuffisance cardiaque, troubles neuropsychiatriques). A titre d'exemple, la maladie d'Alzheimer touche en France environ 300 000 personnes, soit 6 à 8 % des plus de 65 ans et 30% des plus de 85 ans. Sur 100 femmes âgées de plus de 85 ans, 10 vont développer une maladie d'Alzheimer.

Dans le cadre des dépenses de santé, la maladie d'Alzheimer, à elle seule, correspond à un coût équivalent à celui de l'ensemble des maladies cancéreuses. Il suffirait de retarder de 5 ans le début de la maladie pour diminuer de moitié le nombre de malades. Des

progrès importants, dans le traitement de cette maladie, commencent à voir le jour dans ce domaine.

3. Vieillissement réussi :

Ce concept (1) repose sur un vieillissement avec une absence ou une atteinte minime des fonctions physiologiques et une absence de pathologies.

Bien sûr, un vieillissement idéal, proposé, développé et « vendu » par les médias implique la volonté pour tout à chacun d'entrer dans ce cadre avec l'espoir de bénéficier de cette qualité de vieillissement. Cette conceptualisation du vieillissement risquerait elle à terme d'idéaliser un processus en gommant les inégalités inhérentes à chaque être humain jusqu'à nous faire croire à l'immortalité ?

Ce n'est pas la meilleure façon de bien vieillir. C'est en tout cas le discours d'un certain nombre de grands auteurs comme J MAISONDIEU, C HERFFRAY ETC...

Lorsque l'on observe les différences de vieillissement entre des individus du même âge, on est amené à constater ces inégalités dans le vieillissement, inhérentes à deux mécanismes :

Intrinsèques : Le biologique, l'hérédité de la personne, son « histoire » médicale etc...

Extrinsèques : Progrès de la médecine associés à un meilleur accès aux soins, absence de guerre, augmentation du niveau de vie induisant une meilleure alimentation.....

Les éléments extrinsèques ont eu un rôle important dans la forte augmentation de l'espérance de vie. En effet, il y a peu de possibilités pour que ce soit le génome humain qui ait pu subir en aussi peu de temps, des remaniements aussi importants.

(1)BOUSQUETTE E, LAUQUE S, ADOUE D, VELLAS, ALBAREDE JL Vieillissement avec succès : données actuelles - « Vieillir avec succès » 1997 Collection l'année gerontologique p 9-29

Le rapport n° 59 sur le vieillissement (25 mai 1998) précise que l'on attribue le gain de longévité aux conditions générales de vie et de travail avec :

- Une nutrition de meilleure qualité,
- Une amélioration de l'habitat, du chauffage, de l'habillement, de l'hygiène,
- le recul des pandémies et les progrès de la médecine.

Enfin, la vieillesse, notre propre vieillesse est quelque chose que l'on a du mal à se représenter. Je ne me sens pas vieux aujourd'hui, je le suis pourtant aux yeux de mes enfants, et je me sens encore jeune quand je regarde mes parents.

Dernièrement, un homme de 90 ans venait visiter ma structure avec sa famille et à peine entré dans mon bureau, il dit à sa fille : « *ils sont tous vieux ici !* ». La moyenne d'âge de mon établissement est de 82 ans ...

OÙ SONT LES VIEUX ?

Répartition géographique :

1. Les lieux de vie :

En France, la population des 65 ans et plus est inégalement répartie (cf carte).

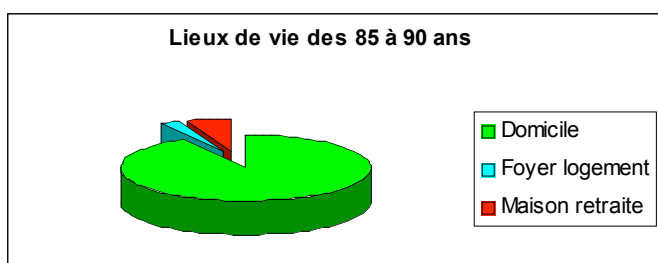
La région centre, l'ouest et l'extrême sud est regroupent la majorité des personnes âgées.

a. Domicile :

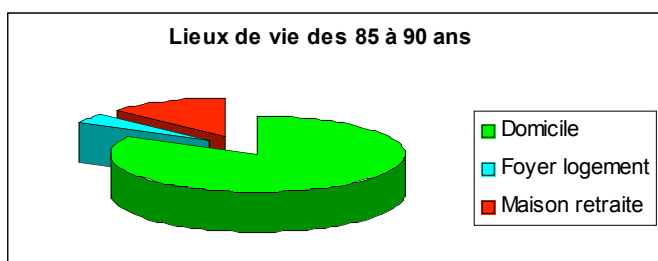
Jusqu'à 85 ans, 9 personnes sur 10 vivent à domicile :

Parmi les 75-79 ans, 95,3% vivent à domicile, 1,2% en foyer logement et 2,4% en maison de retraite.

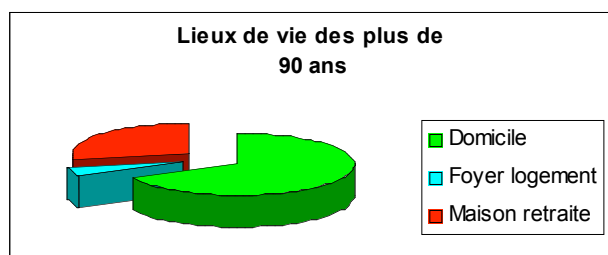
Parmi les 80-84 ans, 90,2% vivent à domicile, 2,4 en foyer logement et 5,7% en maison de retraite.



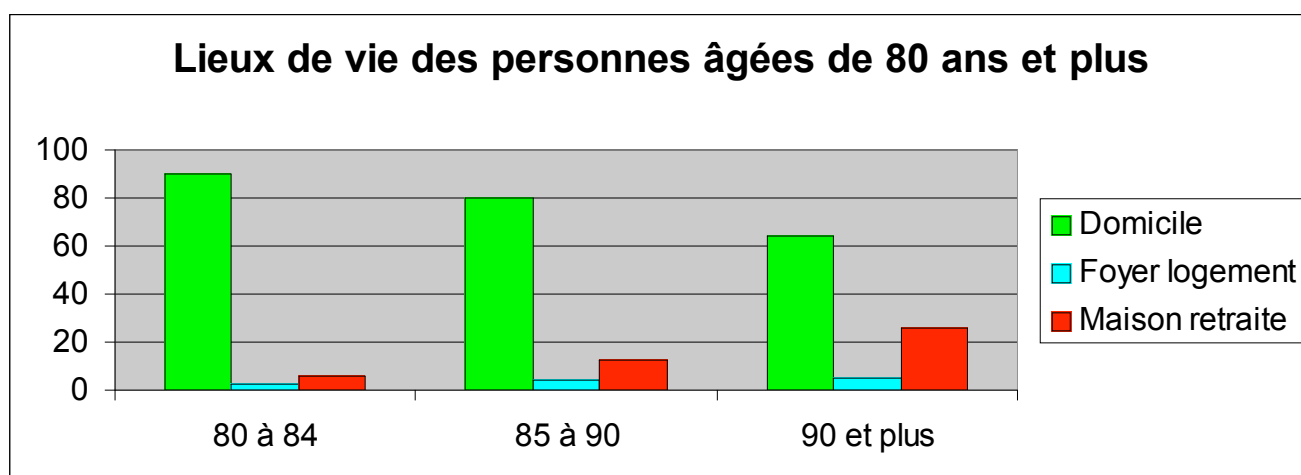
Parmi les 85-90 ans, 80,4% vivent à domicile, 3,9% en foyer logement et 12,8% en maison de retraite.



Parmi les 90 ans et plus, 64% vivent à domicile, 4,6% en foyer logement et 26,1% en maison de retraite.



Source INSEE Recensement de la population 1999



Le désir de rester chez soi exprime avant tout la volonté de conserver la liberté et la maîtrise de la conduite de sa vie. Le refus d'entrer en institutions gérontologiques s'explique ainsi par le déni d'être stigmatisé comme personne dépendante et vieille.(1)

On le constate sur ce graphique, à 90 ans et plus, le risque de devoir être accueilli en institution est plus grand. Une entrée qui se fait au moment où la personne âgée, est en grande faiblesse d'adaptation.

Nous verrons plus loin que cette étape que constitue l'entrée en institution est une étape importante pour la personne âgée et qu'un gros travail est à réaliser à ce niveau.

(1) Monique Legrand Edition ERES « Des lieux et des modes de vie pour les personnes âgées »

b. Institutions

Un peu d'histoire :

Avant 1975, les institutions sociales relevaient du sanitaire.

La loi du 7 août 1851 est relative à l'organisation des secours hospitaliers :

- l'hôpital devient le lieu où sont dispensés les soins médicaux.
- L'hospice est le lieu où sont reçus les assistés, vieillards, infirmes, enfants abandonnés, bref, tous ceux qui ont besoin d'un secours social et pas nécessairement médical.

Distinction confirmée par la circulaire du 15/12/1889 et consacrée par la loi d'assistance de 1905. Les hospices pour vieillards se multiplient dans la seconde moitié du XIXe.

En 1907, le critère d'âge disparaît, seule l'indigence justifie l'entrée à l'hospice.

1908, aux environs de 200 000 vieillards bénéficient des secours prévus par la loi du 14/07/1905.

Dans les années 1960, l'accès des personnes âgées à des pensions de retraite leur donne une indépendance financière, et la possibilité de ne plus être assistés.

A l'initiative, essentiellement des congrégations religieuses, des maisons de retraite se créent. En 1974, un programme de construction «*d'unités industrialisées*» de type V (comme vieux) est lancé, pour accélérer la réalisation des maisons de santé et de cure médicale... (1)

La maltraitance n'est pas encore sujet à la mode pour les médias de l'époque. Aussi, la trouve t'on plus fréquemment à l'intérieur de l'institution plutôt qu'en première page des journaux.

(1) Décideurs en Gériatrie n° 71

La loi n° 75.535 du 30/06/1975 crée un secteur, confirmant et organisant la séparation du sanitaire et du social : le médico social.

Les grands principes de la loi de 75 :

- Autonomie : possibilité de médicaliser les établissements sociaux.
- Unification
- Souplesse

Le cordon est coupé avec le champ sanitaire. L'autonomie du secteur postule la possibilité de médicaliser les établissements sociaux, l'indépendance impliquait la polyvalence et donc la possibilité de délivrer des prestations de soins non prévalents mais toutefois nécessaires à la cohérence de prise en charge globale et adaptée.

Concrètement, se mettent en place :

- Le Régime d'autorisation
- Les Conventions collectives
- Les Sections de cure médicale
- Les Plans de fermeture (humanisation) des hospices sous 10 ans.

Cette loi a totalement bouleversé les conditions d'hébergement des résidents de ces établissements où le sujet disparaissait pour devenir objet, où l'homme laissait la place au pensionnaire, propriété de l'institution.

Ses insuffisances :

- les droits des usagers ne sont pas évoqués
- la nomenclature des établissements est figée
- les procédures de planification et autorisation sont obsolètes
- pas de coordination

Il faudra attendre la loi de modernisation sociale du 2 janvier 2002 pour que l'objet pensionnaire devienne sujet, sujet de soins, sujet de bons soins.

L'usager-sujet n'appartient pas à l'institution, c'est un usager en soi, à partir duquel l'institution se réinvente (1).

Cette loi de modernisation sociale, symbolise le respect et la promotion du droit des personnes : (respect des Droits de l'Homme)

- Respect de la dignité
- Respect de l'intégrité
- Respect de l'intimité
- Respect de la sécurité
- Respect du libre choix

Les outils réglementaires à mettre en place :

- Le livret d'accueil
- La Charte qualité
- Le contrat de séjour
- Le conciliateur
- Le conseil de la vie sociale
- Le règlement de fonctionnement

(1)Philippe Ducalet ; Michel Fourcade « Penser la qualité des institutions sanitaires et sociales » Edition Seli Arslan p75-76.

POURQUOI ENTRER EN INSTITUTION ?

1. La perte d'autonomie :

844 000 personnes de 60 ans ou plus sont :

- dépendantes psychiquement, quand elles présentent des troubles du comportement ou une désorientation temporo-spatiale,
- ou lourdement dépendantes physiquement, quand elles ont besoin d'aide pour effectuer les gestes de la vie quotidienne.

Parmi elles :

- 330 000 personnes (soit 33 %) présentent uniquement une dépendance physique.
- 295 000 (soit 35 %) sont à la fois dépendants physiquement et psychiquement.
- 216 000 (soit 26%) présentent des problèmes d'orientation ou des troubles du comportement sans une lourde perte d'autonomie physique.

Entre 60 et 69 ans, « seulement » 2,1% des personnes sont dépendantes, c'est le cas de 10,5% des personnes de 80 ans, de 18,3% de celles de 85 ans et de 30,2% de celles âgées de 90 ans.

Proportion des personnes âgées dépendantes de 75 ans et plus en 2000 (par âge et par sexe :

Age	Hommes	Femmes
75 ans	4,59 %	4,13 %
80 ans	6,34 %	7,81 %
85 ans	11,31 %	15,53 %
90 ans	23,24 %	28,03 %
94 ans et plus	33,67 %	38,74 %

Source : Enquête HID de la DREES.

Nous verrons dans le prochain chapitre l'importance de cette échéance dans l'étude de la dépression et du suicide de la personne âgée.

a. Les chiffres :

660000 personnes résident dans les établissements pour personnes âgées.

Taux d'équipement moyen : 140 places pour 1000 personnes âgées de 75 ans et plus (dont 60% dans le secteur public).

Une capacité d'accueil en forte baisse depuis plusieurs années :

1996, il était de 166 pour 100 000.

2002, 147 pour 100 000.

Nous verrons les conséquences, qu'à mon sens, ce phénomène induit.

76/1000 de ces places peuvent être considérées comme médicalisées (1).

En 2000, on dénombre 10400 établissements hébergeant des personnes âgées :

6376 maisons de retraite

2975 Foyers logements

1044 Unités de Soins Longues Durées

Soit demain : 10400 EHPAD : « fusion » du sanitaire et du social liée à l'élévation observée du niveau des soins de base et médico-techniques dans ces entités, et la volonté d'aboutir rapidement, à une amélioration notoire du niveau de la qualité de prise en soin globale de la personne dépendante(2).

(1) Etude DRESS n°379 février 2005-09-02

(2) Marie Pierre HERVY, Michel Salom « Livre Blanc de la Gériatrie Française » édition SEPEG INTERNATIONAL 2004 P167.

Parmi ces personnes âgées hébergées :

- 412 000, soit près de 83% vivent en maison de retraite (EHPAD)
- 68 000, soit 14% vivent dans des unités de soins de longue durée des établissements hospitaliers.

Seuls 4%, soit 19 000 personnes, vivent en institutions pour adultes handicapés ou établissements psychiatriques.

Actuellement, les deux tiers des personnes dépendantes de plus de 80 ans résident à domicile et dans quatre cas sur dix, elles ne bénéficient que de l'aide apportée par leur famille. Les autres utilisant les services relevant du maintien à domicile(1).

Les autres difficultés rencontrées le plus fréquemment par les personnes de plus de 60 ans sont : le déplacement et la mobilité.

- Plus de 200 000 femmes sont confinées à l'intérieur de l'institution, (dans les lieux de vie communs, les chambres ou au lit). Parmi celles qui ne le sont pas, 60% en outre, ne sortent pas sans aide.
- Les hommes subissent moins fréquemment le confinement, ils sont 55 000 à ne pouvoir sortir de l'institution.

Plus de la moitié des personnes âgées hébergées en institution ont besoins d'une aide pour effectuer leur toilette ou pour s'habiller : 56% des femmes, 50% des hommes.

45 000 personnes vivent en institution sans présenter d'incapacité.

	En institution			A domicile *		
	Hommes	Femmes	Ensemble	Hommes	Femmes	Ensemble
Agriculteurs	11,5	9,2	9,7	16,3	8	9,7
Indépendants	7,9	9,5	9,1	8,7	9,3	9,2
Cadres sup	5,2	2,1	2,8	13,4	8,3	9,4
Prof intermédiaires	10,1	7,5	8,1	14,9	14,3	14,5
Employés	9,2	20,5	17,9	5,6	38,4	31,4
Ouvriers	42,9	23,7	28,2	40,8	20,9	25,1
Sans professions	5,4	15,3	13	0,3	0,7	0,6
Autres	7,8	12,2	11,2	0	0,1	0,1
Ensembles	100	100	100	100	100	100
Nbre de personnes	124000	356000	480000	694000	2576000	3270000

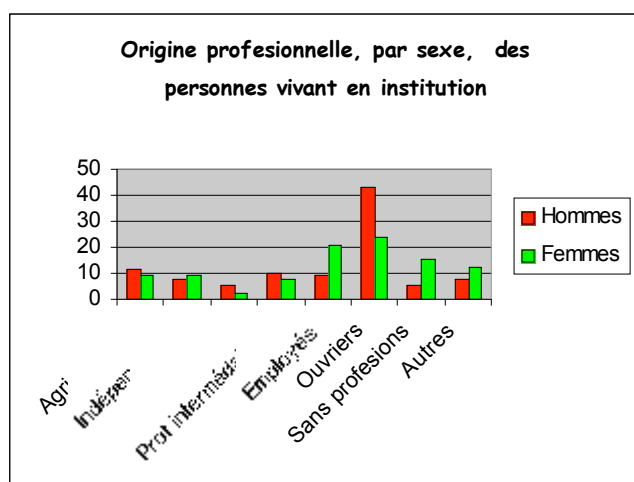
Enquête HID institutions de 1998 et HID ménage 1999, INSEE

* personnes âgées de 60 ans et plus vivant seules.

Ainsi, 76 % des personnes résidant en institution ont exercé un métier contre 13 % qui n'ont jamais exercé de métier (le plus souvent des femmes célibataires ou veuves qui n'ont pas de revenus financiers suffisants pour rester à domicile).

(1) Étude de la DREES n° 160 de février 2002.

Les cadres supérieurs sont moins nombreux à vivre en établissement (3%) alors que leur proportion, parmi les personnes de 60 ans et plus vivant seules à domicile est trois fois supérieure.



2. Le coût de la dépendance :

Selon une étude réalisée en 2001 par Dafsa Primark, entre 700 000 et 1 000 000 de personnes ont besoin d'avoir recours à un tiers pour effectuer les actes essentiels de la vie quotidienne.

L'institut estime que les dépenses occasionnées pour la dépendance permanente représentent un total de près de 15,24 millions d'euros pour près de 2 millions de personnes âgées soit 7 622,45 euros par personne et par an.

Sur les 15,24 millions d'euros, 10,67 millions sont dispensés en établissement.

Le coût de la dépendance devrait doubler dans les vingt prochaines années.

Source : « Dépendance et prises en charge à domicile » mai 2001, étude Dafs Primark

a. Aides financières :

La loi en vigueur au 1 janvier 2002 prévoit une allocation personnalisée d'autonomie (APA). Toute personne âgée de plus de 60 ans ayant perdu son autonomie bénéficie de cette prestation, quelque soit son revenu.

Cette allocation devrait concerner 800 000 personnes. Les sommes versées varient de 91,47 euros par mois, pour une personne « moyennement » dépendante avec un revenu mensuel supérieur à 3049 euros, à 1067,14 euros pour une personne très dépendante avec un revenu minimum de 914,69 euros.

Si la personne est en établissement, l'APA est calculée en fonction de ses besoins (grille AGGIR). Mais les modalités et les montants d'attribution dépendent des décisions de chaque conseil général.

Cette association, « vieux » et « coût » détermine la place de la personne dans notre société, avec un certain nombre de conséquences que nous allons essayer de présenter maintenant.

LA PLACE DES VIEUX DANS NOTRE SOCIETE

1. Personne âgée « fardeau » :

« Le label personne âgée est apposé selon l'âge des individus. Ainsi, artificiellement, catégorise t'on et fabrique t'on l'objet personne âgée : objet des technocrates, des experts, des médicaux, objet de techniques et d'ingénieries sociales. Genèse des bio et socio-pouvoirs et d'un concept naturaliste de la vieillesse. » *Bernard Ennuyer*

C'est le rapport Laroque en 1960 qui a posé la question de la place du vieux dès cette époque et jusqu'à aujourd'hui, dans notre société. Ce fut la première réflexion sur la vieillesse.

« poser le problème de la vieillesse en France, c'est essentiellement rechercher quelle place peut et doit être faite aux personnes âgées dans la société française aujourd'hui et encore plus demain.(...) Le problème de la vieillesse est dominé par la nécessité de concilier, d'une part l'adaptation du milieu et des conditions d'existence à l'état physique et psychique des personnes âgées ; d'autre part, leur maintien dans la société excluant une ségrégation.(...) La politique de la vieillesse ne suffit pas à elle-même, elle n'est pas et ne peut être qu'un aspect d'une politique plus large tendant à assurer un aménagement harmonieux de l'ensemble de la société, en vue de permettre à chacun d'occuper, à tout moment, la place qui lui assure l'épanouissement le plus complet de sa personnalité, dans son intérêt propre comme dans l'intérêt de la communauté elle-même, compte tenu tant de l'âge que des autres éléments qui déterminent cette personnalité »(1).

A l'époque, le rapport Laroque précisait que la variable âge n'était qu'une variable parmi d'autres.

Et pourtant, c'est sur cette variable que repose le groupe « personnes âgées », groupe à risques et, bien entendu, homogène ... !

E Cohen dans le monde du 5 juillet 1990 écrit dans « le miroir des inégalités », « il n'y a plus de sens à parler des retraités en bloc ... ».

(1)P Laroque. *Commission d'étude des problèmes de la vieillesse*, Paris La Documentation française p45

« En effet, entre le Senior qui profite pleinement de ses loisirs et le vieillard qui, solitaire et immobile, regarde le monde derrière la fenêtre de l'institution où il finit ses jours, les différences s'imposent : la vieillesse n'est plus une tranche d'âge unitaire, mais une succession de phases aux frontières floues et aux contenus multiformes. »(1).

Ce groupe de personnes âgées s'amplifie chaque jour et entraîne un vieillissement de la population. Avec ce vieillissement de la population, on constate une augmentation des dépenses relatives aux prestations sociales et plus justement, aux prestations vieillesse.

Selon une interprétation mécaniste, l'analyse la plus courante consiste à prolonger les tendances passées, déjà constatées en matière de progression des dépenses sociales, dans le contexte d'une accélération du vieillissement démographique de la population. Elle aboutit à dresser un tableau apocalyptique du devenir des systèmes de protection sociale.

Apocalypse dont les responsables sont désignés comme étant les personnes âgées en général et les personnes âgées dépendantes en particulier.

Ainsi, le suicide de la personne âgée (pour elle-même et la société) peut représenter, avec une vision à très court terme :

- une économie pour les pouvoirs publics,
  - ex : une retraite en moins à payer,
- une économie pour les assurances,
  - ex : les soins médicaux s'intensifiant au cours du vieillissement.

Ces personnes âgées dépendantes ont du mal à trouver leur place au sein de la société : perte de leur identité, de leur dignité parfois.

Quand il s'agit d'intégrer l'institution, la place qui peut leur être réservée est alors qualifiée de « lit » pour, peut-être, mieux leur faire comprendre que seul cet endroit leur est destiné et qu'il serait « raisonnable qu'elles ne le quittent plus !(2).

(1)Bernadette PUJALON *Vieillesse interdites* L'Harmattan 2004 P 45

(2)La chance de vieillir. Michel Bille Edition L'Harmattan 2004

D'ailleurs, le rapport Laroque précise : « Le vieillissement collectif grève les conditions d'existence de la collectivité française par le coût de l'entretien des personnes inactives et le ralentissement des secteurs économiques employant des travailleurs vieillissants. »

Quant au vieillissement individuel, il a des conséquences à la fois politiques et économiques : « le vieillissement se traduit par le conservatisme, l'attachement aux habitudes, le défaut de mobilité et l'inadaptation au monde actuel ».

De ces impératifs d'intégration et de continuité associés à une vision négative du vieillissement découle un objectif : combattre le vieillissement tant au niveau individuel que collectif.

Le rapport Laroque affirme très clairement la volonté de gommer la différence entre les âges . Le mot d'ordre : il faut rester jeune.

Consigne qui repose sur une appréhension négative de la vieillesse et parallèlement, sur une valorisation extrême de la jeunesse(1).

2. Le jeunisme ou âgisme :

a. Le vieux : représentation de la mort :

Il faut rester jeune. Ce discours est très largement relayé par les médias et une véritable économie de marché s'est développée : produits anti-âge, anti-vieillesse (crèmes, pilules, DHEA, sirop de papaye, etc...).

Les progrès de la médecine ont entraîné, nous l'avons vu précédemment, une forte augmentation de l'espérance de vie repoussant plus loin l'échéance de la mort. Cet étirement de la longueur de la vie fait, que dans nos esprits, ne meurent que ceux qui sont vieux. Aussi, restons jeunes, comme cela nous ne mourrons pas.

(1)Bernadette PUJALON *Vieillesse interdites* L'Harmattan 2004 P 51

b. Le vieux est dépendant et coûte cher :

Les sociétés ont établi leurs échelles hiérarchiques de dominance, et de bonheur sur la production de marchandises, apprenant aux individus qui la composent à n'être motivés que par leur promotion sociale et leurs acquisitions dans un système de production de marchandises.

Cette promotion sociale décidera du nombre de marchandises auquel nous avons droit et de l'idée complaisante que l'individu se fera de lui-même par rapport aux autres. Elle satisfera son narcissisme.

Les automatismes créés dès l'enfance dans son système nerveux n'ayant qu'un seul but, le faire entrer au plus vite dans un système de production, se trouveront sans objet à l'âge de la retraite. C'est pourquoi celle-ci est rarement le début de l'apprentissage du bonheur, mais le plus souvent, celui de l'apprentissage du désespoir.

Au travers de nos comportements, les vieillards ressentent la charge qu'ils représentent. Il arrive que leur entourage puisse souhaiter, plus ou moins consciemment, leur mort, pour les raisons suivantes :

- parce qu'ils sont considérés, alors, comme un fardeau (improductif),
- parce qu'ils représentent l'héritage attendu
- ou tout simplement parce que leur image renvoie chacun à la perspective de sa propre déchéance et de sa propre mort

Dans nos établissements, nous entendons souvent la plainte : « je suis inutile », « j'ai travaillé toute ma vie et me voilà ici ... », « je ne suis plus bonne à rien », « je suis une charge pour mes enfants », etc...

Ces formules, si elles ne sont pas systématiquement annonciatrices d'une menace de suicide, doivent être entendues, prises en compte sachant qu'elles symbolisent, dans tous les cas, une souffrance psychique.

Comment faire le deuil de ce qu'on était, s'il n'existe pas de place, pour ce que l'on va devenir ?

Comment conserver une image positive de soi quand la société qui vous entoure ne voit plus en vous qu'un corps inutile à entretenir et non plus un être qui vit ?

(1) Henri Laborit « *Eloge de la fuite* »

(2) Josiane Andrian « *Gérontologie et société* » n° 9

3. Le travail du vieillir :

Vieillir, c'est perdre, devoir se séparer de capacités, de l'autre.

Faire le deuil de son image (passée), de son statut, de ses amis, de son conjoint, est un processus psychique, appelé, travail de deuil.

Il s'agit, pour la personne âgée, de continuer à vivre « en lâchant du lest », tenter de se libérer de l'être quelle a été, pour jouir de la vie qui lui reste, sauf à connaître la dépression, voir le suicide.

Le deuil impossible, ou mal effectué de ces diverses pertes, serait un des éléments psychologiques fondamentaux de la dépression, pouvant expliquer, le passage à l'acte suicidaire chez de nombreuses personnes âgées (1).

Charlotte HERFRAY, psychanalyste qui a beaucoup réfléchi à ce sujet, affirme : « *qu'on peut se laisser mourir psychiquement à défaut d'accomplir les deuils qui sont à faire* ».

L'impossibilité de deuil est une impossibilité de se séparer (d'un statut, du matériel, de capacités, de l'autre etc...). Elle conduit à la mort symbolique du sujet par enfermement en lui-même, et induit un état dépressif.

La seule issue possible à ces crises où la nécessité force le sujet à « lâcher du lest » passe, à travers les deuils. Il s'agit, non seulement de faire le deuil de ses illusions d'immortalité, mais aussi celui des rôles familiers et pire encore, de celui qu'on n'a pas été, qu'on aurait voulu être(2).

(1)JM LEGER, OUANGO JG « Dépister et prévenir le suicide et la dépression chez le sujet âgé » ed MASSON 2002.

(2) Charlotte HERFRAY : Desclée de Brower 2001 « La Vieillesse en analyse »

**LA DEPRESSION
DE LA PERSONNE AGEE**

DEPRESSION ET VIEILLISSEMENT

1. Réflexions - Questionnement

Dépression et vieillissement sont deux concepts étroitement liés.

Le vieillissement entraîne-t-il forcément un état dépressif ?

Toute dépression induit-elle un suicide chez la personne âgée ?

Au contraire, est-elle le dernier rempart contre le suicide ?

Tous les suicidés âgés étaient-ils dépressifs ?

Autant de questions qui se posent auxquelles nous allons tenter d'apporter quelques éléments de réponses.

La dépression est une entité pathologique et la vieillesse un terrain particulier sur lequel elle peut survenir. Chacun s'accorde à reconnaître que la vieillesse ou le vieillissement favorisent l'éclosion de la dépression, sans jamais pouvoir quantifier, rigoureusement, leur véritable part de responsabilité.

Les études de G Ferrey et C. Dupuy ont même démontré qu'apparemment, il n'y aurait pas de croissance évidente de la dépression en fonction de l'âge (2).

2. Définition :

Le mot « dépression » est emprunté au latin *depression*, « abaissement », formé sur le verbe *deprimere* « presser de haut en bas », d'où « enfoncer, affaïsser ».

(1) H Llo, T Gallarda « *Troubles dépressifs et personnes âgées* » Edition JL Eurotext 2000

(2) *Les dépressions du sujet âgé*. Edition Masson. Paris 1996.

Elle se manifeste par :

- Des troubles du sommeil, de l'appétit
- une baisse d'énergie et de l'élan vital,
- de la fatigue,
- une faible estime de soi,
- un sentiment de perte d'espoir, etc...

Le diagnostic de dépression repose sur l'identification d'un certain nombre de symptômes, concomitants ou non, qui constituent un noyau dépressif.

Celui ci comporte :

- Une tristesse pathologique, peu sensible au contexte qui tranche avec l'état antérieur, à l'origine d'une douleur morale qui peut être intense avec auto-dévalorisation, auto-accusation sans fondement, pensées récurrentes sur la mort, idées suicidaires.
- Un retentissement psychique et psychomoteur, avec inhibition des capacités cognitives, difficultés de concentration et d'associations mentales, apathie, désintérêt marqué, lenteur, rareté des mimiques, des gestes des discours contrastant parfois avec des moments d'agitation paradoxale.
- Un syndrome somatique : regroupant les troubles du sommeil, l'asthénie, les troubles de conduites alimentaires, voire d'autres troubles d'allure hypocondriaques (1).

La dépression du sujet âgé est grave par sa fréquence, son pronostic, ses implications et ses rapports avec les maladies chroniques, l'inactivité professionnelle, les deuils répétés et la mort.

Comparé au nombre de décès par suicide chez les hommes de moins de 20 ans, celui des hommes de plus de 80 ans est huit fois supérieur ; chez les femmes, ce nombre évalué aux mêmes âges l'est dix fois plus.

(1)Pommereau, Bouic, Courdurier, Clermont « Dépression et suicide » Edition PRID 2003

3. Epidémiologie :

20 à 30 % des sujets de plus de 60 ans présenteraient une symptomatologie dépressive mais la dépression ne serait pas repérée chez plus de 40% des sujets de cette tranche d'âge (1).

La dépression est souvent ignorée en raison de symptômes évoquant une pathologie physique différente : diagnostic différentiel

A cette période de la vie, ressentir de la tristesse, perdre le goût d'entreprendre, se replier sur soi, se plaindre du déclin de ses fonctions intellectuelles apparaît comme légitime en référence à l'âge.

Ainsi, la consultation est souvent motivée par une ou des plaintes somatiques, de sorte que l'identification du trouble dépressif concomitant dépend de la formation du médecin et de la qualité de son investigation clinique. La forte proportion d'états dépressifs méconnus souligne la nécessité d'améliorer la reconnaissance de la dépression chez les sujets âgés qui consultent un médecin généraliste.

Systématiquement, les personnes âgées rapportent moins les sentiments de tristesse, de dépression de l'humeur. Cela a pour conséquence que, du seul fait de leur âge, les personnes âgées risquent significativement de ne pas faire état de 2 des 9 critères diagnostiques DSM de dépression. Plus inquiétant encore, l'âge, à lui seul, limite la sévérité de la présentation de la dépression sans diminuer le risque suicidaire.

Les travaux d'Alexopoulos ont mis en évidence une très forte association entre présence d'idées suicidaires et dépression de l'âgé. La sévérité de la dépression s'y révélait le meilleur prédicteur de la présence d'idée suicidaires et de la survenue de ces mêmes idées (2).

(1)Clement JP, Leger JM, *Clinique et épidémiologie de la dépression du sujet âgé*. Edition Masson 1996.

'2)Dr de Léo, P Hickey, G Meneghel « Dépression et suicide du sujet âgé » Serdi 2001

a. Trouble dépressif en milieu institutionnel :

Le taux de prévalence serait de l'ordre de 40%

Ce chiffre élevé s'explique par l'état physique des résidents mais aussi par l'inclusion des états dépressifs des malades déficitaires cognitifs et enfin, par le fait que les états dépressifs chroniques contribuent sans doute aussi à décider de la nécessité d'une entrée en institution(1).

Une étude Japonaise de J Horigushi trouve un taux de dépression de 61% en institution, soit le double de celui des personnes âgées vivant à leur domicile (2).

Certains travaux mettent en évidence le fait que dans la première année suivant l'accueil en institution, un épisode dépressif majeur survient chez 10 à 15 % des résidents (Corpus de Gériatrie 2000).

Nous verrons, plus tard, la raison de cette situation et proposerons quelques mesures pour espérer un changement.

4. Etiologie :

Les facteurs sociaux sont fréquemment invoqués dans le domaine de la dépression, constituant en quelque sorte un chapitre du domaine étiologique. Nous avons précédemment étudié la place du vieux dans notre société et n'y reviendrons pas.

En analysant la complexité des causes déclenchantes possibles et des éléments de vulnérabilité propres au sujet, on est amené à parler d'un ensemble de facteurs plutôt que d'affirmer que la dépression est toujours la conséquence repérable d'une cause majeure (deuil, perte, rupture affective ...).

(1)Clement JP, Leger JM. Clinique et épidémiologie de la dépression du sujet âgé. Paris Acanthe, Masson 1996 : 19-26

(2)Horigushi - A survey of the living condition and psychological status of elderly people admitted to nursing home in Japan 1991 - Acta psychiatre.

Si les facteurs environnementaux ont leur importance, la dépression semble également être la conséquence de facteurs biologiques, psychiques et cognitifs.

Une prédisposition serait impliquée dans 36 à 44% des cas de dépression (1).

5. Evaluer la dépression :

a. Pourquoi évaluer la dépression ? :

On sait que la dépression entraîne très souvent l'apparition d'une dépendance ou l'aggravation d'une dépendance latente. Prévenir la dépendance, veiller au bien être et au confort des résidents au quotidien, est l'essentiel de notre mission.

Le suicide, est souvent la conséquence d'une souffrance, ayant les mêmes déterminants environnementaux que la dépression.

b. Les outils de l'évaluation :

EDC : Echelle d'auto évaluation des difficultés cognitives : ce questionnaire comporte 18 questions portant sur la fréquence des oublis dans les tâches ou les situations de la vie quotidienne.

HDRS : (Hamilton Dépression Rating Scale)

MADRS (Montgomery And Asberg Depression)

MMS : mini mental state : test le plus connu, permet une évaluation rapide des fonctions supérieures : mémoire, attention, calcul, langage, praxie.

Mini G D S

Ces grilles d'évaluations doivent être utilisées de manière pragmatique, sans pour autant enfermer la personne âgée, dans une pathologie qui desservirait l'attention que nous devons porter à ces êtres fragilisés.

(1)In Camus (V) Idir « La dépression » Paris Serdi 2001. Perspectives en psychiatrie de la personne âgée.

En effet, je crains qu'à trop s'intéresser aux outils d'évaluation, on finisse par moins s'intéresser à la personne, l'oubliant derrière ces grilles.

c. Quand évaluer ? :

L'évaluation, à mon sens, doit se faire dès l'entrée du résident par l'infirmière ou le médecin en ayant en perspective la mise en place d'un traitement adapté.

L'équipe, dans sa globalité doit être formée.

Il est important que le personnel comprenne qu'il n'existe pas de tristesse « légitime » de la personne âgée et apprenne à repérer les signes de la dépression à savoir :

- Humeur dépressive : tristesse, baisse d'intérêt à participer aux animations par rapport à l'habitude...
- L'irritabilité, l'agressivité, l'expression d'idées noires, l'idée de mort
- Modification de la démarche, ralentissement du rythme
- Ralentissement psychique : difficultés de concentration, perte de mémoire, etc ...
- Ralentissement relationnel : repli sur soi, isolement, absence de communication avec extériorisation uniquement de contenus négatifs, sur un mode parfois véhément.
- Troubles du sommeil.
- Asthénie pouvant aller jusqu'à la perte de l'élan vital.

Ces facteurs entraînent une coupure avec le monde extérieur (même en institution), un rétrécissement des richesses intellectuelles, affectives, psychomotrices, tout ce qui permet au résident de rester adapté (1).

6. Dépression ou démence :

Il est tout à fait possible qu'une dépression puisse se révéler par un tableau déficitaire et qu'une personne démente développe une dépression.

(1)JP Leguen Edition ERES 2003 « Les Chaos du vieillissement »

Il faut donc distinguer les deux syndromes.

DEPRESSION	DEMENCE
Le résident se plaint de pertes de mémoire	Le résidant cherche à cacher ses déficits et est inconscient de son état
Les symptômes s'installent rapidement	Les symptômes évoluent lentement
Des réponses comme : « je ne sais pas » sont courantes	Réponses approximatives
Résident apathique se donnant peu de mal pour bien faire	Le résident s'efforce de bien faire
Humeur dépressive	Affectivité superficielle
Concentration et attention intactes	Concentration et attention affaiblies

La prise en charge d'une personne âgée à domicile ou en institution est assurée collectivement par l'ensemble de l'équipe. Elle nécessite une étroite collaboration médicale, le recours à différents intervenants paramédicaux (infirmière, aide soignante, kinésithérapeute) et sociaux (du directeur à l'agent de service). La famille, autant que possible, doit être impliquée et invitée dans cette prise en soins.

Ainsi, l'approche doit être globale et coordonnée (par le médecin), tout en conservant les rôles et responsabilités propres à chacun (1).

7. La résistance des soignants au diagnostic de dépression :

Selon Pierre Charazac, le diagnostic et le traitement de la dépression en EHPAD posent encore problème. Les équipes ayant du mal à passer des manifestations comportementales précédemment citées, à la notion de dépression.

Si les équipes sont sourdes, ou aveugles, aux manifestations dépressives ou suicidaires de résidents (en dehors de la méconnaissance des symptômes), c'est parce qu'elles-mêmes, ne perçoivent pas leur propre dépression.

Le personnel a besoin de s'en défendre ainsi, parce qu'il s'épuise, à porter cette dépression, sans aide.

(1) Marguerite CHARAZAC « Santé mentale » n° 84 30-37

Si cette pathologie est aussi lourde à porter, c'est faute de disposer de lieu et de temps nécessaires pour en parler. L'élaboration des séparations des pertes et des deuils qui jalonnent l'activité professionnelle en institution, demande du temps et de la parole. Elle suppose d'accepter au renoncement, au moins momentanément, d'activités qui satisfont un certain idéal technique, pour satisfaire une autre nécessité : celle de la relance de la parole et du travail psychique au sein de l'équipe.

D'autre part, et nous l'avons vu précédemment, l'asthénie, l'insomnie, les idées noires, les symptômes de la dépression sont souvent culturellement considérés comme normaux compte tenu de l'âge ou, éventuellement, conséquence du processus de vieillissement, raison pour laquelle il existe une grande réticence à considérer ces signes comme pathologiques et curables.

Ainsi, ne répéterons-nous jamais suffisamment aux équipes que les plaintes somatiques inexpliquées par une lésion authentifiée, constituent un signe d'alarme parce que, souvent, leur existence renvoie, à une inquiétude profonde, qui masque une dépression sous jacente.

Toute modification du comportement doit attirer l'attention, être signalée, et faire penser à un état dépressif, qui sera évalué par le médecin.

Les équipes, doivent garder à l'esprit, que la dépression chez la personne vieillissante entraîne, le plus souvent, une dépendance ou l'aggravation d'une dépendance latente

Il faut lutter contre les idées reçues : « non, il n'est pas normal d'être anxieux ou dépressif parce que l'on est vieux ».

Ignorer la dépression donne parfois lieu à un diagnostic de démence, par erreur, enfermant la personne dans un avenir inéluctable de déchéance physique et mentale... reconnue.

La dépression identifiée, quant à elle, comporte des thérapeutiques.

8. La dépression : facteur de risques de chutes :

Les inter-actions entre chutes et dépression sont complexes. Elles comportent la notion qu'une chute peut être un signal d'appel de la dépression.

La fréquence de l'association chute-dépression est fréquente comme le montre une étude récente. Elle met en évidence que la prévalence d'une dépression dans une population de malades âgés hospitalisés pour chute était de 73,5 % (Gériatrie Dépression Scale utilisée). Elle peut exprimer un mal être lié à des modifications du milieu notamment familial et, plus généralement, des situations de rupture, vécues comme une entrée non désirée en institution ou le décès d'un proche (1).

Chuter, consciemment ou inconsciemment c'est interpeller l'autre, une façon de le mobiliser et de lui parler de sa descente, et des pertes, qui vont au delà de l'équilibre possible ou acceptable.

La dépression apparaît donc dans de nombreuses études, comme l'un des facteurs de risque de chute les plus forts.

Parallèlement, la chute peut déclencher chez le sujet âgé une véritable prise de conscience de son vieillissement, de la fragilité de son état et de l'approche de la mort. Ce choc émotionnel (et physique) entraînant une perte de confiance en soi, un sentiment d'insécurité et de dévalorisation peut être très dépressogène (2).

La chute est plus qu'un corps qui tombe. Elle s'accompagne bien souvent d'une expérience intra psychique intense dont seulement une partie est élaborée et qui se consigne dans la peur de la rechute et le syndrome post chute.

(1)B Fromage, S Toupin, S Fouassier, G Berrui Synapse Décembre 2003 n° 200 p 15« Impact de la chute »

(2)I Arveux P Pfitzemmeyer La revue de gériatrie n°1 Janvier 2002 « Chute et dépression

8. Dépression et syndrome de glissement :

Cette expression répandue (« il se laisse glisser ») est sans doute le reflet d'un usage, aujourd'hui banalisé, du terme de syndrome de glissement, qui pourrait avoir été introduit en France, il y a environ 50 ans. Il est décrit par les gériatres comme une altération progressive de l'état général, avec une baisse progressive des investissements intellectuels et l'installation dans une attitude fataliste, partagée par l'entourage soignant(1).

Les correspondances entre syndrome de glissement et syndromes dépressifs font l'objet de controverses dans lesquelles il est difficile de se repérer.

Le syndrome de glissement est la voie la plus extrême de la dépression. Il se caractérise par :

- Le refus de nourriture qui constitue une véritable anorexie.
- Le refus de communiquer.
- Le refus de soins.
- L'inhibition psychique et physique envahissante qui se manifeste depuis des attitudes figées jusqu'à un état de prostration dans un fauteuil ou un lit.

10. Le rôle de la dépression dans le suicide du sujet âgé :

Ainsi, les troubles de l'humeur sont très significativement associés au comportement suicidaire chez le sujet âgé. Les études d'autopsies psychologiques ont régulièrement mis en évidence des taux élevés de dépression chez les sujets âgés ayant commis une tentative de suicide ou étant décédés par suicide.

83 % des victimes de suicides réussis, âgées de 65 ans et plus, ont souffert d'un épisode dépressif majeur(2).

(1)P Pfitzenmeyer, I Arveux « La revue de gériatrie » n°3 mars 2002

(2)Perspective en psychiatrie de la personne âgée : La dépression. Edition Serdi 2001

Le rôle prédominant des troubles de l'humeur dans l'augmentation du risque suicidaire suggère, que le traitement des troubles de l'humeur, pourrait réduire significativement l'incidence du suicide de près de 80 % en particulier chez les sujets âgés de 60 ans et plus, tranche de la population au sein de laquelle l'association entre trouble de l'humeur et suicide est la plus forte.

Cependant, comme nous l'avons vu précédemment, la dépression, même dans nos institutions, est encore mal reconnue et sous traitée. Compte tenu de la mortalité extrêmement élevée associée à la dépression du sujet âgé, cette non-reconnaissance de la pathologie dépressive est un problème de santé publique.

11. La dépression : dernier rempart contre le suicide ?

Assurément, le risque majeur de la personne âgée dépressive en général et en institution en particulier, c'est le suicide. Aussi, pourquoi cette question ?

Cette question est celle de Jean MAISONDIEU que j'ai eu le bonheur de rencontrer (entre autre) dans le cadre de la préparation de ce travail.

Question également posée par *Daniel BORDELEAU (1)* :

« L'idée suicidaire, en apportant une proposition de solution, entraîne un soulagement, une mise à distance ».

Le fait d'avoir trouvé une « porte de sortie » à la souffrance (physique et psychique) que lui infligeait la dépression apporte un soulagement, une disparition de la dépression.

Aussi, une amélioration brutale de l'état dépressif d'une personne dépressive doit faire suspecter une intention suicidaire.

(1) *Daniel BORDELEAU « L'expérience suicidaire » edit ESF p48*

LE SUICIDE DE LA PERSONNE AGE

:

1. DEFINITION :

Jacques Vedrinne définit le suicide « comme une conduite qui peut survenir chez tout sujet supposé normal, confronté à un passage existentiel qui déborde ses capacités d'adaptation ».

Cette déclaration tirée d'une publication du conseil économique et sociale est parue au journal officiel en juillet 1993.

2. HISTORIQUE DU SUICIDE :

Dans l'antiquité, pour les philosophes grecs, la vie est un bien et elle ne mérite d'être conservée que si elle est conforme à la dignité humaine.

Les pythagoriciens étaient en opposition, contrairement aux Epicuriens et aux Stoïciens qui avaient, vis à vis de ces actes, une approbation bienveillante.

Platon et Aristote considèrent l'homme comme un être social dans la cité. Aussi, il ne doit pas résonner pour lui même mais pour la divinité qui l'a placé à son poste et envers ses devoirs vers la cité.

A l'époque du christianisme, les textes fondateurs n'abordent pas le sujet. La mort chez les chrétiens est un témoignage à Dieu, elle n'est pas à rechercher. Le suicide était différencié des martyrs volontaires qui se tuaient au nom de la foi.

Dés 348, le Concile de Carthage condamne la recherche de la mort.

Peu à peu, les positions se durcissent face au meurtre de soi même qui devient un crime contre Dieu.

La chasse au suicide commence au Xème siècle.

Au moyen âge, la rigueur autour du suicide va se fixer avec une armature juridique, théologique et moraliste.

St Thomas d'Aquin, au XIIIème siècle déclare le suicide contraire à la nature humaine et à l'amour que l'homme se doit à lui même.

Cette position théologique aura des conséquences tragiques : ceux qui se donnent la mort seront punis (excommuniés).

Le cadavre du défunt sera traîné contre terre puis pendu par les pieds. Les pierres du chemin sur lequel il a traîné seront arrachées. A d'autres endroits en France, le cadavre est sorti de sa maison par un trou creusé sous le seuil et on l'enferme dans un tonneau que l'on jette à la rivière.

La confiscation des biens apparaît vers 1205. Les biens du défunt seront attribués au Roi et aux barons. Dans certaines provinces, on démantèle les murs de sa maison, ses prés, ses bois ou ses vignes sont brûlées.

A la renaissance, on distingue deux types de suicides. Le suicide des nobles, des riches qui ne sont pas inquiétés et les suicides des pauvres qui restent sévèrement punis.

Les intellectuels de la renaissance et les chercheurs y voient un acte individuel. Sans en faire l'apologie, ils tentent de comprendre.

C'est en Angleterre, vers 1636-1642 que le mot suicide apparaît, sous la forme latine : sui (de soi) Caedes (meurtre).

Le mot suicide entre dans la langue française vers 1734, au travers des écrits de l'Abbé PREVOST qui a séjourné en Angleterre.

Le mot suicide ne s'imposera en France qu'au milieu du 17ème siècle, jusqu'alors, on ne parle du meurtre de soi-même (G. Minois « histoire du suicide, la société occidentale face à la mort volontaire » édition fayard, 1995).

Vers la fin du XVIIème, les théories médicales abordent la mélancolie qui peut dégénérer en fureur et donne une raison au suicide.

Pour le peuple, les suicidés sont toujours condamnés en enfer et traînés sur la claie, puis pendus par les pieds. En France, des maisons spécialisées pour aliénés s'ouvrent et le suicide s'associe de plus en plus à la folie.

A la veille de la révolution Française, les procès pour suicide se font de plus en plus rares, même si la répression est toujours présente avec interdiction d'inhumer les cadavres religieusement. Peu à peu, le suicide se dépénalise.

La déclaration des droits de l'homme, qui proclame la liberté, fait tomber toute peine encourue pour suicide. Le code pénal de 1791 n'abordera plus ce sujet.

Les autorités religieuses, l'état, les familles s'associent implicitement pour ne plus en parler et en faire un sujet tabou.

Au XVIIIème siècle, à la révolution industrielle, le silence s'organise. Malgré les statistiques qui deviennent de plus en plus fiables et qui montrent des augmentations sensibles des suicides, les autorités civiles continuent de dissimuler les faits à l'opinion publique.

Au XIXème siècle, la psychiatrie s'empare du problème. En 1801, le Docteur Pinel décrit la tentative de suicide comme une maladie qu'il faut traiter par des traitements moraux à base de punitions : douches brutales, menaces, isolement ...

Esquirol, élève de Pinel dira que tous les suicidés sont des aliénés et que l'homme n'attend à ses jours que sous l'emprise du délire.

En 1897, Emile Durkheim publie une grande étude sociologique sur le suicide. Pour lui, il a des causes sociales (« le suicide » ed Quadrige/ Presse Universitaire de France 1999)

En 1905 Sigmund Freud donne sa première explication du suicide comme retournement de l'agressivité contre le MOI (« Métapsychologie », « deuil et mélancolie » ed Folio Essai Gallimard 1968 pp 145-171)

En 1907, le juriste Félix Herpin prononce le discours de réouverture de la conférence des avocats stagiaires de Poitiers. Il fustige le suicide, « acte de désespérance de la part de l'individu, suprême insoumission de la part du coupable, il est également insultant à la justice humaine (...). Voilà un malaise social autrement nuisible que l'échafaud, autrement pernicieux et destructeur : le législateur restera-t-il indifférent ? »

En 1955, la loi du 28 novembre sur la presse, stipule une interdiction de publier tout texte, toute illustration, concernant le suicide des mineurs, que ce soit par le livre, la presse, la radio, le cinéma ou de toute autre manière. Il s'agit d'éviter une publicité pouvant susciter de nouveaux actes de désespoir.

En 1977, David Philipe dans la revue sciences affirme : « la publicité des suicides accroît leur nombre ».

1987, la publication du livre « suicide, mode d'emploi » de Claude Guillon et Yves Le Bonniec chez Alain Moreau donne lieu à un texte de loi voté le 31/12/87 qui définit « la provocation au suicide comme délit passible de peines correctionnelles ».

1992, l'église qui avait en 1917 déclaré que la sépulture religieuse était refusée aux suicidés, admet enfin des circonstances atténuantes aux défunts et autorise l'inhumation religieuse.

Ce bref historique nous montre comment s'est organisé peu à peu, jusqu'à nos jours, le tabou autour du suicide.

3. Suicide de la personne âgée : sujet tabou ?

Une enquête SOFRES réalisée en 2000 demandait aux enquêtés :

« D'après ce que vous savez, quelles sont les catégories qui meurent le plus du suicide ? »

La réponse : « Les retraités » est arrivée seulement en septième position, soit 5% des réponses alors que le suicide des adolescents arrivait en tête avec 77% des réponses.

Et pourtant, sur les 12000 morts annuels par suicide en France, ce sont les plus de 65 ans qui sont les plus nombreux.

L'éloquence de ces chiffres ne suffit pas pour entraîner la reconnaissance et la prise en considération du risque suicidaire chez les personnes âgées. Le suicide de nos aînés, institutionnalisé ou pas, est passé sous silence.

Le tout dernier ouvrage de référence et d'une immense qualité « Le guide de la création et direction d'établissements pour personnes âgées » de Michel Agaësse n'aborde, à aucun moment, ce sujet.

L'examen de la littérature, des recherches scientifiques, statistiques etc...montrent que l'attention se porte sur le suicide des jeunes gens. Ainsi, on ne recense aucun ouvrage publié récemment en France qui soit entièrement dédié à la question du suicide des personnes âgées (1).

(1) Florence DOUGUET « Banalisation du suicide au grand âge » *Les Cahiers de Psychologie et Vieillesse* 02/03

4. Le sacrifice d'une petite quantité de vie ?

D'après la sociologue Josiane ANDRIAN, « *la mort est un sujet tabou, le suicide encore plus. Dans l'esprit des gens, le suicide des vieux est moins choquant que celui des jeunes. Il ne fait que précipiter une mort inéluctable, alors que les jeunes, c'est plus révoltant* ».

S'inscrivant dans ce type d'approche, les sociologues C Baudelot et R Estalet proposent une interprétation en termes d'espérance de vie. Celle ci consiste à compter l'âge d'un homme à partir de sa mort (et non de partir de sa naissance). Dans cette perspective, le sexagénaire qui se suicide n'apparaît plus accablé par le poids physique et social des ans, il abrège tout simplement son existence.

En se suicidant, un adolescent et une personne âgée ne sacrifient pas la même quantité d'existence.

5. Suicide et avancée en âge :

A la fin du XIXe siècle, E Durkheim (1897) notait que les taux de suicide progressaient avec l'avance en âge. Ce constat se vérifie toujours aujourd'hui dans notre pays.

Les données statistiques les plus récentes, montrent, que l'effet de l'âge reste le plus déterminant pour expliquer les variation de taux de suicide : « **Ainsi, toutes choses égales par ailleurs, la probabilité de suicide à 20 ans est environ cinq fois moins élevée qu'à 75 ans pour les hommes et les femmes** ».

Dans les deux cas, la propension à se suicider apparaît comme globalement croissante avec l'âge.

Pour autant, ce constat ne concourt pas au développement de recherches à ce sujet : les études sont rares en France, comme à l'étranger. L'attention des décideurs en santé publique et des chercheurs s'est portée davantage sur les jeunes adultes ou les adolescents.

6. Epidémiologie :

On en parle peu, voire pas du tout, et pourtant les chiffres sont éloquentes :

En 1988 le suicide est **3 fois plus élevé chez les 75-84 ans** que chez les jeunes de 25-34 ans, et **4 fois plus élevé chez les plus de 85 ans** !

C'est entre le milieu des années 70 et le début des années 80 que la mortalité par suicide des plus de 75 ans a été la plus forte, passant de 83,5 pour 100 000 personnes en 1973-75 à 119,1 en 1985-87.

En 1991, le suicide des hommes présentait un taux de 91,1 pour 100 000.

7. Au niveau international :

Par rapport à des pays de niveaux comparables, la France se caractérise par un taux très élevé de suicides chez les plus de 75 ans, en particulier chez les hommes. Ainsi, parmi les pays européens, la France se classe en deuxième position (juste après l'Autriche) pour le taux de suicide des hommes âgés de 65 ans et plus, avec 31,5 décès par suicide pour 100 000 habitants sur la période 1992-95.

Pays	Tranche d'âge	Tx suicide pour 100 000
Autriche	65-74 ans	55
France	65-74 ans	50
Etats Unis	65-74 ans	25
Canada	65-74 ans	25
Japon	65-74 ans	25

Le taux de suicide des femmes âgées de 65 ans et plus est beaucoup plus bas : 10,7 pour 100 000 habitants et place la France au huitième rang des pays de la communauté européenne.

Ainsi, s'il existe des disparités internationales, on constate invariablement la plus grande fréquence du suicide au fil de l'avancée en âge (chez les hommes surtout). Quelques soient le pays et la culture considérés, le fort risque suicidaire pour les populations les plus âgées constituerait une tendance commune, voire quasi-universelle(1).

7. Modes de suicide et détermination à mourir :

A tous les âges confondus, la pendaison reste le mode le plus fréquent, 39 % des cas, suivi de l'utilisation de l'arme à feu pour 24 % des cas puis l'ingestion de produits toxiques.

Le mode de pendaison chez les hommes varie peu avec l'âge. Toutefois, chez les 85-94 ans, on note une diminution du recours à la pendaison et une progression des suicides par chutes d'un lieu élevé, intoxications, noyades et surtout armes à feu.

La violence des moyens utilisés, à domicile comme en institution, montre cette détermination à en finir. Cette radicalité dans les moyens utilisés explique le taux de réussite élevé des actes suicidaires des personnes âgées, à l'inverse des jeunes chez qui les tentatives de suicide sont prédominantes.

Au delà de 65 ans, le rapport est de :

- 1 tentative de suicide pour 1 suicide masculin
- 3 tentatives de suicide pour 1 suicide féminin

Par comparaison, ce rapport chez les 15-24 ans est de :

- 22 tentatives de suicide pour 1 suicide masculin
- 160 tentatives de suicide pour 1 suicide féminin.

S'il est vrai que les conséquences d'une tentative de suicide sur un corps déjà fragilisé, affaibli ont plus de « chance » de réussir, la grande majorité des auteurs s'accordent sur le fait que l'efficacité des moyens utilisés par les personnes âgées traduit leur motivation profonde et leur détermination à mourir(2)

(1)Florence Douguet « suicide âgé, sujet tabou » *Les cahiers de psychologie et vieillissement*, Séminaire du 11 février 2003.

(2)Florence Douget « Banalisation du suicide au grand âge » *Séminaire du 11 février 2003 Rennes*

Cette détermination à mourir explique que la personne âgée utilise des moyens simples, ce qu'elle a sous la main :

- se jeter dans un puits, d'une fenêtre,
- se pendre au pied d'un radiateur, d'un lit, etc...

La personne âgée fera en sorte de ne pas être dérangée, ni surprise dans son action. Elle n'aura généralement laissé aucun message et ne se soucie pas de savoir quelle scène va être présentée à l'autre, lors de la découverte du corps(1).

S'il n'est pas question d'envisager, comme c'est souvent le cas, qu'une présence aurait tout évité, cela vient projeter à la face de l'équipe de l'établissement, des autres résidents, quelque chose de leur absence dans la mort, au delà de toute tentative de rattrapage imaginaire.

Pour illustrer ces propos, je m'appuierai sur le cas de madame F.

Agée de 62 ans, dépressive (dépression diagnostiquée et traitée), madame F intègre notre établissement. Le questionnaire qui me permet de mieux connaître l'histoire de madame F, mené sous forme de discussion conviviale, me permet d'obtenir un certain nombre d'informations importantes quant à son histoire :

Deux enfants (leur date de naissance, prénoms, adresse, tel, etc...) dont un avec lequel elle semble plus proche, un divorce (importance de la date, nous le verrons plus tard), un père et un frère qui, l'un et l'autre se sont suicidés.

Toute l'équipe s'est mobilisée et fixé un objectif :

- Que madame F retrouve le goût de vivre pour que la vie lui semble acceptable.

Beaucoup a été fait par l'équipe et quelques résidents. Nous avons même pendant plusieurs semaines, pensé avoir atteint notre objectif.

En effet, madame F avait fini par prendre ses repas au restaurant. Elle avait accepté de participer à la vie de l'établissement et tous les jours, aidait à préparer la table, aidait au service, à la vaisselle et de temps en temps, à la distribution du linge.

M Rogenski Les cahiers de psychologie et vieillissement février 2003 « La violence de la mise en scène : quelle signification pour le sujet et son entourage.

Une résidente (marraine) l'a initiée à la belote et très régulièrement, elle rejoignait quelques collègues pour passer l'après midi.

Le 10 janvier 2004, elle demande à être hospitalisée en psychiatrie. Le médecin cède à cette demande, surpris, car elle ne semble pas être en accord avec un mieux être constaté par tous, y compris madame F.

Deux heures après son arrivée à Marius Lacroix (hôpital psychiatrique de La Rochelle), elle se pendra dans sa chambre, profitant de la tranquillité qu'offrait le moment du repas.

VIOLENCE :   Pour l'équipe en général et quelques membres en particulier.
                             Pour les résidents en général et quelques uns, en particulier.

Pourquoi nous a t'elle fait cela ?

A côté de quoi sommes nous passés ?

Aurions nous pu éviter cela ?

Pourquoi est elle allée se pendre ailleurs ?

Nous verrons qu'il est des actions à mener auprès de l'équipe et des autres résidents après un pareil événement.

8. La crise suicidaire :

Pour CAPLAN, trois critères doivent être réunis pour que l'on puisse parler de crise suicidaire :

- Présence de stress grave
- Un déséquilibre émotionnel
- Une accumulation de tentatives itératives et sérieuses

Elle se produit lorsque toutes les solutions envisagées par la personne ont été mises en échec. **Elle est limitée dans le temps et son dénouement peut être positif.**

Elle est préalablement identifiable par un certain nombre de signes :

- messages verbaux
- messages comportementaux

Les phases de la crise suicidaires :

- Présence des trois conditions précédentes
- Cristallisation : la personne a pris la décision de se suicider mais elle n'a pas organisé, planifié son passage à l'acte.
- Planification : lié à un élément déclenchant, souvent lié au hasard.

Selon GRIVOIS (1), la crise serait en quelque sorte la durée de cette hésitation entre plonger dans un destin funeste, façon paradoxale d'y échapper en le contrôlant par le suicide, ou au contraire prendre conscience du caractère démesuré et irréversible de ce choix.

(1) Grivoix H , *Urgences Psychiatriques*, MASSON, PARIS 1986 p99-121

9. Mode de suicide selon le lieu de vie :

Les modes utilisés pour se suicider ne sont pas les mêmes selon les lieux de décès

	Lieu de décès				
	Etablissement de soins	Maison de retraite	Domicile	Voie publique	Autres lieux
Hommes	(n=1854)	(n=467)	(n=7995)	(n=689)	(n=785)
Pendaison	26%	55%	53%	11%	27%
Arme à feu	24%	3%	33%	13%	16%
Saut dans le vide	23%	22%	2%	10%	4%
Noyade	3%	9%	4%	42%	43%
Substance	10%	2%	3%	2%	2%
Autres modes	12%	8%	6%	22%	9%
Femmes					
Pendaison	12%	35%	51%	1%	11%
Arme à feu	2%	1%	3%	1%	1%
Saut dans le vide	25%	33%	6%	16%	4%
Noyade	9%	12%	15%	66%	75%
Substance	37%	8%	15%	2%	4%
Autres modes	15%	12%	11%	14%	5%

Les décès par suicides survenus au domicile sont majoritairement la conséquence de pendaisons :

- 53% pour les hommes, 51% pour les femmes.

Le recours aux armes à feu est fréquent pour les hommes (33%), de même que la consommation de substances (15%) et noyade (15%) pour les femmes.

En cas de suicide en maison de retraite, la pendaison est également le moyen à l'origine de plus de la moitié des décès masculins (55%), et de plus d'un tiers des décès féminins (35%). C'est celui utilisé par madame F.

Le saut d'un lieu élevé (défenestration) constitue la seconde cause de décès par suicide en maison de retraite (22% des hommes, 33% des femmes).

En revanche, en EHPAD, et on le comprend bien, les suicides par arme à feu s'avèrent rares et la consommation de substances est moins fréquente qu'en cas de suicide à domicile.

Evolution du nombre de suicides de personnes âgées et répartition selon le lieu du décès de 1973 à 1997 :

Périodes	Maison de retraite	Domicile	Autres lieux	Nbre de suicides
1973-1977	92	1847	717	13280
1980-1984	125	2238	1101	17325
1988-1992	165	2202	1080	17232
1993-1997	131	2138	1051	16599

Source INSERM

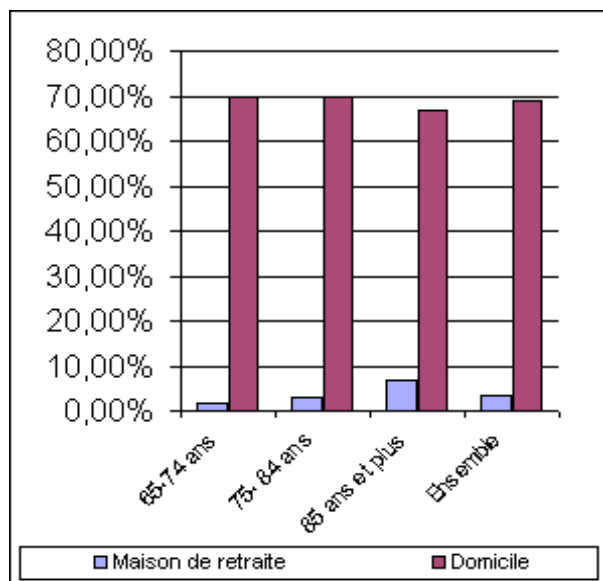
En ce qui concerne les lieux de suicides des personnes âgées, on constate qu'en 1995, 64 % des décès se sont produits au domicile et 4 % en maison de retraite. Depuis 1975, ces proportions sont restées stables.

Répartition des suicides selon le lieu de décès, le sexe et âge en 1993-1997 :

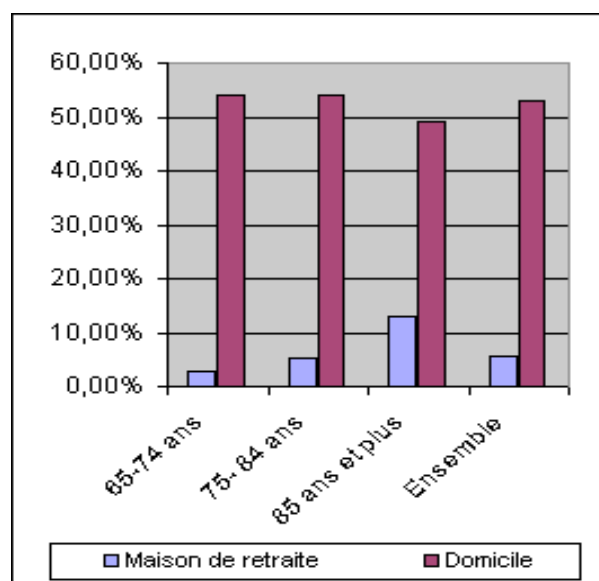
Hommes	Maison de retraite	Domicile	Femmes	Maison de retraite	Domicile
65-74 ans	1,70%	70%	65-74 ans	2,80%	54%
75- 84 ans	3,10%	70%	75- 84 ans	5,40%	54%
85 ans et plus	6,60%	67%	85 ans et plus	13%	49%
Ensemble	3,20%	69%	Ensemble	5,70%	53%

Source INSERM :

Ces chiffres peuvent sembler faibles au premier abord. Si on garde à l'esprit que moins de 10% de la population concernée sont en maison de retraite, ils prennent toute leur importance.



Hommes



Femmes (1)

Le pourcentage de décès par suicides survenus en maison de retraite est d'autant plus élevé que les personnes étaient âgées : ainsi en 1995, 13% des femmes qui se sont suicidées après 85 ans sont décédées en maison de retraite, contre 2,8% à 65-74 ans. Par ailleurs, quelque soit l'âge, les femmes sont relativement plus nombreuses à décéder par suicide dans les autres lieux.

Evolution, entre 1975 et 1995, du taux de suicide en maison de retraite et du taux de suicide à domicile par sexe et âge :

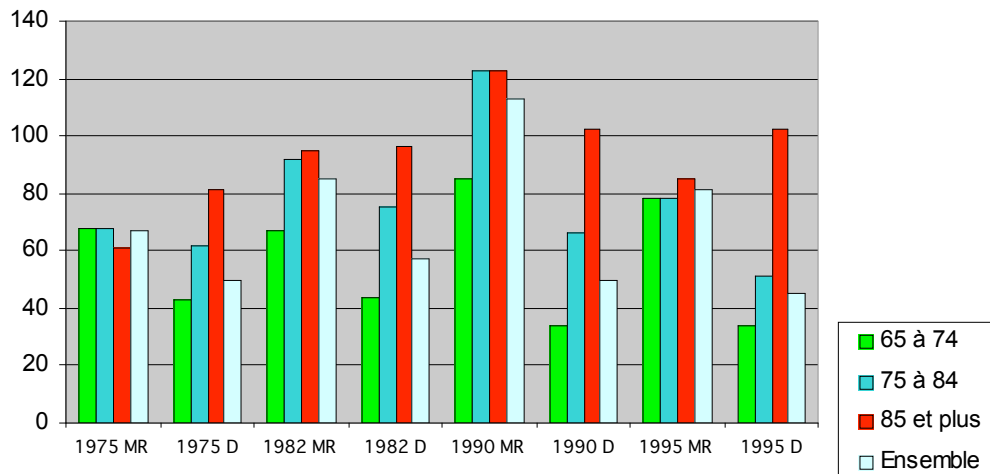
Pour les hommes :

	1975 MR	1975 D	1982 MR	1982 D	1990 MR	1990 D	1995 MR	1995 D
65 à 74	68	43	67	44	85	34	78	34
75 à 84	68	62	92	75	123	66	78	51
85 et plus	61	81	95	96	123	102	85	102
Ensemble	67	50	85	57	113	50	81	45

Source INSERM INSEE

(1)Revue d'épidémiologie et de santé publique N° 1 février 2003 Casadebaig-Ruffin-Philippe

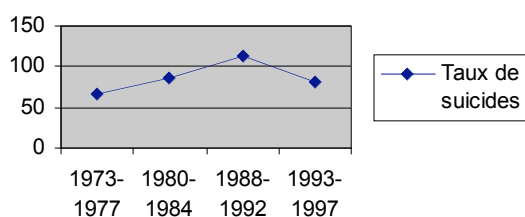
Evolution entre 1975 et 1995 du taux de suicide en maison de retraite et du taux de suicide à domicile pour les hommes et par âge. Taux pour 100 000 habitants. Source INSERM, INSEE.



Revue d'épidémiologie et de santé publique N° 1 février 2003 Casadebaig-Ruffin-Philippe

Pour les hommes, les taux de suicides indiquent que le risque de suicide est plus élevé en maison de retraite qu'à domicile, quelle que soit la période considérée. L'évolution des taux n'a toutefois pas été parallèle. Les taux de suicides à domicile en 1993-1997 (45 pour 100 000) est peu différent du taux 1973-1977 (50 pour 100 000).

Evolution de taux de suicide des hommes en maison de retraite



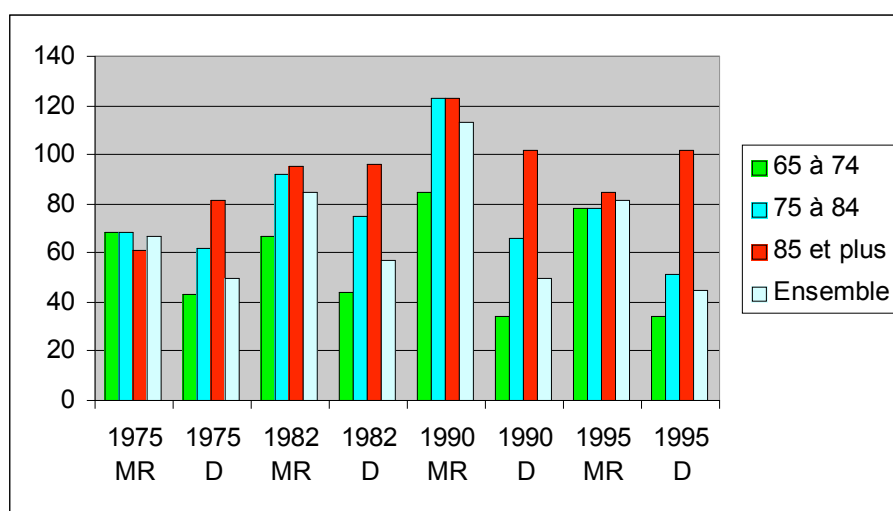
Le taux de suicide en maison de retraite a quasiment doublé entre 1973-1977 et 1988-1992, passant de 67 pour 100 000. L'écart entre le taux à 65-74 ans et le taux à 85 ans et plus s'est conforté entre 1975 et 1995.

En maison de retraite, en 1975, les taux de suicide masculin à 65-74 ans, 75-84 ans et 85 ans et plus étaient à peu près comparables. Par la suite, les taux après 75 ans ont augmenté, en atteignant un maximum en 1990 (123p 100 000). Les écarts se sont à nouveau réduits en 1995.

Pour les femmes :

Femmes	1975 MR	1975 D	1982 MR	1982 D	1990 MR	1990 D	1995 MR	1995 D
65 à 74	68	43	67	44	85	34	78	34
75 à 84	68	62	92	75	123	66	78	51
85 et plus	61	81	95	96	123	102	85	102
Ensemble	67	50	85	57	113	50	81	45

Evolution entre 1975 et 1995 du taux de suicide des femmes en maison de retraite et du taux de suicide des femmes à domicile. Taux pour 100 000 habitants. Sources : INSEM, INSEE



Revue d'épidémiologie et de santé publique N° 1 février 2003 Casadebaig-Ruffin-Philippe

Pour les femmes, à domicile, l'écart entre les taux à 65-74 ans et le taux 85 ans et plus s'est atténué.

En maison de retraite, dès 1975, le risque de suicide était majoré pour les plus jeunes. Cette différence s'est maintenue jusqu'en 1995. A cette date, le taux de suicide à 65-74 ans (55 p 100 000) représente plus du double du taux à 75-84 ans et plus du triple du taux à 85 ans et plus.

Ainsi, l'étude de Casadebaig-Ruffin-Philippe montre que le taux de suicide des hommes et des femmes en maison de retraite (de 1975 à 1999) se situe à un niveau plus élevé que le taux de suicide au domicile.

Ce résultat surprendra les professionnels que nous sommes et nous fait nous poser la question du pourquoi et comment y remédier.

L'INSTITUTION : SUICIDOGENE ?

IL n'existe pas (ou presque) de statistiques nationales sur le phénomène suicidaire en institution.

N Brun explique cette situation et émet plusieurs hypothèses :

Tout d'abord, on peut penser que certains établissements ne font pas apparaître la mention suicide dans leur déclaration de décès, par peur d'une enquête de police ou de gendarmerie, diligentée par le Parquet et qui pourrait mettre en évidence, en tout cas soupçonner un défaut de surveillance avec tout ce que cela impliquerait, judiciairement et commercialement.

Ainsi, nos recherches sur la problématique du suicide des personnes âgées en institution font apparaître que seules quelques études très ponctuelles ont été réalisées. Parmi celles ci, nous évoquerons celle menée par une équipe de psychiatres (Franc et al. 1993) dans le département de la Haute Garonne :

Les auteurs soulignent que le taux de suicide des personnes âgées de plus de 65 ans est beaucoup plus élevé quand elles vivent en maison de retraite : 51,3 pour 100 000 contre 18 pour 100 000 à domicile. Les psychiatres en concluent que les suicides sont 3 fois plus nombreux en institution qu'à domicile.

Pourtant, une étude menée durant onze années en long et moyen séjour par E Mournetas (1994) ne retrouve que trois cas de suicide. Pour l'auteur, les unités d'hospitalisation gériatriques apparaissent donc comme ayant un rôle protecteur de la personne âgée, sujet au suicide

Comment interpréter des conclusions si opposées, qui font apparaître dans un cas l'institution comme lieu de risque, dans l'autre comme lieu de protection ?

Les résultats d'une troisième enquête menée dans un ensemble gériatrique de 450 lits permettent de préciser les caractéristiques du suicide en institution.(Graux et al. 1981). En fait, il apparaît que celles-ci sont relativement proches de celles de l'ensemble des suicides. Toutefois il est rapporté que plus fréquemment, le suicide du sujet âgé en institution résulte d'un état dépressif, le plus souvent réactionnel à l'isolement, souvent consécutif à la disparition du conjoint.

Par ailleurs, les auteurs notent que les tentatives de suicide ayant échoué sont plus fréquentes du fait que la personne est plus surveillée et que l'aide et les soins qu'elle peut recevoir à la suite d'un passage à l'acte sont sans doute plus rapides et donc plus efficaces.

L'étude la plus récente est celle de CASADEBAIG, RUFFIN, et PHILIPPE, étude sur laquelle je me suis appuyé pour ce travail.

Etude menée sur la période 1975-1995. qui avait pour objectif de situer les suicides en maison de retraite et à domicile par rapport à l'ensemble des suicides de personnes âgées (de plus de 65 ans) en France.

Cette étude montre une surmortalité par suicide en maison de retraite sur cette période. Elle met en évidence un risque spécifique pour les femmes âgées de 65 à 74 ans en maison de retraite, un taux qui tend à se rapprocher du taux masculin.

Elle met également en évidence une période sensible qui est celle de l'entrée en institution. Le changement de résidence et le stress qui s'ensuit sont associés à des passages à l'acte suicidaires et doivent être pris en contre par l'encadrement.

Les enquêtes épidémiologiques insistent sur l'intérêt d'une évaluation de santé mentale des résidents, notamment au moment critique de l'entrée.

Dans cette étude, la dépression majeure est reconnue comme facteur de risque.

1. Les situations à risques :

a. La Dépression :

Nous l'avons vu dans le chapitre précédent, la dépression serait, selon certains auteurs, la principale situation à risque

b. La perte du conjoint ou d'un proche :

Le décès du conjoint et le veuvage sont identifiés comme des causes majeures du suicide de la personne âgée. Le risque le plus élevé se situe dans la première année du veuvage et s'atténue avec le temps.

Il apparaît que l'homme accepte moins bien cette situation que la femme : les suicides des veufs sont plus nombreux que les suicides des veuves (jusqu'à 7 fois plus fréquents après 75 ans).

Cette plus grande difficulté des hommes face à la mort peut s'expliquer par le fait que l'homme est plus orienté vers son univers professionnel alors que la femme est liée avec plus de force que l'homme à la famille, maintenant des liens avec sa descendance. L'évolution de la société et des valeurs propres à chaque sexe, pourrait, dans quelques années, changer cette explication, et, par la même, modifier nos interventions.

Pour Florence Douguet, c'est le réseau relationnel constitué au sein de la famille et à l'extérieur qui est important. L'absence d'un tel réseau peut entraîner l'isolement, un sentiment de solitude, qui sont deux éléments que l'on retrouve souvent lorsque l'on tente de trouver des significations à l'acte suicidaire.

c. Entrée en institution :

Il faut s'interroger sur les conditions d'institutionnalisation.

i. Les conditions d'institutionnalisation :

C'est probablement plus des conditions défavorables qui accroissent les risques suicidaires, plus que l'institutionnalisation en elle-même. Ces conditions représentent un facteur de décompensation suicidaire, par la rupture qu'elles impliquent dans l'histoire du sujet. Un sujet qui doit s'adapter brutalement à un nouvel environnement, à un nouveau modèle, en même temps qu'il perd ses ancrages affectifs et relationnels et qu'il doit faire le deuil (du moins le croit-il) de son projet de fin de vie.

L'entrée en maison de retraite est vécue comme définitive. L'entourage de la personne âgée, dans sa toute puissance, a mis en place les conditions de non retour. L'ancien logement est vidé, vendu, ou le bail est résilié et les meubles sont distribués.

Ainsi, la personne âgée a de quoi se convaincre qu'elle ne peut plus décider pour elle-même ni agir sur les conditions qui déterminent sa situation. Elle peut adopter un comportement d'abandon, de renoncement à toute activité qui, par ailleurs, vient renforcer sa dépendance.

Qui plus est, la personne âgée connaît le plus souvent le monde de l'EHPAD au travers les médias qui ne donnent pas souvent une image positive de celle-ci et développent une angoisse pour la personne âgée.

d. Le sentiment d'inutilité :

Nous avons tous entendu de la part de résidents : « je ne suis plus bon à rien, qu'est-ce que je fais encore là etc...), des mots qui traduisent un sentiment d'inutilité, sentiment de ne plus avoir de place, sa place.

Cette notion de place est durement ressentie par les personnes qui entrent en institution (*ou d'ailleurs effectivement très souvent, il n'y a pas de place ...*).

Bien souvent, c'est la famille ou le médecin généraliste qui propose l'entrée en institution suite à une hospitalisation, un maintien à domicile dont la régulation par les proches est devenue trop lourde et problématique. La demande de placement est ainsi très rarement formulée par la personne âgée.

Le consentement libre et éclairé du sujet peut parfois ou souvent être remis en cause.

DEPRESSION – SUICIDE LA PREVENTION

1. BREF HISTORIQUE DE LA PREVENTION :

Selon Michel DEBOUT, la prévention du suicide est née en Angleterre. Le 2 novembre 1953, un pasteur anglican, la Révérend Chad Varah, apprend le suicide d'un jeune. Bouleversé par cet événement, il fait passer cet entrefilet dans tous les quotidiens de Londres : « avant de vous suicider, appelez MAN 9000 ». Dès le lendemain, les appels affluent.

On peut s'interroger sur la réaction qu'aurait eu ce révérend s'il s'était agi, non pas du suicide d'un jeune, mais de celui d'un vieux ?

Aurait-il été pareillement bouleversé ?

Ou bien aurait-il pensé qu'un vieux qui se suicide est une mort dans la dignité ?

La suite de l'historique de la prévention du suicide montre que l'on s'est beaucoup préoccupé du suicide des jeunes et pas de celui des vieux (livres, articles, études, etc...).

Le 6 juillet 1993, le Conseil Economique et Social présente à la Presse une étude consacrée au suicide.

5 février 1997 : première journée nationale sur le suicide qui mobilise les pouvoirs publics, l'ensemble du corps médical et social. Il est question du suicide ...des jeunes.

Les journées annuelles se sont suivies sans qu'il soit question du suicide des personnes âgées. Le colloque « international » de Poitiers qui s'est déroulé en décembre 2004, colloque d'une semaine, n'a consacré qu'une petite heure pour les personnes âgées.

2. LA PREVENTION DE LA DEPRESSION ET DU SUICIDE EN EHPAD :

a. Facteurs de risques suicidogènes dans l'institution :

L'EHPAD accueille des personnes fragiles, le plus souvent en souffrance physique et/ou psychique. Ces personnes peuvent, à leur entrée, présenter un risque suicidaire.

Elles entrent dans une institution qui a une histoire, un passé, des dysfonctionnements. Elles ont aussi une histoire qui va cohabiter, raisonner (dans le sens de la résonance), ou se télescoper avec celle de l'établissement et du personnel.

Toute démarche de prévention doit se situer en aval en considérant :

- ❖ Le résident à venir
- ❖ La structure d'accueil

i. Le résident :

- Evaluation :

Nous avons vu dans un précédent chapitre la nécessité d'évaluer le résident, qui devait le faire, avec quels outils et à quel moment.

Cette évaluation a bien sûr pour objectifs une meilleure prise en soins de la personne âgée, des bons soins liés à la connaissance de son histoire de vie, fondation de son projet individuel.

A mon sens, la constitution d'un génogramme peut permettre d'avoir une bonne connaissance de cette histoire de vie et d'affiner un projet individuel adapté.

Le génogramme : C'est une carte qui donne une image graphique de la structure familiale sur plusieurs générations. Elle schématise les grandes étapes du cycle de la vie familiale et les mouvements émotionnels associés. A la différence de l'arbre généalogique, il recherche moins les filiations que la structure familiale et la construction de notre héritage sur trois ou quatre générations (dans notre cas, deux suffisent).

Connaître la date du décès du mari de Mme X, savoir qu'elle y était très attachée parce que ..., nous permettra d'être plus vigilant à cette période, de prévenir un épisode dépressif.

La construction du génogramme comprend :

- Nom, prénom, année de naissance de tous les membres de la famille sur deux générations.
- Les dates exactes de naissance, mariage, séparation, divorce, décès et autres événements significatifs.
- Indications datées des activités, lieu de résidence, maladies, chômage, déménagement, problèmes divers (alcoolisme, ...).
- Informations sur les modèles et relations dans la famille.

Le projet individuel :

Le passé, connu grâce à l'outil génogramme, devient un véritable réservoir de ressources et d'apprentissages. Mieux connaître, comprendre le passé pour envisager l'avenir et ses possibilités d'évolution, de maturation. Sur cette base, va se construire le projet individuel.

J BEGOIN propose l'idée suivante : tout obstacle à une possibilité de maturation, d'évolution, quel que soit l'âge gèle la pulsion de vie. Ceci a pour conséquence l'émergence d'une destructivité dirigée contre le sujet dans l'autodestruction.

Cette pulsion de vie peut être contre carrée par l'institution en présentant l'avenir seulement sombre, négatif et sans issue possible.

ii. L'institution :

« Les établissements d'hébergement pour personnes âgées sont axés sur la satisfaction des besoins. Une telle optique entraîne des pratiques où la question de la demande et du désir n'est pas pertinente ... »(1)

- Analyse des dysfonctionnements : Un outil est validé à cet effet, ANGELIQUE.

(1)Charlotte HERFRAY « La vieillesse en analyse » Desclée de Brower 2001.

Il nous permettra de mettre en évidence les points forts et les points faibles de l'établissement et de créer le projet d'établissement en conséquence.

D'autres critères que ceux considérés dans cette grille d'évaluation (ANGELIQUE) sont à prendre en considération, à savoir :

- L'autorité dépend elle d'une seule personne ?
- L'équipe qui dirige, fait elle partie intégrante de l'équipe « institution » ; personnel et résidents ?
- L'équipe dispose t'elle de lieux de temps de parole ?
- Les résidents ont ils des lieux, des temps de parole ?
- Existe t'il une rivalité encouragée ou induite par les résidents ?
- Les membres de l'équipe sont ils persécutés ou reconnus ?

Comme le souligne Marguerite CHARAZAC BRUNEL, les facteurs risques peuvent être induits entre les membres du personnel, entre les résidents, du personnel envers les résidents et réciproquement, en fonction du cadre et du fonctionnement de l'institution.

Des membres de l'équipe, des résidents, peuvent être rejetés, ils seront les premiers candidats :

- à la dépression
- au suicide.

Certaines institutions qui se veulent familiales, patriarcales avec « un esprit de famille » sont parmi les plus redoutables car leur pouvoir s'appuie, parfois sur l'infantilisation et la dépendance (1).

Je traiterai plus avant de cette nécessité de ne pas infantiliser l'autre, mais de le rencontrer, la nécessité de pouvoir se mettre à sa place en le regardant comme s'il pouvait être moi et si je pouvais être lui.

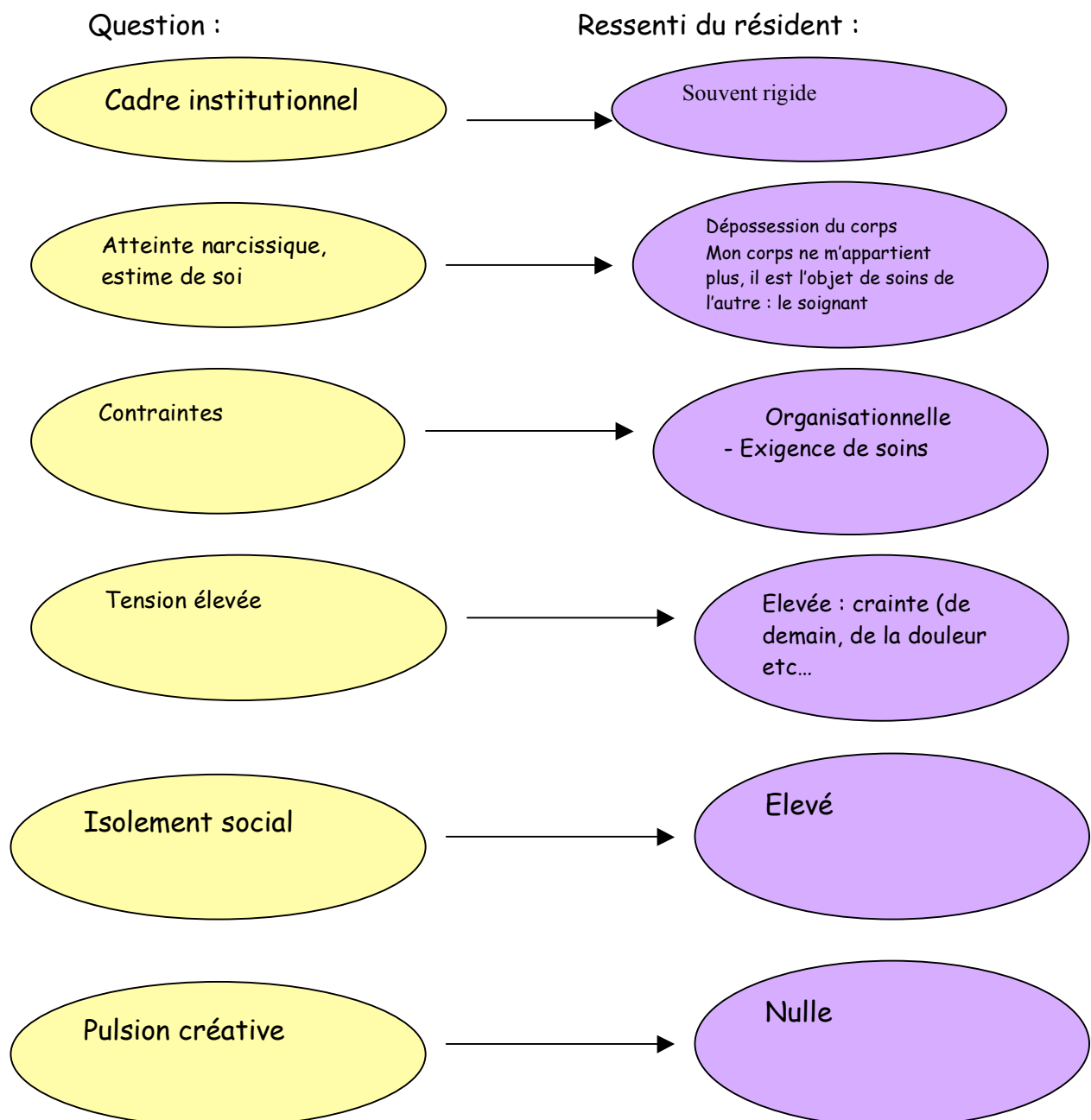
Boris Cyrulnik nous dit : « *si je parviens à changer votre regard sur moi, je changerai le regard que j'éprouve de moi* »

(1) Marguerite Charazac Brunel Dunod 2002 p 173 « Prévenir le suicide »

Ne pas laisser le résident penser que je ne m'occupe de lui que parcequ'il a une pathologie particulière, ou qu'il est dépendant, ce qui mettrait une condition à ce que je continue à le faire : qu'il le reste ...

La personne réduite à cette position ne peut plus avoir d'estime pour elle même. Elle a l'impression de n'intéresser l'autre que si elle se trouve enfermée dans les difficultés : la souffrance, la dépendance.

L'évaluation de l'institution peut donner le résultat suivant :



3. De la dépersonnalisation vers la personnalisation :

Le professeur Jacquart a écrit l'ensemble des particularités qui permettent à un homme de se reconnaître dans son espèce (les humains sont reliés entre eux par un état physique, émotionnel, philosophique et spirituel) et les a définies comme étant **l'humanité**.

Aujourd'hui, être directeur d'EHPAD, entouré d'une équipe pluridisciplinaire, c'est s'occuper de l'humanité.

Dans la démarche **d'humanité**, la personnalisation des services proposés est basée sur la connaissance de l'individu en tant qu'être humain à part entière avec des attentes et des besoins, exprimés ou non.

Toute notre action réside dans la manière d'identifier ces attentes, ces besoins et d'offrir la prestation la mieux adaptée (dans cette démarche, il faudra faire la distinction entre le besoin réel exprimé par la personne âgée et le désir de satisfaction de la famille).

De plus en plus, la réglementation tente de faire entrer la personne âgée dans un « cadre », des « grilles », qui scindent en entités « objet-corps-fonction », en le faisant passer de l'état de sujet à celui d'objet.

Déjà, dans l'utilisation d'une certaine terminologie professionnelle, nous provoquons la dépersonnalisation de ces êtres fragilisés :

- hébergement, au lieu d'accueil.
- Prise en charge au lieu de prise en considération, accompagnement.
- Lit au lieu de logement.
- Evaluation du degré de dépendance selon la grille AGGIR qui fait entrer la personne dans une grille et l'emprisonne dans un chiffre 1, 2, 3, 4, 5 ou 6. Ce n'est plus une personne mais un lit, un GIR ...
- Evaluation de la charge de travail : X minutes pour faire une toilette...

Notre mission, afin que cette personne retrouve sa propre identité (et dignité), est de mettre tout en œuvre pour maintenir, développer, les actions d'humanisation et de personnalisation, au sein de nos établissements.

Nous pouvons résumer cette mission selon trois axes :

« Développer la vie sociale, favoriser la vie familiale et respecter la vie intime »
(référence à la théorie E. T. HALL)

Actions :

a. Développer la vie sociale :

- Liens de voisinage entre les résidents eux mêmes, avec les habitants du quartier : ouverture de l'établissement sur l'extérieur et aménagement intérieur reproduisant « une place de village » par exemple.
- Liens de service : ils sont représentés, au sein de l'établissement par les lieux et personnels qui symbolisent les petits commerces ou administration : salons, salle de restaurant, salon de coiffure, infirmerie, boutique, secrétariat ...
- Liens concernant le temps libre : lieu de culte, salle d'activités, coin cuisine, etc...

b. Favoriser la vie familiale et personnelle :

- Déculpabiliser les familles : soutien, présence régulière, participation à la vie de l'établissement (au delà du CVS).
- Favoriser les relations amicales intra-muros : rôle important du personnel qui favorisera les rencontres entre résidents.

c. Respect de la vie intime :

- Respect de la dignité : pratique du vouvoiement.
- Respect de l'identité : Appeler le résident par son nom, porteur d'une histoire, d'un vécu. Ne pas rapprocher vieillesse et enfance par un comportement infantilisant qui inscrit la personne dans un processus de dépendance irréversible, en ne lui laissant pas la possibilité de faire des choix : même si certains aspects de l'aide apportée peuvent rappeler l'enfance : changes, aide à l'alimentation, aide à la toilette, etc...

d. Respect du corps (nudité, pudeur, handicap ...)

- Faire du moment de la toilette un moment privilégié de communication « relaxante » en respectant la pudeur de la personne non habituée à montrer son corps : fermer la porte, ne dévoiler que la partie du corps qui est à laver etc...
- Favoriser une perception positive de l'image que la personne a de son corps par le soins porté à l'habillement, à l'embellissement : coiffeur, esthétique ...

Afin de mettre en œuvre ces actions, nous devons nous poser la question de savoir ce qu'est l'Accueil en gériatrie .

Accueillir en gériatrie, à mon sens, c'est **PRENDRE SOIN DE** cela nécessite :

- Une évaluation du degré de dépendance en identifiant les pertes et le potentiel restant.
- Une analyse des moyens à mettre en place pour améliorer l'autonomie en corrigeant les pertes et en développant le potentiel restant.
- Une évaluation des résultats obtenus.

Dans cette démarche, comme je l'ai précisé précédemment, nous sommes obligés d'utiliser des grilles d'évaluation. Afin de respecter la personne, le recueil de ces informations se fera sur une période étendue, au cours de différents entretiens conviviaux ou au cours des différents soins d'accompagnement, afin de ne pas tomber dans l'interrogatoire de type policier.

Les principes de base en sont :

- La personne est prise en compte dans sa globalité et respectée dans son individualité. En effet, chaque être humain est unique, des empreintes digitales aux émotions, nul n'est semblable.
- Les actions sont décidées en équipe, présentées à la personne âgée, et évaluées pour réajustements.
- La personne âgée est acteur de son projet de vie.
- La famille et les proches sont partenaires du projet de vie et du projet de soins.

L'équipe, sous l'autorité de l'encadrement, devra avoir connaissance de l'histoire, du vécu de la personne âgée, en s'inscrivant dans une action temporelle : passé, présent, avenir ainsi :

- Bien connaître sa vie passée : habitude de vie, profession, environnement amical, social, familial, lieu de vie, perte deuils (afin d'écarter tout risque dépressif lié à un deuil ancien (conjoint, enfant, etc...), connaître la date de décès de ce dernier permet de mettre en place un rituel à chaque date d'anniversaire, qui permettra de communiquer sur un moment difficile de la vie). Nous l'avons vu précédemment avec l'outil génogramme.
- Faire participer le résident et ses proches à la vie de l'établissement.
- Impliquer la personne dans son projet individualisé dans le respect de ses attentes et besoins.

Pour les équipes, repérer l'installation d'un désir de mort s'avère être une recherche extrêmement difficile mais indispensable au travail de prévention. Nous l'avons vu précédemment, chaque membre de l'équipe est concerné, du directeur à l'agent de service.

Tous doivent être formés.

Croire que la bonne volonté suffit à prendre en soins (et non en charge) les personnes âgées, à domicile comme en institution est une erreur.

4. FORMATION

a. Formation initiale :

Elle concerne toutes les professions et doit permettre l'apprentissage de la relation avec les personnes âgées à tous les niveaux.

Dans tout établissement d'accueil pour personnes âgées, il est important d'amener le personnel à une attitude et à un mode de pensée méthodique et commun quant à l'accompagnement de ces personnes à risques. Dans ce contexte, l'encadrement veillera à la mise en place de la démarche de soins, qui représente un outil essentiel à une parfaite connaissance et à un suivi de qualité des résidents.

b. Formation continue :

Elle doit concerner tous les acteurs et viser une amélioration de la prise en soins des personnes âgées.

Les thèmes à aborder seront les suivants :

- L'écoute, un savoir faire à développer
- La relation d'aide (le jour et la nuit)
- La communication, l'expression orale et corporelle et l'affirmation de soi
- Comprendre et gérer l'agressivité, la violence et le stress
- L'accueil et l'accompagnement du nouveau résident et de sa famille,
- La dépendance,
- La fin de vie,
- des sujets spécifiques qui entraîneront les équipes à réfléchir sur le vieillissement, celui de l'autre mais aussi le leur, démarche à mon sens indispensable.

Les psychiatres de la conférence de consensus (ANAES 2000) recommandent d'ailleurs d'améliorer la formation des personnels sur la crise suicidaire dans le grand âge, ainsi que sur les aspects particuliers de la dépression et de sa reconnaissance chez le sujet âgé.

Dans notre partie « limites de la prévention », nous verrons qu'atteindre cet idéal repose sur des conditions qui ne sont pas mises en place aujourd'hui.

Ainsi, il nous faut admettre que toutes les formations proposées, aussi performantes soient elles, ne nous donnent pas l'expérience de l'âge.

Nous devons bien nous garder de prétendre que nous possédons tout le savoir, qui nous conduit à penser que tout ce que nous faisons est le mieux. Il serait temps de cesser de décider, de faire et de choisir à la place de nos aînés.

La Rochefoucauld disait, « nous arrivons tous nouveaux aux différents âges de notre vie ».

5. SOUTIEN DES EQUIPES

« *Oui, c'est difficile d'être devant le miroir du futur, de notre futur* » Jean François COUDREUSE

a. lieux et temps de paroles :

- Ce soutien n'est pas à confondre avec l'organisation d'une réunion de service (régulière, formalisée) mais doit se dérouler dans une pièce appropriée : calme, isolée, avec un environnement agréable. La durée de ces rencontres peut être variable en fonction des situations, mais limitée (maximum 45 minutes)
La fréquence peut être hebdomadaire

b. le psychologue

C'est lui qui anime ces rencontres, de préférence sans la présence du Directeur et des Cadres.

Nous l'avons également vu précédemment, les équipes sont souvent en souffrance. Le nombre insuffisant de personnel confronté régulièrement au pire (la douleur, la mort), donne le sentiment d'être loin de son idéal professionnel.

Il est impératif, au sein de l'établissement, de mettre à disposition des lieux et des temps de parole.

Par rapport à cet idéal professionnel directement lié aux objectifs de la structure et donc des équipes, il me semble important de réfléchir au problème de niveau. :

- Fixer des objectifs raisonnables, atteignables par l'équipe en terme de projet d'établissement, projet de vie, projet de soins, évitera de créer une frustration supplémentaire due à l'échec mais plutôt une satisfaction, celle d'avoir atteint ses objectifs et donc de progresser.

Le projet de vie demeure un outil moteur pour le personnel. Il permet au personnel, après appropriation, d'être acteur, dans le cadre d'une participation active, une réflexion.

Les objectifs seront clairement définis, réalisables. Il objective la démarche qualité en étant un véritable outil de référence et de progression pour l'équipe, un

guide d'accompagnement de familles ainsi qu'un excellent outil de communication vers l'extérieur

6. La préparation de l'entrée en institution :

L'entrée en structure d'accueil constitue pour la personne âgée et sa famille une étape clé, un moment qui détient une symbolique toute particulière, mettant en scène fantasmatiquement la séparation ultime que représente la mort (Sophie Valois Laubin).

Ainsi, on entend dire par la personne âgée : « j'ai un pied dans la tombe ... » et la famille « c'est sa dernière demeure... »

- Le pré accueil :

Je commencerai ce propos par une nuance qui me semble fondamentale.

Je ne parle jamais d'admission qui, pour moi, évoque un privilège fait à la personne accueillie : « je vous admetts parce que je le veux bien » (après quels tests, quelles épreuves ? !!!)

Accueillir est une toute autre démarche : je **VOUS** attendais parce que **VOUS** avez de l'importance pour moi.

Comment imaginer encore que des personnes arrivent en EHPAD après un séjour à l'hôpital, après que les enfants aient eu à chercher *une place pour ce vieux, cette vieille* en catastrophe.

Comment imaginer que cette personne, âgée, va arriver convalescente dans un établissement qu'elle n'a pas choisi et qu'elle refuse parfois, en ayant été informée au dernier moment (quant elle a été informée !) et sans visite préalable.

Pourtant, on le sait, quand une personne arrive en institution, ses repères s'écroulent. Il est essentiel de la préparer à l'entrée en établissement pour lui permettre de faire le deuil de son mode de vie précédent et accroître ses capacités d'adaptation à ce nouveau lieu de vie. Faire le deuil ne signifie pas OUBLIER mais TOURNER UNE NOUVELLE PAGE DU LIVRE DE LA VIE.

Rappelons que l'homme s'adapte d'autant mieux qu'il a le temps de le faire. Il possède la capacité d'imaginer un événement ou une situation, d'y penser, bien avant qu'ils n'adviennent. Anticiper, prévoir, répéter, se familiariser : autant de processus

qui lui permette d'aborder avec moins d'anxiété ou d'angoisse des situations inquiétantes. Il faut donc veiller à éviter toutes les situations où l'on agit par surprise, dans l'urgence, sans prévenir (1).

La visite de l'établissement par le futur résident, en lui laissant un temps de parole avec un client de la structure pour qu'ils puissent échanger en toute liberté me semble indispensable. Cette étape est importante pour l'équipe qui pourra rencontrer le futur résident, et évaluer rapidement son degré d'autonomie.

Indispensable également, la visite du directeur ou du cadre de santé au futur résident dans son lieu de vie. Cette découverte me semble indispensable à plusieurs niveaux :

- Valoriser la personne : elle mérite que le directeur ou un membre référent de l'équipe se déplace pour elle. Ainsi, elle existe, elle est reconnue.
- Les éléments recueillis lors de cette visite, de cet entretien seront précieux pour l'élaboration du projet de vie personnalisé (histoire, milieu social, etc...) et se lieront avec le génogramme.

- **L'accueil du résident :**

Si la procédure d'accueil est identique pour tous les résidents accueillis, il n'en demeure pas moins que chaque personne mérite une personnalisation de son ACCUEIL afin de favoriser son intégration (excellente connaissance de ses attentes et besoins).

Dans ce cadre, il est nécessaire de mettre en place un véritable **projet de vie personnalisé**, (fondé sur la notion de suppléance et non de substitution) avant l'accueil, en collaboration avec la famille, le médecin traitant, les intervenants à domicile....

(1)*L'Humanitude, Yves Gineste, Jérôme Pellissier, Bibliophane - Daniel Radford Avril 2005*

La procédure d'accueil, pour qu'elle soit suivie de la réussite de l'intégration du futur résident, doit revêtir les étapes suivantes :

- ❖ Rencontre de pré-accueil
- ❖ Accueil
- ❖ Suivi post-accueil
- ❖ Degré de satisfaction

Par expérience, on peut affirmer que les étapes de pré-accueil et du suivi post-accueil sont les plus importantes car elles prennent en considération la dimension humaine de l'accueil en considérant le futur résident dans sa globalité et non pas seulement comme « simple entrant à un moment donné »

Ainsi, il est indispensable qu'une procédure d'accueil soit mise en place et je propose la suivante :

a. le pré-accueil

Elle peut être une **visite par le futur résident et sa famille** : invitation au déjeuner, au goûter, à une animation afin d'obtenir l'accord préalable de placement de la personne âgée elle-même

Dans ce cas, le résident visitera tous les locaux de vie collectifs et individuels de l'établissement, rencontrera les membres de l'équipe d'accompagnement (soignants, animatrice, administratifs....) ainsi que les résidents présents, prendra connaissance du fonctionnement de son futur lieu d'hébergement (notions de liberté dans le respect de la Charte des Droits et Libertés de la Personne Âgée en institution, ponctuées par les contraintes de vie en communauté).

Ce peut être le **réfèrent de la structure** (gouvernante, Directeur, IDE coordinatrice.....) **qui se déplace au domicile** ou dans le lieu d'hébergement du futur résident (EHPAD, hôpital....) si les déplacements sont difficiles voire impossibles.

Un entretien sera réalisé par un ou plusieurs des membres référents (directeur, médecin, IDE coordinatrice, animatrice, gouvernante..).

Il sera possible de **proposer au futur résident**, afin de mieux préparer son accueil et si son état le permet, un séjour en **accueil de jour ou en hébergement temporaire** et une période d'essai d'un mois, dans le cas d'un hébergement

permanent, afin de laisser la liberté à chacune des parties de se séparer (insatisfaction, difficultés d'adaptation...). Dans ce dernier cas, l'équipe sera amenée, dans le respect de la Démarche Qualité, à proposer une réorientation de la personne vers une structure plus adaptée à ses attentes ou à son état de santé.

b. L'Accueil

Il est important de soigner la partie hôtellerie pour personnaliser l'accueil : chambre décorée et aménagée préalablement d'éléments de décoration du résident entrant, plateau d'accueil = bouquet de fleurs - carte de bienvenue avec mot du Directeur.

- Accompagnement du résident par le personnel
- Rencontre avec les autres résidents

Sauf pour les résidents atteints de troubles cognitifs, liberté sera laissée au nouvel entrant de s'intégrer à un « groupe de résidents » afin de lui laisser son autonomie de choix.

c. Le suivi

Il permet de réajuster en permanence le niveau de prestation de manière pluridisciplinaire en communiquant au mieux avec les familles.

A ce titre, l'IDE coordinatrice recevra la famille dans les 2 semaines qui suivent l'accueil. Cet entretien a pour but d'une part de compléter le recueil de données concernant l'histoire et les habitudes de vie du résident et d'autre part d'informer la famille sur les ressentis et le vécu de leur parent depuis l'accueil.

Le rôle des proches est prépondérant dans l'accompagnement, en aucun cas les équipes doivent s'y substituer.

Il est important d'intégrer les familles et de leur faciliter la participation, elle devient alors partenaire de santé de son proche, ce qui prévient le sentiment de culpabilité souvent généré par la perception qu'elle a d'avoir « abandonné » son parent.

Dans le cadre de ce suivi, lorsque la réorientation d'une personne est envisagée, elle doit faire l'objet d'une décision d'équipe (médecin, IDE, psychologue, gouvernante).

La personne concernée et ses proches sont informés et préparés à ce transfert.

Dans certains cas, un accueil d'urgence peut s'avérer nécessaire : celui-ci doit être structuré par une procédure qui va remplacer cette notion « d'accueil ». C'est le « suivi » qui prendra alors toute son importance. Il est nécessaire d'avoir des conventions ou des accords formalisés avec des établissements spécialisés en cas d'échec ou de grandes difficultés nécessitant des rééquilibrages (troubles du comportement).

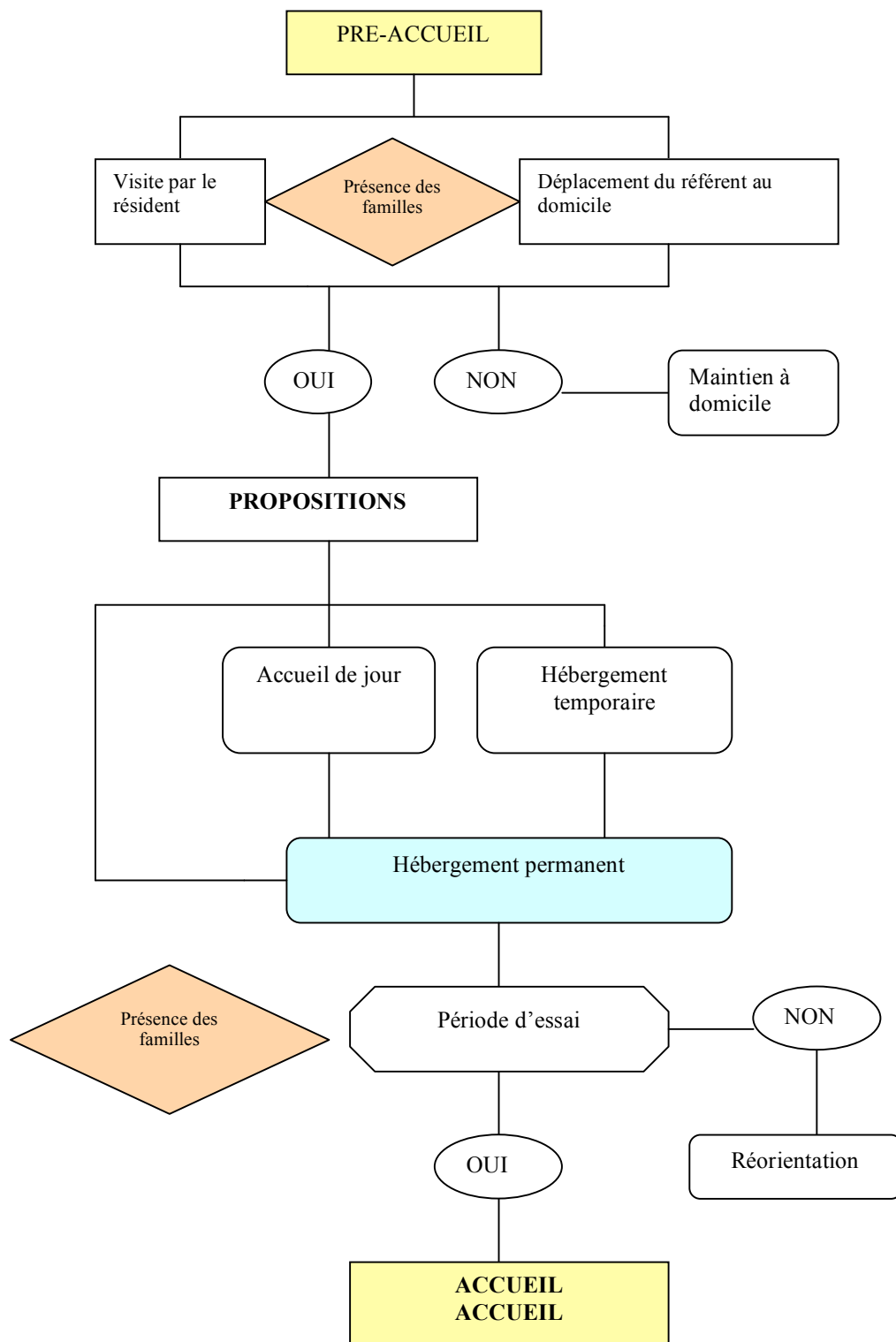
c. Le degré de satisfaction

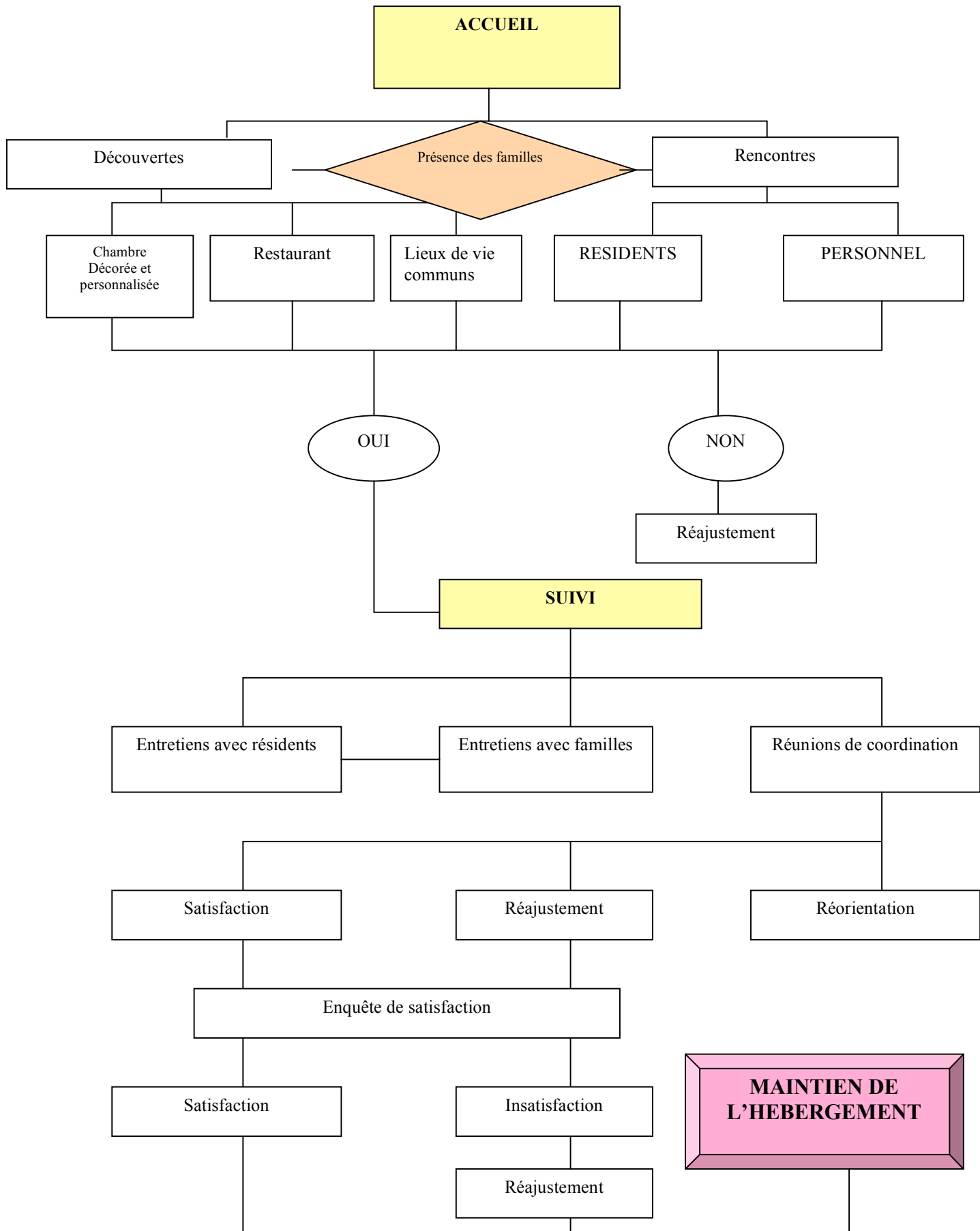
Dans le cadre de la Démarche Qualité, une enquête de satisfaction est proposée aux résidents, leur famille et au personnel une fois par an.

Les résultats de cette étude permettent de faire évoluer et de parfaire les prestations fournies.

Dans le cas d'un accueil, ce sondage est effectué au cours du premier mois de présence puis lors des rencontres régulières avec les référents afin de réajuster les réponses, aux attentes des résidents.

Exemple de procédure d'accueil





7. La famille : un partenaire indispensable :

La famille est un partenaire indispensable à intégrer au moment de l'accueil. Cette intégration lui permet de passer le relais pour les soins et de se situer dans une position de complémentarité avec les soignants et non de rivalité. Elle fait partie prenante dans la prise en soins de son parent.

On sait d'ailleurs qu'une rupture familiale est source de dépression.

L'agressivité, la culpabilité, le rejet, le sentiment d'abandon, génèrent du stress et de l'anxiété de la part de ces familles. Nous devons être attentifs à chacune de leurs réactions afin d'appréhender et de prévenir des situations conflictuelles, des plaintes, des revendications multiples.(1)

Il est rare qu'à un moment ou à un autre du travail de séparation, la famille ne passe pas par l'un ou l'autre de ces sentiments. La question n'est pas que famille et institution trouvent d'emblée une soi disant distance idéale, mais qu'elles aillent l'une et l'autre vers une acceptation des qualités et des manques de chacun.(2)

Rappelons qu'un sondage SOFRES 2003 soulignait que face à l'entrée d'un parent en maison de retraite :

42 % des familles ressentent de la tristesse
34 % un sentiment de culpabilité
23 % de l'inquiétude

mais aussi,   36 % se sentent rassurés
                                         20 % soulagés

Ainsi, peut être arriverons nous à faire en sorte que la personne âgée en institution et sa famille acceptent la situation plutôt qu'elles ne s'y résignent.

(1) Sophie Levalois Laublin « Le journal des psychologues » n° 212 nov 2003

(2) Pierre Charazac « psychothérapie du patient âgé et de sa famille » Dunod 1998 p 153

8. L'animal de compagnie :

La présence d'un animal dans l'institution représente un autre outil de prévention de la dépression (et du suicide en EHPAD)

« La présence animale est un bon révélateur de l'image que l'établissement a de lui-même et de la qualité de vie en son sein » Pascal Champvert.

Tous les spécialistes s'accordent à dire que la présence d'un animal aux côtés d'une personne âgée ne peut être que bénéfique. Le docteur Karen Allen a montré que l'animal de compagnie peut faire obstacle au repli sur soi et à la dépression.

Plusieurs solutions se présentent à l'établissement :

- L'animal personnel : la personne âgée garde la possibilité d'être accueillie dans l'établissement accompagné de son animal de compagnie.
- L'animal visiteur : l'animal est accepté dans le cadre des visites au résident.
- L'animal de la structure : il appartient à l'ensemble des résidents. Mascotte de l'établissement avec un rôle social et affectif.

Quel que soit le type d'animal de compagnie accepté ; il devra être compatible avec la vie communautaire (rester dans l'accueil d'animaux domestiques non nuisibles et non vecteurs de maladies potentielles).

Nous, directeurs d'EHPAD, ne pouvons faire l'économie d'une réflexion en ce sens et avons à nous rapprocher de nos confrères qui ont mené des expériences en ce sens, expériences toutes positives.

9. Le parrainage des nouveaux résidents:

Systématiquement, l'entrée en établissement constitue un événement qui affaiblit le fonctionnement des différents réseaux relationnels de la personne et peut engendrer solitude et isolement.

Le parrainage du nouvel arrivé, après avoir été présenté aux autres résidents, favorise le tissage d'un réseau de liens, de solidarités mutuelles entre résidents. Ce parrainage est

un véritable accompagnement au changement de lieu de vie et peut prévenir le repli sur soi en favorisant l'intégration du nouveau résident.

Cette action associe les résidents, la famille et l'équipe.

Cette action de parrainage est également bénéfique au parrain qui se rend utile en prenant un statut de pair. Le parrain, confident, pourra être amené à recevoir la parole du résident dépressif, et peut être un « signal d'alarme » supplémentaire.

10. Prise en compte des désirs des résidents : L'écoute.

Les besoins des personnes âgées sont, le plus souvent, connus, évalués et satisfaits. S'agissant des désirs, il en est tout autrement.

Afin d'arriver à la satisfaction de ces désirs, encore faut-il qu'ils soient connus donc entendus et écoutés.

Pour cela, il est nécessaire que le soignant ou l'aidant, sorte de sa toute puissance professionnelle, ait la capacité d'écoute, d'attention et d'empathie

Certes, il n'est pas facile de mettre en pratique sur le terrain ce principe d'écoute. En effet, de nombreux obstacles s'opposent à sa mise en pratique :

- Pour les résidents :
  - Certains résidents ne parlent plus ou leurs propos sont devenus incohérents
  - Les résidents « d'aujourd'hui » ne sont pas habitués à s'exprimer librement (il en sera autrement de ceux de demain. Fruits du baby boom, et des années 68).
- Pour le personnel :
  - Gestion du temps, soucis de rentabilité

a. Qui doit écouter le résident ?

L'écoute ne peut être une écoute formatée. Il faut accepter et respecter le choix du vieux qui se confiera plus facilement à l'agent d'entretien ou au cuisinier par exemple (personnel de proximité) plutôt qu'au psychologue ou à l'animateur.

On sait que la personne âgée suicidaire, dans les jours, les semaines qui précèdent son acte, va tenter d'entrer en communication avec un tiers, qu'elle va choisir.

Ce choix ne se fait pas en fonction de la qualification de cette personne, mais de critères de confiance, de sensibilité et de proximité.

Plus la tentative risque d'être imminente, plus le suicidant tend à s'éloigner des personnes « spécialistes » pour exprimer son intention aux personnes les moins préparées et à des moments tout à fait inattendus.(1)

Ainsi, il ne doit pas s'agir d'un exercice imposé, encadré par un professionnel. Cette écoute peut aussi bien se faire par l'agent d'entretien ou l'agent de service, l'ensemble du personnel devra participer aux réunions de services servant à « faire le point » sur les résidents.

Trop souvent, ces réunions d'équipe se limitent au personnel soignant.

Si l'on veut que la parole guide l'action, il est indispensable que le partage de l'information s'opère entre tous les membres du personnel : la secrétaire, l'agent d'entretien, l'agent de service etc., ont une position qui peut les amener à entendre différemment les personnes.

Ne pas leur permettre d'entrer en relation avec le résident peut créer de la frustration et de la démotivation.

La personne âgée se suicidant également la nuit, source d'angoisses et de détresses, le personnel de nuit doit être impliqué directement dans toutes les démarches :

- Réunion d'équipe
- Formation

Tout membre de l'équipe reçoit la parole du résident quand et où ce dernier le décide.

Accueillir cette parole, d'être humain à être humain, est l'une des manières les plus concrètes de partager notre humanité (Yves Gineste).

(1) Marguerite Charazac Brunel « prévenir le suicide » Dunod 2002 p 203

Il ne s'agit pas de provoquer à tout prix, comme le soulignent Dominique ARGOUD et Bernadette PUJALON , la communication, la parole efficace, celle que l'on peut rapidement traduire en action.(1)

Le résident ne doit pas être transformé en usager, sommé de dire ses besoins et exigences.

Il nous faut savoir également écouter le silence de la personne âgée.

« Partager le silence d'un vieux n'est pas perdre son temps, c'est en recevoir, c'est trouver asile dans le temps. »

Se taire n'est pas la même chose qu'être silencieux, le mutisme n'est pas le silence. Le silence doit s'inscrire dans une démarche d'aide et d'écoute.

Respecter, savoir écouter et faire parler le silence fait partie de la prise en compte de la parole. De la même façon qu'en gériatrie, il faut, tout en continuant de faire vivre le lien social, savoir accompagner la déliaison.

N'oublions pas que la communication possède trois piliers : la parole, le toucher et le regard

N'oublions pas qu'il n'y aura pas de communication s'il n'y a pas de rencontre de l'autre, si je n'accepte pas d'entendre et de voir ce que l'on peut entendre et voir à son niveau. Je ne peux aider l'autre que si je m'implique dans cette rencontre (se mettre à l'écoute), ce qui est une attitude opposée à vouloir appliquer des conduites à tenir comme équivalentes de conduites de soin.

Pour illustrer mon propos, j'évoquerai une situation que j'ai vécue il y a maintenant quelques années.

Venant de prendre la direction d'un EHPAD, je participe au service du déjeuner et fais manger un monsieur handicapé et dément. A côté de moi, une aide soignante fait la même chose avec une dame âgée, démente, elle aussi.

Je me rappelle la réaction de cette aide soignante lorsqu'elle a entendu me répondre l'homme que je faisais manger. Elle est restée bouche bée, la cuillère à la main, immobile et a fini par s'exclamer : « il parle ! ».

(1)Bernadette PUJALON (Gérontologie et société n° 106 septembre 2003 p 38)

Pendant des mois, on avait fait manger ce résident sans lui parler...

Quelques jours après cet « évènement », un autre « miracle » se produisait puisqu'il mangeait seul ...

Parler à une personne âgée désorientée ou pas, suicidaire ou pas, c'est déjà la soigner. Balint l'a écrit, le médicament le plus couramment utilisé par le malade, c'est l'autre (médecin, soignant, aidant), reste à en déterminer la dose et les effets secondaires : en quelque sorte, il s'agit de se rendre plus consommable.

C'est parce que j'accepte que l'autre me parle (le vieux suicidaire) de son désir de mourir, que je peux l'aider à formuler son envie de vivre.

Et si le médicament c'est l'autre, il me semble que nous aurions intérêt à ne pas « *sursanitariser* » nos structures afin que les actes techniques, médicaux, ne viennent pas se substituer à la relation.

Nous ne sommes pas là pour faire des miracles en médecine, mais pour faire des miracles d'humanité, c'est ce que je crois me rappeler d'un de mes entretiens avec Geneviève Laroque.

Il faut redouter que le vieillissement soit accompagné par les seules pratiques médicales et les discours qui les accompagnent. Laisser au seul champ médical la vieillesse et le vieillissement, c'est ramener l'une et l'autre à la maladie, ce que ni l'une ni l'autre ne sont.

11. Réintroduire la mort dans nos structures :

« ...sans la mort, l'homme ne serait même pas un homme, que c'est la présence latente de cette mort qui fait les grandes existences, qui leur donne leur ferveur, leur ardeur, leur tonus. On peut donc dire que ce qui ne meurt pas ne vit pas. Alors, je préfère encore être ce que je suis, condamné à quelques décennies, mais enfin avoir vécu ... » (1).

S'il n'y a pas de vie sans mort, et parce que nos établissements sont des lieux de vie, la mort doit en faire partie.

Et pourtant, la toilette mortuaire ne fait plus partie du programme d'études des infirmières. Cela est significatif et nous montre bien la place actuelle de la mort dans les établissements de soins.

(1) Vladimir Jankelevich « penser la mort » p 20 Liana Levi Piccolo

Pour ma part, j'ai fait le choix de ne pas occulter la mort dans mon établissement, de la façon suivante :

- Nous proposons à la famille de laisser son parent dans son logement ce qui offre la possibilité de veiller le mort (famille et/ou résident).
- Le journal de l'établissement (mensuel) propose à un autre résident d'écrire quelques lignes sur le défunt. La fin d'année est une nouvelle occasion de nous remémorer les personnes qui nous ont quittés dans l'année.

Considérer les disparus, c'est aussi respecter les vivants. C'est leur montrer qu'ils ont leur place.

a. L'accompagnement de fin de vie :

Nous l'avons vu, l'accompagnement du résident commence dès son accueil dans l'institution. Il doit, tout au long de son séjour, se prolonger au delà de la mort de la personne. (équipe/famille).

L'importance spécifique de l'accompagnement de fin de vie a été mis en évidence par le cinquième rapport, fin 2003, et la conférence de consensus de l'ANAES également en janvier 2003 (Agence Nationale d'Accréditation et d'Évaluation en Santé).

Les traitements palliatifs représentent une avancée majeure. Ils ont permis de soulager la douleur et de montrer que les soins ne sont pas finis quand la guérison n'est plus envisageable. L'accompagnement vers la sérénité de mourir implique la famille, le personnel. Encore faut il qu'il soit en nombre suffisant, compétent, formé, et lui même accompagné pour accompagner.

Le médecin coordonnateur s'appuiera sur ces recommandations, pour mettre en place une politique d'accompagnement en général, et de la fin de vie en particulier, au travers le projet d'établissement : outil central.

Si la personne âgée accueillie en EHPAD est convaincue :

- Du respect de sa dignité
- Du respect de ses choix
- D'être correctement et régulièrement informée de son état
- Que ses maux seront soulagés
- Que ses mots seront écoutés et entendus
- Qu'elle pourra mourir là, plutôt qu'aux urgences

- Que sa fin de vie sera accompagnée (techniquement, humainement)
- Que ses dernières volontés seront respectées

Alors peut être, envisagera-t-elle l'EHPAD autrement qu'avec angoisse, dépression et idées de mourir.

b. Le spirituel :

La liberté de culte doit être une réalité et l'EHPAD doit offrir un lieu de culte.

La présence régulière de religieux dans l'établissement peut aider une personne âgée dépressive, suicidaire qui, dans un « sursaut de survie », cherche parfois une relation d'aide, un confident.

Penser qu'il y a quelque chose, quelque part, une figure qui en appelle à lui (l'autre, le grand architecte de l'Univers) et promet, en échange de ses renoncements, un gain symbolique tel que le sentiment d'avoir été ... un bon soldat.

c. L'équipe face au suicide d'un résident :

Le suicide est un acte qui entraîne l'entourage du suicidé dans le chaos et la douleur, véritable déflagration.

Le lendemain du suicide de madame F, une question se posait à moi :

Devais je en informer l'équipe, les résidents ?

Les conseils du psychologue allant dans le sens d'annoncer la réalité de la situation aux uns et aux autres.

Nous avons donc informé les résidents et proposé à ceux qui le souhaitent de nous rassembler pour parler de cet événement, l'occasion pour chacun de dire sa colère, sa peine, son sentiment de culpabilité :

- Pourquoi nous a-t-elle fait cela ?
- Qu'est ce que nous n'avons pas vu ?
- A côté de quoi sommes nous passés ?

D'entendre qu'il n'y avait certainement rien à faire, qu'il faut parfois simplement accepter, prendre conscience des limites de notre action (individuelle, collective), a été bénéfique.

Cela a fait beaucoup de bien d'entendre le psychologue dire qu'elle nous a fait un beau cadeau en ne nous offrant pas sa mort. Une façon de nous dire que nous avons fait le maximum, qu'elle en était reconnaissante, néanmoins que cela n'a pas suffi à faire disparaître sa souffrance.

Monsieur R qui l'avait initiée à la belote et joué avec elle quelques heures avant son départ était désespéré : *« je n'ai pas eu le temps de lui dire qu'elle avait fait des progrès ... »*

12. Les limites de la prévention :

Je l'ai souvent rappelé dans ce travail, nos structures sont des lieux de vie. Vivre c'est prendre des risques.

Attention de ne pas tomber dans une folie sécuritaire. A trop vouloir faire disparaître ces risques, nous finirions par faire disparaître la vie. Protéger à outrance la personne âgée, à vouloir qu'elle ne soit plus dépressive, à vouloir l'empêcher de mourir, nous finirions par l'empêcher de vivre.

Nous sommes constamment face à des difficultés engendrées par la gestion d'une situation contradictoire : empêcher, prévenir et contrôler un comportement néfaste ou inacceptable et respecter en même temps le droit au choix, donc à la liberté individuelle.

Le suicide : Un choix, une liberté ?

Comte-sponville (1) définit le suicide comme étant le droit le plus absolu qui se moque du droit, c'est la liberté minimale et maximale.

Albert CAMUS, dans le Mythe de Sisyphe écrit : *« il n'y a qu'un problème philosophique vraiment sérieux, c'est le suicide. Juger que la vie vaut, ou ne vaut pas la peine d'être vécue, c'est répondre à la question fondamentale de la philosophie, le reste vient ensuite ... »*

Vivre libre jusqu'à son terme pose la question de la liberté de mourir. PROUST, professeur de philosophie concluait ainsi un article dans la revue de la médecine générale *« je demande que ma liberté soit respectée dans l'acte de mourir. Lorsque ma conscience vacille, lorsque la déraison l'emportera, quand je n'aurai plus aucune liberté de décider quoi que ce soit, alors que d'autres, que j'aurai choisis, décident pour moi ! Mais je veux que ce soit ce que j'aurai décidé pour moi auparavant, que ce soit non par leur volonté, mais par la mienne »*.

Un débat s'engage aujourd'hui sur lequel je ne me prononcerai pas.

Je pense simplement que lorsque la personne âgée en arrive à mettre fin à ses jours, c'est peut être qu'elle n'a trouvé personne pour écouter et entendre sa souffrance et qu'aucune autre alternative lui a été proposée.

C'est là notre mission, écouter, entendre, la souffrance et proposer une autre issue que le suicide. Ce n'est probablement pas la mort qu'il faut vaincre. C'est notre incapacité à nous accompagner les uns les autres.

CONCLUSION

Depuis une trentaine d'années, les modes d'hébergement des personnes âgées ont évolué, répondant à deux préoccupations majeures :

- humanisation
- médicalisation

Pourtant, la surmortalité par suicide observée en EHPAD par rapport à domicile est constante de 1975 à 1999 (Étude CASADEBAIG).

Normalement, la vie en institution devrait être une réponse à l'isolement, à la solitude autant qu'à la perte d'autonomie, source de dépression et de suicide. Elle devrait être un substitut aux pertes et manques effectifs relationnels. Malheureusement, il reste encore beaucoup de chemin à parcourir pour que cela soit le cas.

Je crois pourtant que le dynamisme qui mobilise actuellement les énergies vers des structures modernes et créatives laisse entrevoir des progrès significatifs dans ce domaine. Pour peu que les financements et autorisations soient à la hauteur des enjeux.

La qualité de vie, d'accompagnement en EHPAD, seule prévention de la dépression et du suicide des sujets âgés, passe par une offre suffisante de places d'hébergement et non par la pénurie.

!!

BIBLIOGRAPHIE

- **Jérôme PELLISSIER** « la nuit tous les vieux sont gris » Daniel Radford avril 2003
- **Alfred SAUVY & Robert DEBRE** "des Français pour la France, le problème de la population » Paris Gallimard 1946
- **Dominique ARGAUD et Bernadette PUJALON**, gérontologie et société n° 106 « paroles de vieux » fondation nationale de gérontologie
- **Michel BILLE** La Chance de Vieillir P60
- **FERREY et C DUPUY** « Les dépressions du sujet âgé » Ed MASSON G
- **F CASADEBAIG, A PHILIPPE, D RUFFIN** « Suicide et lieu de résidence » Santé Mentale N° 84 janvier 2004.
- **BOUSQUETTE E, LAUQUE S, ADOUE D, VELLAS, ALBAREDE JL** Vieillissement avec succès : données actuelles - « Vieillir avec succès » 1997 Collection l'année gerontologique p 9-29
- **Monique LEGRAND** Edition ERES « Des lieux et des modes de vie pour les personnes âgées
- **JF BAUDURET ; M JAEGER** Edition Dunod « Rénover l'action sociale » 2002 P 32
- **Philippe DUCALET ; Michel FOURCADE** « Penser la qualité des institutions sanitaires et sociales » Edition Seli Arslan p75-76.
- **Marie Pierre HERVY, Michel SALOM**« Livre Blanc de la Gériatrie Française » édition SEPEG INTERNATIONAL 2004 P167
- **P LAROQUE**. Commission d'étude des problèmes de la vieillesse, Paris La Documentation Française p45.
- **Bernadette PUJALON** Vieillesse interdites L'Harmattan 2004 P 45
- **Michel BILLE** Edition L'Harmattan 2004 La chance de vieillir.
- **Henri LABORIT** « Eloge de la fuite
- **Josiane ANDRIAN** « Gérontologie et société » n° 9
- **JG JM LEGER, OUANGO** « Dépister et prévenir le suicide et la dépression chez le sujet âgé » ed MASSON 2002
- **Charlotte HERFRAY** : « La Vieillesse en analyse » Desclée de Brower 2001
- **H LÔO, T GALLARDO** « Troubles dépressifs et personnes âgées » Edition JL Eurotext 2000
- **POMMEREAU BOUIC, COURDURIER, CLERMONT** « Dépression et suicide » Edition PRID 2003
- **CLEMENT JP, LEGER JM**, Clinique et épidémiologie de la dépression du sujet âgé. Edition Masson 1996.

- **D DE LEO, P HICKEY, G MENEGHEL** « Dépression et suicide du sujet âgé » Serdi 2001
- **CLEMENT JP, LEGER JM.** Clinique et épidémiologie de la dépression du sujet âgé. Paris Acanthe, Masson 1996 : 19-26
- **HORIGUSHI** - A survey of the living condition and psychological status of elderly people admitted to nursing home in Japan 1991 - Acta psychiatr
- **In CAMUS (V) Idir** « La dépression » Paris Serdi 2001. Perspectives en psychiatrie de la personne âgée
- **JP LEGUEN** Edition ERES 2003 « Les Chaos du vieillissement »
- **Marguerite CHARAZAC** Santé mentale » n° 84 30-37
- **Pierre CHARAZAC** « Le double masque de la dépression » Santé mentale n°84 Janvier 2004 37-39
- **B FROMAGE, S TOUPIN, S FOUASSIER, G BERRUI** Synapse Décembre 2003 n° 200 p 15« Impact de la chute »
- **I ARVEUX P PFITZMEYER** La revue de gériatrie n°1 Janvier 2002 « Chute et dépression
- **Daniel BORDELEAU** « L'expérience suicidaire » edit ESF p48
- **Florence DOUGUET** « Banalisation du suicide au grand âge » Les Cahiers de Psychologie et Vieillessement 02/03
- **Florence DOUGUET** « suicide âgé, sujet tabou » Les cahiers de psychologie et vieillissement, Séminaire du 11 février 2003
- **M ROGENSKI** Les cahiers de psychologie et vieillissement février 2003 « La violence de la mise en scène : quelle signification pour le sujet et son entourage.
- **CASADEBAIG RUFFIN-Philippe** Revue d'épidémiologie et de santé publique N° 1 février 2003
- **Sophie LEVALLOIS LOUBLIN** « Le journal des psychologues » n° 212 nov 2003

Vladimi JANKELEVITCH« penser la mort » p 20 Liana Levi Piccolo
Yves GINESTE, Jérôme PELLISSIER « L'Humanité » *Bibliophane* -
Daniel Radford Avril 2005