

CHAPITRE IV

Troubles liés aux circonstances de la vie

■ DÉCEPTION PSYCHOSOCIALE

La pauvreté est un problème important lors de la vieillesse et peut causer des troubles comportementaux et relationnels chez les personnes âgées.

À DOMICILE

Elles peuvent devenir exagérément avares, strictes en ce qui concerne la consommation d'eau, d'électricité, de gaz et, pire encore, de nourriture, se rendant ainsi malades et/ou créant des conflits. Elles refusent de façon désagréable toute invitation, toute sortie, tout plaisir de peur de dépenser de l'argent et de devenir une charge « pour la société » ou « pour leurs enfants ». Ainsi, elles s'isolent, peuvent devenir négligentes, voire sales, et difficiles à comprendre, à accompagner et à soigner. Dans la crainte des problèmes d'argent, une telle personne nie les besoins d'une aide à domicile et même si cette dernière lui est imposée, elle lui fait la vie dure pour qu'elle « s'embête et s'en aille ».

EN ÉTABLISSEMENT

Se sentir pauvre est encore plus pénible et engendre davantage de troubles comportementaux et relationnels. C'est souvent la raison d'un refus de sortir en groupe, de participer aux animations. Parfois, cela va jusqu'à refuser de venir prendre ses repas ou ne manger qu'à peine de peur de devoir payer. Cette abstention est encore plus importante si le personnel emploie le mot « restaurant » à la place de « salle à manger ». Devant l'insistance

des soignants, ces personnes prétendent ne pas avoir faim et ce, tous les jours, d'où la colère, l'agacement et l'inquiétude des familles et des professionnels qui peuvent, sans comprendre les causes de ce comportement, les réprimander ou les livrer à eux-mêmes, les exposant aux risques de dénutrition et de déshydratation.

CONSEILS PRATIQUES

- La situation risque de s'aggraver lorsque la raison pécuniaire est enfin comprise. Évitez de dire : « c'est gratuit » car ces vieillards ont leur fierté et ne veulent pas « être une charge ». Si on leur dit « ne vous inquiétez pas, vos enfants payent pour vous », ils rétorquent rapidement « je ne veux pas m'imposer à leur budget... ».
- Il faut les valoriser en disant par exemple : « vous avez travaillé toute une vie et durement, c'est à votre tour d'être servi » ou bien « vous avez une bonne retraite qui couvre tout, vous avez tellement cotisé ».
- Cela peut être considéré comme un traitement psychologique. Ces réponses doivent s'adapter à chaque personne, sans être mensongères, d'où la nécessité d'une bonne connaissance préalable de chaque soigné.

■ DÉCEPTION PSYCHO-AFFECTIVE

La déception fait partie intégrante de la vie, mais plus longtemps on vit, plus on la subit. Être vieux et déçu ne peut qu'être pénible. La souffrance engendrée induit beaucoup de troubles comportementaux et relationnels. Au grand âge, on est plus vulnérable, et certaines déceptions deviennent difficiles à accepter ou insurmontables, d'autant plus si elles proviennent des enfants ou des petits-enfants. Dans ce cas, la déception peut conduire à une dépression et/ou engendrer un comportement problématique, capricieux, opposant, volontairement agressif. La plus importante de ces déceptions est le placement forcé, hâtif et/ou mensonger en institution.

La génération des personnes âgées que nous soignons aujourd'hui reconnaît les valeurs familiales, le dévouement et le devoir envers ses parents et la nécessité de « mourir chez soi ». Vivre et mourir dans un établissement signifie « être fou et

indigne ». Beaucoup de ces personnes se sont occupées d'un parent âgé jusqu'à sa mort, parfois en faisant de nombreux sacrifices ; elles avaient vu leurs parents faire la même chose et ne se posaient pas de question. Le placement en institution peut donc être vécu comme un rejet, une trahison.

La situation devient catastrophique lorsque le placement est brutal (par ex., suite à une hospitalisation ou au décès du conjoint). Et le pire est lorsque les enfants mentent à leur parent : « tu es là pour un mois, pour quelques jours, le temps de te trouver quelqu'un pour t'aider à la maison » ou « on viendra te chercher à la fin de la semaine, tu es là momentanément, tu rentres chez toi quand tu veux ». Être trompé par ses propres enfants est un sentiment tellement pénible que la personne ne s'en remettra jamais, même si l'établissement est correct et adapté.

“ Dans une maison de retraite, le personnel souffrait du suicide d'un résident très agréable, intéressant, gratifiant et respectueux, Monsieur S., que ses enfants avaient placé là à la sortie de l'hôpital en lui disant : « *Reste ici le temps d'aller mieux mais tu peux rentrer chez toi quand tu le voudras* ». Ce vieux monsieur au comportement respectable vivait bien dans son nouveau logement, ses enfants venaient régulièrement lui rendre visite, jusqu'au jour où il éprouva l'envie d'aller saluer ses voisins et de ramener certaines de ses affaires. En arrivant devant chez lui, il découvrit un panneau « à vendre » accroché au balcon et, perturbé, pénétra dans sa maison vide. Ses enfants avaient tout emporté, tout partagé. Il retourna à l'établissement avec un fusil, comme si de rien n'était. Un infirmier témoigne en pleurant : « *En voyant le fusil, je l'ai interrogé* », mais Monsieur S. lui avait aimablement répondu qu'il s'agissait d'un fusil de sa collection qu'il désirait nettoyer, ajoutant « *Ne t'inquiète pas, je n'ai pas de cartouche* ». Il avait l'air tellement calme et convainquant que l'infirmier n'eut pas l'idée de vérifier et depuis il culpabilisait. Deux jours plus tard, ce résident avait haussé le son de la télévision, emplis sa baignoire d'eau, puis s'était tiré une balle dans la tête, sans avoir révélé à quiconque sa déception mortelle.

Malheureusement, ce genre de situation est loin d'être exceptionnel. Toutes les personnes âgées déçues ne se suicident pas, mais certaines peuvent se laisser mourir de chagrin ou tout faire pour être renvoyées de l'établissement, imaginant être ainsi recueillies chez leurs enfants.

CONSEILS PRATIQUES

- Aucune institution ne devrait accepter un placement réalisé dans de mauvaises conditions, qui risque d'être responsable de la souffrance morale du résident, mais aussi de celle du personnel.
- Les candidats-résidents doivent connaître leur destin, leur future résidence, faire la connaissance de quelques soignants, avoir le temps nécessaire de faire leur deuil d'une mort à domicile.

■ PERTE D'IDENTITÉ

Même en cas de vieillesse harmonieuse et sans problème majeur, un placement dans un établissement dont le personnel n'est pas bien formé peut contribuer à rendre la vieillesse problématique. Cela se fera par un comportement brusque, familier et essentiellement irrespectueux. Les personnes âgées ont besoin bien sûr d'affection, mais surtout elles ont besoin d'être respectées dans leur identité en tant que personne (et non objet de soins) et adulte respectable (il ne faut pas les infantiliser, ni se comporter de façon trop familière).

La vieillesse n'est pas en soi un problème, mais elle peut le devenir lorsque la personne devient un objet de soins, qu'on nettoie sans même la regarder, ni lui parler, sans considération pour sa vie. Le problème est de les traiter comme « des petites machines » : « lève-toi », « viens manger », « marche »... À part cela, il n'y a que silence :

“ On s'ennuie à mourir, on meurt à chaque instant par petits bouts, je ne méritais pas cela », témoigne une résidente.

À retenir

- Nous sommes pleinement conscients que les souffrances « en triangle » (les seniors, l'entourage et les soignants) sont indépendantes de la volonté des familles et des professionnels. Aussi insistons-nous sur leur *évitabilité* et *réversibilité* : le vrai coupable est le manque d'informations.
- Une formation spécifique, pratique et non utopique est nécessaire pour une prise en charge dynamique à la recherche des causes. C'est ce que la méthode de causalité propose.

CHAPITRE V

Maladies démentielles légères

Les démences légères sont des affections du système nerveux central qui ne rendent pas dépendantes les personnes atteintes, au moins au début, mais empoisonnent leur vieillesse. Nous choisissons d'en étudier trois.

■ APHASIE PROGRESSIVE PRIMAIRE

C'est une maladie dégénérative d'évolution lente. Cette pathologie a été décrite pour la première fois en 1892 par Arnold Pick et réactualisée en 1982 par Marcel Mesulam¹. Elle est la conséquence de lésions de l'hémisphère gauche du cerveau, siège du langage. Ces lésions sont indépendantes des problèmes vasculaires ou d'une tumeur cérébrale. Cette démence est hétérogène mais ses causes exactes sont encore mal connues. L'âge moyen du début de cette maladie est de 62 ans, 87 % des personnes atteintes sont des hommes.

L'aphasie progressive primaire débute par une détérioration progressive du langage dont le syndrome dominant est l'anomie. Il s'agit de difficultés à trouver les mots, de troubles de la compréhension, de remplacement de mots par d'autres phonétiquement proches, et de la compréhension de moins en moins bonne des paroles... Durant cette phase, la personne atteinte est encore indépendante et parfaitement consciente de son état, et sa mémoire des faits récents fonctionne bien. C'est seulement 2 ans après que surviennent les symptômes démentiels altérant la capacité de raisonnement, le jugement, les capacités visuo-spatiale et visuoconstructive... L'évolution globale de la maladie

1. Elle est aussi appelée syndrome de Mesulam.

de 6 à 7 ans et conduit le patient vers un état démentiel des symptômes frontaux. Les troubles comportementaux se manifestent, la personne devient désinhibée et apathique. Dans ce cas, elle peut commettre des actes sexuels sans aucune gêne. Même si c'était une personne très affective, elle peut se montrer complètement indifférente aux siens, qui en souffrent d'autant plus que le diagnostic n'est pas accompagné d'explications sur l'aspect comportemental de la maladie ou sur le devenir du malade ; la famille n'est ni avertie ni mise en garde.

Une dépression réactionnelle guette ces patients. Au début de la maladie, l'incapacité de s'exprimer les agace et les met en colère, ce qui peut parfois provoquer de l'agressivité. Moins vite le diagnostic est posé, moins l'entourage est conscient et compatissant, et plus importants sont les conflits et les troubles comportementaux associés.

CONSEILS PRATIQUES

- L'intervention d'une psychothérapie de soutien est indispensable, aussi bien pour le soigné que pour sa famille, notamment en présence de troubles de désinhibition.
- En guise de stimulation, les intervenants ont beaucoup de possibilités afin de maintenir les capacités résiduelles du malade. Il va de soi qu'aucune tentative de rééducation n'est possible.
- En général, on demande l'intervention d'un psychoneurologue et d'un orthophoniste. Mais ces deux experts doivent avoir reçu une formation spécifique concernant les démences, bien connaître la nature de l'aphasie progressive primaire et pouvoir gérer avec calme et détachement le comportement désinhibé du patient.
- La connaissance approfondie du passé et des acquis de la personne et le fait de pouvoir travailler en équipe avec tous les intervenants et en collaboration étroite avec le neurologue et la famille sont également requis. Il faut encore réévaluer régulièrement, de manière formelle ou non, l'état du malade afin de modifier et d'adapter les programmes en fonction de son évolution sans le mettre en échec, déclencher des crises de colère et aggraver sa dépression.

■ DÉMENCE SÉMANTIQUE

Le terme de démence sémantique, introduit pour la première fois par Snowden en 1989, désigne une maladie dégénérative dont le symptôme dominant est la perte de la mémoire sémantique. Elle est la conséquence de l'atrophie du lobe temporal antérieur bilatéral prédominant souvent à gauche. L'âge de début, insidieux et lent, de cette démence est à peu près de 59 ans ; il y a perte progressive des connaissances sur les objets, les lieux et les personnes.

La personne atteinte oublie au fur et à mesure les mots, les personnes, les événements sociaux importants, les objets qui n'ont pas de rapport direct avec sa vie quotidienne. Plus les événements sont anciens, plus rapidement ils sont oubliés. Par exemple, elle sait qui est Monsieur de Villepin mais a oublié qui était Napoléon.

De même, elle reconnaît mieux le visage de ses enfants sur des photos récentes que sur les anciennes. Bien que la compréhension des mots soit déficitaire, celle du langage de la conversation reste intacte. Le patient continue à lire et écrire des mots simples ; il n'a aucun trouble phonologique ni syntaxique, ses capacités visuoconstructives et visuospatiales restent normales.

Ces aînés, tout à fait conscients de leur état, s'adressent d'eux-mêmes au médecin et continuent à rester autonomes très longtemps.

Les problèmes de la mémoire sémantique restent isolés pendant longtemps avant que les troubles comportementaux majeurs n'adviennent.

L'évolution de la maladie s'oriente vers un état démentiel après 4 à 13 ans ; progressivement, les malades glissent vers une égocentricité, ils oublient tout ce qui ne touche pas à leur personne. Ils présentent en outre une rigidité intellectuelle : aucun changement n'est toléré. L'heure de chaque chose, la place de chaque objet est fixe et immuable, même pour des raisons valables. Ensuite, les troubles aboutissent à des comportements répétitifs et irraisonnés (compulsifs) à longueur de journée (par ex., passer 10 fois l'aspirateur, se raser plusieurs fois dans la même journée, manger toujours la même chose, faire et défaire son lit, plier et déplier son linge). Des troubles du comportement alimentaire s'y ajoutent : les patients trouvent beaucoup d'intérêt pour des aliments immangeables et des sucreries, notamment des bonbons bon marché. Ils préfèrent les chips aux légumes, mangent

du jambon plutôt qu'un steak... Quelques années plus tard, ils présentent un comportement obsessionnel : par exemple, les odeurs sont toutes mauvaises, les bruits insupportables, ils s'abstiennent de manger pour ne pas déféquer, de boire pour ne pas uriner...

À l'état démentiel, ces soignés deviennent apathiques, leur égo-centricité prend de l'ampleur, ils se désintéressent de tout ce qui ne concerne pas leur propre personne. Ainsi, toute conversation, toute relation sociale et affective deviennent difficiles, et leur accompagnement est frustrant. Cependant, beaucoup de leurs capacités persistent, et les soignants peuvent en profiter pour les accompagner et les aider à maintenir leur autonomie très longtemps.

■ À retenir

- Il faudrait leur offrir autant que possible la liberté d'exécuter leurs préoccupations (par ex., cirer leurs chaussures pour la énième fois, ranger répétitivement leurs tiroirs, compter et recompter, plier/déplier leurs sacs plastiques), mettre à leur disposition une somme d'argent car ils peuvent également être atteints de la phobie du manque pécuniaire, autant de choses qui peuvent les satisfaire, diminuer leur inquiétude, encourager leur mobilité et leur autonomie sans les mettre en danger eux-mêmes, ni leur entourage.
- Leurs rapports avec les autres sont conflictuels car ils refusent de se laver, stockent leur nourriture et se montrent agressifs vis-à-vis des gens qui leur font des remarques.
- Les traitements médicamenteux, s'ils peuvent un peu calmer la situation, ne suffisent pas. Il est trop tard pour des psychothérapies approfondies, cependant une psychothérapie de soutien et relationnelle peut atténuer le problème.

■ TROUBLES COGNITIFS LÉGERS

Ce terme caractérise un état de cognition déficitaire fréquent à cause de l'âge et du niveau culturel de la personne, sans être démentiel. La personne garde son autonomie, son indépendance ainsi que ses capacités de jugement, de raisonnement, et les activités de la vie quotidienne restent normales. Au contraire, les

activités complexes sont légèrement perturbées : l'attention, le traitement de l'information, l'encodage et le rappel libre diminuent ; l'indice est peu efficace et n'aide pas la personne atteinte à se rappeler.

Cette maladie est hétérogène. Elle peut entraîner des troubles anxieux, dépressifs, cérébraux, vasculaires, des maladies psychiatriques, une pression sanguine basse ou haute, un niveau élevé de cholestérol. Ces troubles peuvent rester stables, être réversibles et s'améliorer ou évoluer vers une démence.

Il existe trois types de troubles cognitifs légers (MCI pour *Mild cognitive impairment*) :

- lorsque l'hippocampe est touché, la personne atteinte devient amnésique (MCIa) : elle se plaint de troubles de mémoire (notamment de la mémoire épisodique), confirmés par un proche. L'encodage est plus fortement altéré dans cette forme de MCI que dans les autres. La personne montre également un déficit au niveau de l'attention focalisée, de la mémoire spatiale (reconnaissance des lieux) et un trouble visuospatial. Certaines personnes risquent d'évoluer vers une maladie d'Alzheimer dans les années qui suivent ;
- la deuxième forme de MCI est cognitive (MCIc) : les troubles cognitifs sont multiples et dominants, tandis que les troubles mnésiques sont minimes ;
- la troisième forme de MCI, en l'absence de troubles mnésiques, est caractérisée par un déficit dans un seul domaine cognitif, tel que langage, calcul écrit, visuospatial... Elle peut, selon le déficit en jeu, évoluer vers une démence autre que la maladie d'Alzheimer (par ex., démence frontale, maladie à corps de Lewy, vasculaire, etc., cf. chapitre V dans la 3^e partie, page 309).

Quant au rapport avec la maladie d'Alzheimer, des divergences existent entre les chercheurs, selon lesquels ce risque varie de 25 à 80 %. Cette différence est due notamment aux tests d'évaluation effectués et à leur sensibilité. De plus, pour le moment, aucun test spécifique de diagnostic du MCI n'existe. Il en va de même pour la thérapie médicamenteuse qui reste à ce jour inexistante.

CONSEILS PRATIQUES

- La prise en charge de ces aînés passe par un cadre de vie rassurant afin de ralentir les déficits, d'améliorer leurs activités cérébrales et d'empêcher l'évolution vers une démence.
- Il faut être vigilant envers leur état moral, soigner leur dépression non seulement par des médicaments mais surtout par un cadre de vie affectivement riche et agréable.
- Une nourriture riche en vitamines, variée et équilibrée est souhaitable.
- L'hydratation est une clé importante pour minimiser les effets néfastes de ce trouble dans ses trois aspects.

CHAPITRE VI

Maladies psychiatriques légères

Certains troubles de la personnalité, mixtes et sévères, se situent aux limites des maladies psychiatriques, tels que la « personnalité psychotypique [qui] est une forme de schizophrénie »¹.

“ Mademoiselle B., âgée de 81 ans, diagnostiquée malade d’Alzheimer, résidait depuis peu de temps dans un établissement où elle s’était montrée ingérable. Elle fuguait régulièrement, refusait toute médication. Lorsque ses sœurs réussissaient à l’amener chez le médecin, en signe de protestation, elle se mettait à chanter de l’opéra...

Depuis 60 ans déjà, elle accusait une de ses sœurs de lui avoir volé son fiancé, un amour qui n’était en fait que le fruit de son imagination. À 18-19 ans, elle était tombée amoureuse de son professeur de piano, un homme marié avec lequel elle n’eut jamais de relation extraprofessionnelle. La crise avait commencé le jour où elle prétendit avoir vu sa sœur en compagnie de ce professeur. Pendant de longues années, cette dernière avait essayé en vain de lui prouver qu’elle se trouvait ailleurs. Mais dès qu’elle la voyait, elle l’agressait et l’insultait. Or cette même sœur était maintenant obligée de s’occuper d’elle. Une autre sœur confirmait ses dires, insistant sur le fait que le professeur en question ne l’avait même pas remarquée. Les sœurs disaient : « *Elle avait halluciné, de toute façon notre mère disait toujours qu’elle était folle et qu’il fallait l’amener chez un psychiatre ; notre père parvint à l’y amener une fois mais elle refusa d’y retourner ; elle réussit à le manipuler complètement et à le retourner contre notre mère et contre nous* ».

1. Bouvard, 2009, p. 146.

À un âge avancé, les troubles de la mémoire s'étaient ajoutés à l'accusation, à l'agressivité, aux colères intenses... L'établissement était sur le point de la mettre à la porte ; sa famille était épuisée et impuissante.

Il s'agissait d'une dame fort intelligente, une excellente pianiste, souriante et polie. Sans aucun problème, elle accepta de passer des tests de mémoire dont le score se révéla très bon ; par ailleurs, le test de dépression s'avéra négatif. Tout ce que j'avais entendu m'amena à soupçonner une légère maladie psychiatrique, passée inaperçue. Après avoir créé une relation de confiance, je lui proposais, ainsi qu'à ses deux sœurs, un autoquestionnaire psychiatrique : la confrontation des résultats confirma mon premier avis. En effet, l'histoire de sa vie, ses conflits, ses manipulations fines, ses hallucinations, ces derniers résultats... m'orientaient vers une schizophrénie légère, malheureusement mal maîtrisable. Il ne restait qu'à adresser son dossier à un psychiatre qui lui rendit visite sans préciser sa spécialité de peur qu'elle ne le rejette. Et puisque c'était l'infirmière de l'établissement et non plus sa sœur qui lui donnait ses médicaments, elle accepta le traitement sans problème.

Dans le même temps, elle donna dans l'établissement un concert de piano, où elle fut très applaudie. Par la suite, elle se mit à jouer du piano tous les jours pour des résidents et leur famille. Elle était de plus en plus appréciée, notamment par un résident très distingué qui lui baisait la main après chaque concert. Elle n'a plus jamais fugué, est devenue moins agressive. Elle s'excusa même auprès de sa sœur. Sa famille, rassurée qu'elle puisse rester dans l'établissement, vendit sa maison et découvrit à sa grande surprise une pile de livres sur la schizophrénie. Cette dame était donc au courant de sa maladie sans pour autant accepter d'être traitée. Il a fallu qu'elle soit âgée et dépendante, pour que l'on puisse, enfin, la soigner et soulager sa famille de ce fardeau.

■ MALADIE PSYCHIATRIQUE LÉGÈRE ET TROUBLES MIXTES DE LA PERSONNALITÉ

Malheureusement, parfois les maladies psychiatriques bien que légères deviennent très compliquées car elles sont associées à d'autres maladies ou à des troubles de la personnalité.

“ Chargée de stimuler la mémoire de Madame E., alors âgée de 85 ans, je découvrais une personne très cultivée, veuve, mère de 4 enfants, dont 2 garçons fâchés avec elle depuis de longues années. Elle expliquait : « *Puisque les musulmans vivent en France, mes fils sont allés vivre à l'étranger* ». La seule personne qui avait gardé une relation respectueuse avec elle était l'ex-mari de sa fille aînée. C'est lui qui m'avait sollicitée, soupçonnant une maladie d'Alzheimer.

En effet, à minuit elle allait rendre visite à sa voisine, à 2 heures du matin elle appelait son gardien pour qu'il lui apporte de l'eau, à 4 heures sa fille pour lui demander de ses nouvelles. Durant la journée, elle dormait, sautant petit-déjeuner et déjeuner, aussi était-elle déshydratée et atteinte de malnutrition, ce qui aggravait à la fois son état et son comportement. Sa fille cadette était la seule de ses enfants à venir la voir, mais elle était en train de devenir alcoolique. Ses visites, conflictuelles, se terminaient par des insultes. Le principal sujet de dispute était que la mère, qui prétendait que son gendre la détestait, voulait que sa fille divorce. Elle disait de sa mère : « *Elle est cinglée et nous a rendus tous cinglés* ». Depuis 60 ans, Madame E. était fâchée avec son unique sœur qu'elle disait responsable du décès de son fils alors que ses proches affirmaient qu'il était mort d'une tumeur cérébrale. Quand je l'interrogeais, elle se corrigea : « *Elle ne l'a pas vraiment tué, mais c'est comme si* ». Ensuite elle raconta une histoire incohérente. Elle vivait dans le déni d'avoir pu donner naissance à un enfant malade (de la même façon qu'elle vivait dans le déni de l'éloignement de ses fils) et en projetait la responsabilité sur sa sœur... Il était facile de conclure à une fixation, certainement animée par une terrible jalousie infantine.

Dès que je pénétrais dans son immeuble, gardien et voisins se plaignaient, me demandant de la faire enfermer. Or elle n'était ni démente ni folle. Elle tenait des discours cohérents sur la politique, suivait les informations, réussissait les exercices de mémoire, de raisonnement, etc. Elle m'impressionnait par ses capacités mnésiques et son intelligence.

Un jour, je rencontrai chez elle ses amies d'enfance et fus étonnée de l'admiration et du respect qu'elles lui portaient : elles n'arrêtaient pas de faire l'éloge de son intelligence, de sa beauté, de ses capacités politiques, de son patriotisme (mais pas un mot sur sa capacité maternelle, ni sa vie de

femme)... Madame E. se montrait humble, presque détachée. J'avais du mal à cerner sa personnalité et la racine des problèmes. De quoi souffrait-elle exactement ?

Un jour, je décide de briser mon écoute passive pour chatouiller un peu son ego afin d'étudier sa réaction. Alors qu'elle se répétait sur les raisons du départ de ses fils, je lui demandais : « *Quels rapports avaient vos fils avec les musulmans, qui, pour la plupart, étaient (à l'époque) des épiciers, des laboureurs... ?* ». Elle ne répondit pas, mais la fois suivante, elle avait changé de discours : « *Mes fils sont allés à l'étranger parce que l'État ne fait pas bien son travail, il demande trop d'impôts* ». De même, lorsqu'elle recommença à raconter que sa sœur avait tué son fils, je la regardais droit dans les yeux : « *Vous croyez qu'elle l'a fait exprès ?* ». Elle lâcha un petit « non » en me regardant méchamment et se tut. Quelques jours plus tard, elle m'informa, enchantée, qu'elle avait téléphoné à sa sœur qui viendrait bientôt la voir... !

Comme elle répondait rapidement et correctement à tous les exercices de culture générale, un jour je lui demande de compléter ce dicton « le soleil luit pour... ». Après quelques secondes de réflexion, elle cria triomphante : « *Pour moi, le soleil luit pour moi !* ». Presque attendrie, je considérai tout à coup une fillette égocentrique dans le corps de cette vieille femme. Alors je me suis intéressée à son enfance : qu'est-ce qui a fait que sa personnalité n'a pas évolué, malgré ses capacités intellectuelles, et soit restée dans une phase égocentrique digne d'un enfant de 5 ans ?

Sa fille m'expliqua que sa mère avait vécu seule avec sa mère et sa grand-mère jusqu'à l'âge de 5 ans alors que son père était prisonnier de guerre. Quand il revint après 4 ans d'absence, les attentions de sa mère se portèrent alors sur lui et elle perdit sa place au « centre du monde », devenant brutalement secondaire. Quel immense choc pour la « majesté Moi » de cette enfant ! Le lendemain de ces retrouvailles, elle se dit malade. Ses parents consultèrent les meilleurs médecins, mais personne ne diagnostiqua la moindre affection. Pourtant elle garda le lit pendant 2 ans, période durant laquelle naquit une seconde fille, la prétendue sœur assassine. Cette réaction abusive dénotait une souffrance qui ne pouvait s'expliquer par un simple trouble de la personnalité égocentrique. En réalité, elle souffrait d'un « deuil originaire »

(narcissisme). Néanmoins son attitude excessive face au partage de sa mère relevait d'une prédisposition psychiatrique qui, heureusement pour elle, était minime. Si ses parents avaient su, au lieu de tomber dans son piège et de renforcer son narcissisme blessé, se montrer sévères et mettre fin à sa comédie, sa personnalité aurait pu évoluer, comme le reste de ses facultés. Je comprenais mieux pourquoi cette femme insistait sur le fait qu'elle n'était jamais malade (alors que personne ne lui posait la question) et pourquoi elle parlait régulièrement de sa mère comme le ferait une petite fille. Sa façon et son besoin d'en parler, inappropriés en raison de son âge et de son comportement rigide, relevaient d'un besoin excessif et pathologique. C'était sa manière de refuser de grandir, de vouloir rester au centre de l'amour et de la tendresse de sa mère avant que cet envahisseur de père n'arrive.

Réalisant enfin que sa fille ne divorcerait pas, elle changea de méthode : elle appelait une à deux fois par jour la police pour signaler « des enfants battus par leur père », donnant l'adresse de sa fille. À chaque fois, la police se déplaçait... Elle avait fait de la vie de cette famille un enfer. Aucune invective, aucun reproche, aucune menace de la part de sa fille ne changea son comportement. Sa fille m'appela alors pour me supplier de faire quelque chose... Un jour, Madame E. dit d'un air pensif : « *J'ai l'impression que mon gendre ne m'aime pas* », ce à quoi je répondis d'un ton sec : « *C'est normal puisque vous lui avez encore envoyé la police en l'accusant de battre ses enfants* ». Malicieusement, elle reprit : « *J'ai fait ça ?* ». Mettant la main devant sa bouche, elle éclata de rire et de conclure : « *Si j'ai fait cela, c'est que j'avais mes raisons* ». Manifestement, elle était aussi atteinte d'égosyntonisme (fierté pathologique de sa conduite).

À chaque fois que sa fille partait en vacances avec son mari, elle prétendait souffrir d'une occlusion intestinale. L'hôpital envoyait une ambulance, elle leur donnait le numéro de téléphone de sa fille qui, à son tour, communiquait le mien. Les médecins n'ayant bien entendu rien trouvé, elle revenait chez elle quelques heures après, détendue et satisfaite... À nouveau, sa fille m'appelait en suppliant « faites quelque chose ! ».

Suite aux diverses plaintes des gardiens, voisins et amis qu'elle réveillait plusieurs fois par nuit, son ex-gendre avait réussi à l'installer dans une résidence située loin de Paris. Mais 3 jours après, elle était de retour chez elle et avait immédiatement exigé du directeur de récupérer les sommes versées. Deux années durant, elle continua à échanger des insultes épistolaires avec lui. Décidément elle avait le don de mettre les gens hors d'eux. Dans les rues et parcs, elle agressait sans gêne les Arabes et les Noirs, tout en faisant les yeux doux aux Américains et Européens blonds. Dès qu'elle s'asseyait à côté de quelqu'un, elle entamait une conversation raciste, sans se soucier de l'avis de son interlocuteur. La personne se levait et partait immédiatement... Elle s'étonnait de ce comportement : « *Les gens sont toujours pressés* ». Jamais elle ne soupçonnât que les gens étaient en désaccord avec elle. Cette femme était incapable de se remettre, ne serait-ce que quelques secondes, en question.

À sa demande, quelqu'un l'emmenait de temps en temps rendre visite à sa fille aînée qui luttait depuis plusieurs années contre un cancer. À chaque fois, elle disait : « *Ma fille est folle, elle passe son temps au lit, elle ne fait rien de la journée* ». Et me voyant perplexe devant tant d'insensibilité, elle ajoutait : « *Je crois qu'elle est légèrement anémique, la prochaine fois je lui achèterai du fer* ». La pauvre femme ne savait pas comment se comporter en mère.

Sa fille cadette embaucha une aide à domicile, malgré les protestations de sa mère. Le premier jour, Madame E. appela la police pour la mettre à la porte. Aussi elle continuait à ne pas s'alimenter, à se déshydrater et à effectuer ses tournées nocturnes. Comme les gens l'insultaient, elle devenait indifférente et s'étonnait que certaines personnes puissent ne pas être aimables. Enfermée dans ses dénis, elle ne comprenait absolument pas pourquoi elle devait rester seule (« *Pourquoi ma fille ne veut-elle pas se séparer de son cinglé de mari pour vivre avec moi ?* »).

Quand l'envie lui en prenait, elle appelait son médecin : ce dernier, totalement dépassé, lui prescrivait neuroleptiques, antidépresseurs, vitamines... qu'elle ne prenait jamais correctement. Ses troubles de la mémoire augmentaient, ce qui l'angoissait. Mais elle ne suivait aucun conseil, espérant que sa fille s'occuperait d'elle...

Un de ses fils tenta de se suicider devant l'immeuble de sa mère. Elle le sut et alla le voir à l'hôpital, mais ne se sentit jamais

responsable : « *J'ai l'impression que mon fils a des problèmes avec sa femme, il n'a pas l'air très heureux* ».

Lorsque sa fille aînée décéda, sa fille cadette l'accompagna durant toutes les cérémonies et se mit en colère devant l'indifférence de sa mère : « *Ça ne lui a fait ni chaud, ni froid, elle n'a même pas versé une larme* ». Toutefois, lorsque je lui rendis visite 10 jours plus tard, je la trouvais vieillie de 10 ans, amaigrissement, voûtée, avec un visage triste. Toujours dans le déni, elle demanda : « *J'ai l'impression qu'il y a eu une catastrophe nationale ou mondiale, je ne me rappelle pas, il n'y a pas eu de tremblements de terre ou des inondations quelque part dans le monde ?* ». Elle souffrait vraiment et profondément du décès de sa fille, mais elle le transposait en une catastrophe générale : puisqu'elle souffrait, tout le monde souffrait.

À la suite de ce malheureux événement, elle est devenue presque passive, j'ai demandé l'intervention d'une gériatre expérimentée qui parvint à se faire accepter (« *Dès que je l'ai vue, j'ai su que je l'ai toujours attendue* »). Nous n'avons jamais su ce qui s'était passé entre elles, mais nous étions sauvés. Cette gériatre a réussi à la placer dans une institution pour personnes âgées qui a su prendre le relais et la garder définitivement. Elle avait alors 92 ans et derrière elle des décennies de souffrances.

L'existence de ces maladies psychiatriques légères et non soignées se confirme de plus en plus lorsque les soignants font part de leur impuissance face à certains résidents. Ces personnes, qui ne sont ni vraiment saines d'esprit, ni suffisamment malades pour être internées, vivent de façon problématique : elles souffrent et font souffrir, sans jamais accepter le fait qu'elles aient un problème et besoin d'aide (pour elles, les problèmes viennent toujours d'ailleurs, ce sont les autres qui sont fautifs). Au grand âge, alors qu'elles ont moins d'autocontrôle et moins de mémoire, elles sont facilement diagnostiquées démentes (et de préférence Alzheimer). Or ni les médicaments, ni les conseils d'accompagnement spécifiques à ces démences ne fonctionnent pour elles, ce qui met tout le personnel en échec.

■ LA DÉPRESSION

Les préjugés laissent à penser que la tristesse et les troubles cognitifs font partie des phénomènes normaux liés au vieillissement, mais la vieillesse n'est pas nécessairement associée à la dépression, et les personnes âgées ne deviennent pas dépressives du fait de leur âge. La probabilité pour que surviennent des événements dépressogènes est forte à tout âge (chômage, licenciement, échecs amoureux, tromperies du conjoint, dépression post-partum, etc.). « Les études cliniques des 10 dernières années ont non seulement montré que la dépression n'est pas un aléa inexorable de la vieillesse mais aussi prouvé qu'une intervention thérapeutique précoce avait des résultats très positifs »².

Or, la dépression n'était pas souvent diagnostiquée et donc non traitée quand ces personnes âgées étaient de jeunes adultes. Aujourd'hui, nous savons que les blessures morales non soignées se fortifient au fil du temps et deviennent plus difficiles à détecter et à traiter. Ainsi, la dépression des personnes âgées est sous-estimée. Alors qu'existent des remèdes très efficaces, elle reste non ou mal soignée.

QU'EST RÉELLEMENT LA DÉPRESSION ?

La dépression est une maladie psychiatrique complexe, hétérogène, durable et multiforme. Elle peut prendre une forme mineure, modérée ou majeure. Cette dernière est accompagnée par des délires.

La forme mineure de la dépression est la forme la plus fréquente chez les personnes très âgées, notamment au sein des établissements : « En France, 50 % des résidents vivant dans un établissement sont dépressifs, seulement 15 % sont traités alors que 60 % des cas se guérissent par un traitement bien conduit »³.

“ Dans une maison de retraite résidait depuis 10 ans une dame âgée de 86 ans, dont l'apparence révélait un niveau social peu élevé. Elle parlait peu, n'était pas très aimable mais ne causait aucun problème. L'expression de son visage était triste, mais elle ne se plaignait jamais. Personne ne lui rendait visite et elle ne nouait aucune relation, ne participait à aucune activité collective. Le premier étage était réservé aux

2. Giannakopoulos, 2010, p. 30.

3. Bonin-Guillaume *et al.*, 2008, p. 21.

personnes dépendantes physiquement, mentalement ou les deux conjugués. Les résidents du rez-de-chaussée où elle vivait et ceux des autres étages appréciaient de ne pas y vivre.

Or un jour, à l'occasion de rénovations, la direction de l'établissement l'informa brièvement que désormais elle serait logée au premier étage. Après y avoir passé sa première nuit, elle commença à se rendre 20, 30, 50 fois dans le bureau du directeur et disait « *Appelez-moi un taxi, je veux aller en Haute-Savoie m'occuper de mon papa* » et ce, à longueur de journée, sans qu'aucune explication ni raisonnement ne fasse d'effet. Quand on lui demandait d'aller dans sa chambre et de se reposer, elle prétendait qu'elle ne savait pas où elle se trouvait. Un membre du personnel devait l'y raccompagner et, à peine entrée, elle redescendait au bureau et recommençait. La situation devenait plus en plus pénible pour elle et pour l'entourage. Plus elle se faisait rejeter, réprimander, plus elle s'enfonçait dans son comportement ; parallèlement, elle commençait à refuser de s'alimenter, de se doucher et de changer de vêtements et devenait agressive.

Le directeur de cette maison de retraite me proposa un jour de remplacer un ergothérapeute. Le premier matin, je vis sortir cette dame en robe de chambre, sale, triste, épuisée. Je m'empressai au-devant d'elle avec un grand sourire, la saluant d'un « bonjour Madame X. » et lui serrai poliment la main. Sans même répondre à mon salut, elle prononça sa fameuse phrase « *Appelez-moi le directeur !* ». Sans m'occuper de ce qu'elle disait, alors que je tenais encore sa main, je lui demandais gentiment « *Voulez-vous un café ?* » ; étonnée, elle répondit « *Vous m'offrez un café ?* » « *Mais bien sûr chère Madame, désirez-vous du lait ?* » ; toujours étonnée, elle m'examina d'un coup d'œil et, hésitante, accepta.

Nous étions dans la salle à manger, je lui avançai une chaise, lui proposant poliment de s'installer et lui demandai si elle voulait aussi des gâteaux. Posant le tout devant elle, je lui dis : « *Prenez votre temps, je dois aller travailler, mais je reviendrai vous voir rapidement* ». Son visage se détendit. Elle me lança un petit merci amer. À mon retour, je constatai qu'elle n'était plus dans la salle à manger. Un peu inquiète, j'entrai doucement dans sa chambre. Elle était couchée sur son lit. Elle avait donc trouvé son chemin.

Les matins suivants, je la guettais et dès que je la voyais dans le couloir, je répétais mon offre avec toujours beaucoup d'égards et un traitement digne d'une personne respectable. Sachant que se trouvait dans son ancienne chambre un poster représentant les *Iris* de Van Gogh, je me suis procuré le même et lui ai dit : « *Je me souviens que vous aviez cette reproduction, moi aussi j'aime Van Gogh, je la fixe sur la porte de votre chambre ainsi tout le monde saura que votre chambre est ici* ». Un grand sourire sur ses lèvres, elle avait l'air soulagé. C'était comme si elle se disait « je suis donc toujours quelqu'un ; ce n'est pas parce que je suis pauvre et que je perds la tête qu'on m'a changée de chambre ». Une semaine plus tard, personne ne l'entendait réclamer un taxi... Progressivement, le comportement des autres changeait, les gens se montraient moins hostiles.

Je continuais à aller la voir et maintenais ma relation amicale et respectueuse, aussi ai-je un jour pu lui demander de rencontrer le médecin de l'établissement, ce qu'elle avait toujours refusé. Les traitements, bien que légers, l'ont empêchée de sombrer dans un état de pseudo-démence ou de syndrome de glissement.

COMMENT RECONNAÎTRE LA DÉPRESSION ?

Symptômes généraux

Il faut qu'au moins 5 de ces facteurs soient constamment présents chez une personne pendant 2 semaines pour qu'on puisse parler de dépression :

- les douleurs morales (manque d'intérêt pour soi-même, pour les autres et pour tout ce qui nous entoure) s'observent par :
 - le visage exagérément triste sans raison valable,
 - une absence totale de plaisir pour quoi que soit (anhédonie),
 - une indifférence (notamment face à un deuil) ou une agitation,
 - une perte d'estime de soi,
 - une réaction excessive face aux échecs et à la frustration ;
- elles peuvent être accompagnées :
 - de perturbations psychomotrices (ralentissement des mouvements et des réactions ou agitation, parole ralentie) ;
 - d'une fatigue intense non expliquée ;
 - d'une négligence de l'apparence ;
- mais également de troubles somatiques :

- troubles du sommeil (insomnie ou hypersomnie),
- difficultés à se concentrer et à prendre des initiatives,
- troubles alimentaires (anorexie ou boulimie),
- perte importante de poids sans cause réelle (jusqu'à 5 kg en un mois),
- troubles sexuels, troubles digestifs, hypocondrie, sensation douloureuse de l'abdomen,
- céphalées (migrantes ou de toute la tête), douleurs thoraciques.

Spécificités de la dépression chez la personne âgée

- Instabilité, agressivité, colère, sentiment d'insécurité, irritabilité, agitation...
- Somatisation, hypocondrie, constipation ou diarrhée résistant aux traitements, dos voûté, douleurs abdominales, douleurs diffuses, céphalées. Dans ce cas, on peut parler de dépression masquée.
- Démotivation, ennui, sensation douloureuse de vide à l'intérieur de soi, ralentissement psychomoteur.

À retenir

Il faut prendre en compte très sérieusement ces troubles lors d'un accompagnement car les seniors sont déjà ralentis du fait de leur âge, et la dépression crée un écart fonctionnel supplémentaire très important dont la négligence engendre des conflits et des souffrances réciproques.

- Repli sur soi, isolement, incapacité de pleurer ou de montrer sa joie.
- Angoisse matinale : « 50 % de la dépression des personnes âgées est accompagnée par l'anxiété »⁴.
- Confusion, troubles mnésiques légers, hallucination, hyperactivité.
- Forme mélancolique : prostration, mutisme, perte de poids et d'autonomie, refus de manger, des soins...
- Sentiment de culpabilité exagéré et tardif ou sentiment d'avoir raté sa vie.

Les sentiments de culpabilité inappropriés et tardifs sont très fréquents et constituent un symptôme important de la dépression chez les personnes âgées ; pour une prise en charge adaptée, il faut savoir en tenir compte et réagir.

4. Rochet & Thomas, 2010, p. 198.

- “ Un matin, la directrice m’alerta sur l’état d’une résidente de 82 ans : « *Recevez-la sans attendre, elle va très mal* ». Vus sa mauvaise mine et ses yeux larmoyants – en outre elle n’était pas très soignée (ses vêtements élégants n’avaient pas dû être changés depuis plusieurs jours) –, j’ai mis de côté le protocole de début de séance pour lui demander directement :
- Qu’est-ce qui ne va pas Madame ?
 - Mon mari est mort depuis 6 mois. Je n’arrive pas à dormir (les larmes vinrent), depuis je n’ai pas mangé un repas complet et je me dis que c’est moi qui ai tué mon mari (elle pleure plus fort). Oh Madame, j’ai tué mon pauvre mari.
 - Avec quoi l’avez-vous tué ? Un pistolet ? Du poison ?
 - Non, rien de tout cela. Il est mort à l’hôpital, c’était un 23 décembre à midi, nous venions de faire des courses. En traversant la rue, il s’est effondré. Les pompiers sont arrivés rapidement, ont voulu l’emmener à l’hôpital X. Je leur ai demandé de le transporter à l’hôpital Y, et c’est là qu’il est mort.
 - Ah vous étiez de mèche avec l’hôpital Y pour le tuer ? Elle me regarda avec de grands yeux...
 - Non, Madame, s’indigna-t-elle.
 - Ah d’accord, parce que vous étiez sûre que cet hôpital allait le tuer ? Elle se redressa et me répondit :
 - Non Madame, je n’ai rien fait du tout. Il est mort sur le billard ; c’était sa 10^e opération cardiaque, les 9 premières se sont bien passées. Mais cette fois ce même hôpital n’a pas pu réussir. Il était malade du cœur, en plus il était très âgé... Et tout d’un coup comme si elle parlait à elle-même pour se convaincre, elle continua : il avait le cœur malade, c’était déjà un miracle qu’il ait vécu si longtemps.
- Je gardais le silence et attendais qu’elle réalise l’absurdité de sa souffrance. Soudain, elle leva la tête et me regarda pour la première fois. Ses épaules se relâchèrent, ses larmes séchèrent. Je profitai de cette accalmie : « *Est-ce que vous savez que le sentiment de culpabilité est un péché d’orgueil, vous vous êtes surestimée, vous croyez-vous réellement capable de donner la mort à quelqu’un ? Dans ce cas êtes-vous également capable de le ressusciter ?* ». Elle me regarda étonnée, ses yeux retrouvaient un peu de lueur et elle me dit : « *Je n’avais pas vu ça sous cet angle* ». Nous avons continué une conversation sur son deuil et je lui communiquai l’adresse des associations s’occupant des

personnes endeuillées, elle nota l'adresse. Elle était déjà moins courbée, donnait l'impression d'être prête à modifier son mode de pensée et à vivre mieux. Elle se leva, me remercia chaleureusement, demanda à l'hôtesse l'adresse d'un bon restaurant du quartier et revint l'après-midi même regarder un bon film avec les autres pensionnaires.

- “ Dans le même cadre, j'ai reçu un monsieur distingué, d'un certain âge, m'annonçant rapidement qu'il ne dormait plus, ne mangeait plus, refusait les invitations de ses amis et de ses enfants. Son apparence n'était pas très soignée. Il se disait bouleversé par le décès de sa femme advenu 2 ans auparavant. Il disait : *« Ma femme est morte étouffée dans mes bras et je n'ai pas pu la sauver. Je pense tout le temps que si j'avais appris le secourisme lorsque j'étais jeune, j'aurais pu la sauver »* et, malgré tous ses efforts, il ne pouvait retenir ses pleurs. Je lui demandai alors ce qu'il avait fait. *« Nous avons appelé les pompiers qui sont venus rapidement mais au lieu de la réanimer, ils lui ont fermé les yeux »*, et tout d'un coup la colère monta en lui : *« C'était le jour de Noël, tous nos enfants et petits-enfants étaient à la maison ; nous étions à table, tout le monde était très content, surtout elle ; elle a mis un morceau dans sa bouche, n'a pas pu l'avalier, sa tête est tombée sur sa poitrine et elle est morte étouffée. Si seulement j'avais appris le secourisme »*. Je lui demandai si sa femme était devenue cyanosée. La réponse fut : *« Non, non elle était restée belle »*... Je lui expliquai alors que, dans ce cas, on pouvait penser qu'il s'était agi d'une mort naturelle, spontanée, belle. Il murmura : *« Tout le monde me le dit »*. De plus, le médecin avait déclaré naturelle la cause du décès. Je lui décrivis également l'aspect physique d'une personne morte étouffée. Admettant que les symptômes de sa femme n'y correspondaient nullement, il avoua : *« Son cerveau était malade depuis longtemps, elle était alitée et faisait souvent des accidents cérébraux. Elle avait même été opérée une fois mais sans résultats »*. Et de conclure : *« Vous avez peut-être raison : si on devient cyanosé lors d'un étouffement, alors elle n'est pas morte étouffée »*.

Un des problèmes majeurs de la dépression des seniors est qu'ils n'ont personne à qui parler ; après un deuil, ils restent rapidement seuls, l'absence d'une expression de tristesse ou de larmes

trompe facilement l'entourage. Tout le monde est centré sur les souffrances physiques négligeant les souffrances morales et ce, parfois pendant des décennies.

Facteurs de risque de dépression tardive

- Facteur génétique : « valable seulement pour des maladies vasculaires »⁵ (la dépression génétique accompagne seulement les maladies vasculaires).
- Antécédent dépressif personnel ou familial (facteur héréditaire).
- Âge, lorsqu'il est associé aux maladies somatiques chroniques et aux troubles mnésiques.
- Apparition de nouvelles situations pénibles comme le départ des enfants et/ou des petits-enfants, le déménagement d'une ville à une autre, la mise en institution non désirée, des conflits familiaux, notamment entre enfants après un divorce, surtout si ce dernier cause l'éloignement de petits-enfants dont la personne âgée s'occupait.
- Situation problématique : avoir un enfant ou petit-enfant drogué, alcoolique, emprisonné...
- Solitude, isolement dû à un événement ou un changement de situation, divorce tardif.
- Dépendance, handicap, maladie somatique entraînant des douleurs intenses et continues, accident vasculaire, maladie de Parkinson, diabète, cancer...

À retenir

Il est important de noter que la dépression cause des souffrances physiques et, qu'à leur tour, les pathologies somatiques engendrent la dépression. « La dépression non traitée empêche la résolution des problèmes somatiques concomitants »⁶.

- Effets secondaires de certains médicaments tels que corticoïdes, anti-hypertenseurs, neuroleptiques...
- Traits de personnalité favorisant la dépression : par exemple, personnalité dépendante (pour qui le deuil devient pathologique), personnalité évitante, obsessionnelle, schizoïde...
- Absence de relation de confiance, querelles dans les couples.
- Précarité économique chronique ou récente, le fait de réaliser d'avoir vécu pauvre et de devoir mourir pauvre après toute

5. Clément, 2010, p. 142.

6. *Ibid.*, p. 142.

une vie de travail, devenir pauvre abusé par un proche ou suite à la chute de valeurs financières.

- Facteurs biographiques anciens : manque d'amour maternel/parental, avoir subi des traumatismes répétitifs ou une dénutrition dans l'enfance.
- Avoir un proche atteint d'une maladie grave, pénible ou démentielle qui nécessite une prise en charge lourde au niveau physique, moral et émotionnel.
- Deuils récents : décès d'un enfant, du conjoint (le veuvage étant le plus grand facteur de dépression pour les hommes), d'un ami d'enfance.
- Déracinement, émigration tardive, le fait de se trouver dans une institution située dans une autre région.
- Alcoolisme ou dépendance à une substance...
- Troubles chroniques du sommeil.
- Dégradation brutale de la santé avec diagnostic d'une maladie grave, d'un déficit sensoriel incurable (dégénérescence maculaire liée à l'âge).
- Devenir incontinent.
- Dénutrition des maladies carencielles, anémie chronique.
- Vivre ou subir un événement traumatisant tel que kidnapping, prise en otage, guerre, massacre, tempête...
- Anniversaire d'un deuil important, d'un événement pénible (viol, divorce, guerre).

Heureusement, ces événements ne conduisent pas fatalement à une dépression ; des moyens préventifs existent, et certains facteurs sont faciles à éliminer ; par exemple, des associations bénévoles, les centres communaux d'action sociale (CCAS) à la mairie... peuvent aider lors d'un deuil ou dans la lutte contre la solitude.

D'autres facteurs pouvant protéger de la dépression sont considérables : la culture, la foi, la croyance philosophique ou religieuse, l'éducation et l'expérience acquise durant une longue vie, la sagesse (ou l'accès aux conseils d'un sage), un médecin de famille vigilant, des traits de personnalité positifs, avoir derrière soi une enfance et une adolescence heureuses avec des souvenirs sur lesquels s'appuyer (mécanismes psychologiques de défense positifs et constructifs), l'intelligence et les capacités d'adaptation.

DIFFÉRENTES FORMES DE DÉPRESSION

En fonction de ses causes, la dépression peut être endogène (mélancolique ou bipolaire) ou exogène (réactionnelle). Selon son début, elle peut être précoce, tardive ou chronique. Sur le plan de la sévérité, elle peut être légère (mineure), modérée ou majeure (intense). La forme chronique et modérée de la dépression s'appelle la dysthymie.

- La forme endogène est très souvent de début précoce. Elle est la principale forme de dépression avec une évolution rapide, un risque suicidaire élevé, une tendance à s'abstenir de s'alimenter et de se soigner. Ces malades, hospitalisés ou ambulants, sont sous surveillance médicale mais ils échappent souvent aux traitements, et leur espérance de vie est alors très courte. Il est très rare qu'on les rencontre dans des résidences gérontologiques.
- La forme réactionnelle fait suite à un événement pénible et douloureux de la vie. Des maladies organiques telles que le diabète, la maladie de Parkinson, les maladies endocrines, coronaires, des cancers, des douleurs persistantes et surtout des maladies cardio-vasculaires sont à l'origine de l'apparition de cette forme de dépression.

Les dépressions masquées

La dépression des enfants, des adolescents et des jeunes adultes est typique et souvent franche. Mais celle des personnes âgées est très fréquemment masquée car les symptômes habituels de la dépression sont, pour une grande partie, absents. En revanche, les symptômes dominants sont des plaintes somatiques, des douleurs de toute forme, notamment des syndromes gastro-intestinaux et cardio-vasculaires, des palpitations, des troubles de la respiration sans cause réelle. Toutefois, la tristesse étant absente, la personne nie sa dépression et ne demande que des soins médicaux.

- **Le masque hypocondriaque** : les personnes atteintes se plaignent du mauvais fonctionnement de leur corps, prétendent ne pas pouvoir uriner, digérer, ont la sensation que leur corps les lâche. Elles se disent toujours fatiguées, inquiètes, exigent des médicaments et des soins et deviennent revendicatrices. Étant donné que les examens médicaux ne confirment pas leurs plaintes, elles se laissent réprimander, rejeter et se

replient sur elles-mêmes ; leur dépression s'associe à des délires et devient donc majeure.

- **Un masque anxieux** ou des troubles mixtes anxieux-dépressifs sont très fréquents chez les personnes très âgées. Déclenchés après un événement douloureux, ils se caractérisent par des troubles anxieux sans qu'il y ait un antécédent anxieux. Les symptômes sont : une angoisse, une inquiétude, une peur permanente et inexplicable. Le malade refusant de sortir de sa chambre, il peut présenter alors des troubles de la marche et de la déglutition. Un diagnostic précoce permet de le soigner à l'aide de médicaments mais il échappe à des soins paramédicaux tels que relaxation, psychothérapie...
- **Le masque hostile** est très souvent observé chez les résidents d'établissement. Il s'agit principalement d'un changement important et récent du comportement de la personne avec agressivité, irritabilité, susceptibilité, opposition... La personne atteinte devient colérique, querelleuse, ombrageuse, méfiante et émotionnellement instable. Malheureusement ces attitudes sont facilement attribuées à la vieillesse. La personne non seulement n'est pas soignée et souffre, mais elle doit en outre subir les préjugés et un comportement hostile de son entourage alors que cette forme de dépression peut être soulagée par des soins médicaux.
- **Le masque délirant** : les symptômes dominants de cette dépression sont des idées de préjudice, de persécutions, de vol. La personne atteinte, qui n'a cependant aucun antécédent psychiatrique, prétend qu'on entre chez elle (dans sa chambre, si elle réside dans un établissement), qu'on déplace ses affaires et qu'on vole ses objets précieux alors qu'elle n'en avait pas. Elle prétend qu'on lui veut du mal. Elle devient agressive, provoque des disputes et des conflits et, si elle n'est pas soignée, elle peut être sujette à des hallucinations auditives ou visuelles. La prise en charge passe par des médicaments si la maladie est diagnostiquée ; malheureusement, très souvent elle ne l'est pas et la personne vexe son entourage, se fait insulter, traiter de « folle », « garce », « menteuse ». Évidemment, ces comportements argumentent sa dépression et épuisent l'entourage aussi bien familial que professionnel. Très souvent, la personne est à tort diagnostiquée Alzheimer alors qu'en réalité sa maladie est réversible et curable.

- **Le masque démentiel** ou dépression pseudo-démentielle est une dépression mineure et chronique qui concerne surtout des personnes très âgées. Les symptômes dominants sont l'absence ou le peu de plaintes cognitives avec facultés intellectuelles vraiment altérées : « altération des capacités d'attention, de concentration, de mémorisation, d'orientation, des fonctions neuropsychologiques, du raisonnement concret et abstrait »⁷. Les personnes atteintes ne vont plus encoder de nouvelles informations, ont complètement oublié les événements agréables et positifs de leur vie, ne reconnaissent plus certaines personnes et ignorent l'usage de certains objets ou comment exécuter certaines tâches. Leur discours devient incompréhensible et stéréotypé. Elles peuvent devenir agitées, déambulent beaucoup, chutent, puis progressivement deviennent figées, muettes et restent alitées. Bien que beaucoup de ces symptômes soient communs avec ceux de la démence, le diagnostic différentiel est facile car les capacités de raisonnement, de jugement et des pensées abstraites ainsi que les examens neurologiques restent normaux. Par exemple, si on demande à une personne démente pourquoi il est interdit de fumer dans une station-service, il répondra « parce que c'est mauvais pour la santé » ou « parce que cela coûte cher ». Mais si une personne dépressive accepte de répondre, elle dira « parce que ça explose ». Le score au test de l'« horloge », spécifique au diagnostic de la démence, reste normal. Les démences sont irréversibles, alors qu'à l'aide de traitements adaptés et de psychothérapies, la dépression peut être traitée et devenir réversible. Mais, en pratique, elle se confond malheureusement facilement avec une démence, en particulier la maladie d'Alzheimer. Par conséquent, la personne n'est pas soignée et est mal accompagnée, son état ne rentre pas dans les critères des démences, son comportement est déroutant et empire, l'entourage familial et professionnel est désemparé, ne sachant pas décider si la personne joue la comédie ou si elle est vraiment démente.

À retenir

Les dépressions masquées sont les formes les plus spécifiques de la dépression des personnes âgées.

7. Escande & Boucard, 2010, p. 724.

Dysthymie

Il s'agit d'une dépression réactionnelle, modérée, chronique et évolutive qui, au grand âge, si elle demeure non soignée, deviendra majeure (délirante). Elle alterne des épisodes dépressifs et normaux. Lorsque les événements de la vie sont agréables, l'individu se montre d'humeur équilibrée mais dès l'apparition d'un événement négatif, pénible, il devient dépressif ; cependant, à la différence du trouble bipolaire, l'épisode maniaque est complètement absent.

Cette forme de dépression est souvent associée à des troubles de la personnalité (anale, orale, névrotique). En effet, ces traits de personnalité favorisent la dépression. Les sujets présentant ce type de personnalité sont dépendants et sont incapables de surmonter un événement pénible ; les sentiments d'injustice, de dévalorisation, d'impuissance rendent leur deuil pathologique et ils deviennent dépressifs.

Cette dépression, bien que modérée, reste souvent non soignée, devient chronique et altère la vie de la personne atteinte, rendant son vieillissement et sa vieillesse problématiques. Les symptômes de dysthymie consistent en : perte d'appétit ou boulimie (hyperphagie), insomnie ou hypersomnie, faible estime de soi, sentiment de culpabilité excessif et tardif, sentiment de désespoir, difficulté pour se concentrer ou prendre une décision, baisse d'énergie, fatigue sans cause réelle. Pourtant, la personne n'est sujette ni aux hallucinations ni aux idées délirantes ; sans traitement, apparaîtra le syndrome de glissement dont les symptômes sont : refus de manger, de se soigner ; le dysthymique ne parle que pour se plaindre, tout le ramène aux événements pénibles et aux périodes noires de sa vie. Il en parle d'une voie monotone, triste et d'une façon discontinue.

Les personnalités orales dépressives et très souvent alcooliques deviennent désinhibées (syndrome frontal) et, de ce fait, elles parlent de sexe et font des plaisanteries osées.

L'entourage familial et/ou professionnel est perdu entre les deux épisodes, soupçonnant le patient de « jouer la comédie », de « faire semblant », il est épuisé face à l'instabilité et aux oppositions du malade, se montre impuissant, le brutalise ; sans vouloir ni savoir, il l'enfoncé dans ses sentiments de mésestime de soi et dans sa dépression. Tout le monde tombe dans un cercle vicieux et pousse le dysthymique à se suicider passivement ou activement.

Ces personnes aussi peuvent être facilement diagnostiquées Alzheimer ; cette erreur de diagnostic ne sert qu'à perturber davantage la pénibilité de la situation. Or, le malade atteint d'Alzheimer est indifférent à sa santé, à sa personne et à ses activités, tandis que le dépressif est inquiet pour sa santé et souffre de son inactivité. Le dépressif exprime des plaintes somatiques, ne réagit pas au stimulus et n'éprouve ni goût ni plaisir ; en revanche, le malade d'Alzheimer fait des efforts continuels pour avoir des plaisirs, sauf bien évidemment s'il est également atteint d'une dépression (13 % le sont). Quant aux troubles mnésiques, le dépressif ne se rappelle que des événements douloureux et éprouve des difficultés pour avoir accès à ses souvenirs alors que la personne atteinte d'Alzheimer ne peut pas encoder mais continue de se rappeler des événements anciens qu'ils soient pénibles ou heureux. Face aux tests d'évaluation, le dépressif se montre indifférent, se fatigue rapidement ; cependant si on parvient à le faire participer aux examens, il réussit, notamment lorsqu'on lui présente des indices. Tandis que le malade d'Alzheimer tente et fait des efforts sans résultats, l'indice restant inefficace. Les sièges cérébraux sont différents, ainsi que leur densité. Aussi l'imagerie médicale, devenue de plus en plus pointue et efficace, constitue une aide précieuse pour un diagnostic précoce.

DIFFÉRENCES ENTRE DÉPRESSION ET DÉMENCE/MALADIE D'ALZHEIMER

- La dépression est réversible alors que la maladie d'Alzheimer est (et restera malheureusement pour une longue période encore) incurable.
- Les capacités de raisonnement, de jugement et de pensée abstraite sont préservées chez le dépressif (sauf pour le dépressif démentiel) tandis qu'elles sont les premières touchées chez le dément.
- Le dépressif est atteint d'un sentiment de dévalorisation, d'une pénible tristesse, il reste indifférent aux affects positifs et montre une grande sensibilité aux émotions négatives.
- Les troubles de la mémoire ne sont pas de même nature, ni de même intensité. Le malade d'Alzheimer a des problèmes d'encodage, le dépressif souffre au niveau du rappel. L'indice se montre efficace pour le dépressif, alors qu'il reste complètement inutile en cas d'Alzheimer. La mémoire reste sélective

pour le dépressif (qui peut se rappeler lorsque quelque chose l'intéresse), tandis que, malgré tous ses efforts, la personne atteinte d'Alzheimer dont le siège cérébral concerné est lésé ne peut rien enregistrer, ni se rappeler.

- Les troubles de comportement font partie intégrante de la maladie d'Alzheimer alors qu'ils sont absents chez le dépressif ; le dépressif a une présence vivace (sauf syndrome de glissement) tandis que le malade d'Alzheimer est facilement distrait et donne l'impression de vivre « dans son monde ».
- Le début de la dépression est net, secondaire à une situation affective remontant à moins de 6 mois ; le début de la maladie d'Alzheimer est lent, insidieux sans avoir un lien avec un élément précis.
- La vieillesse, la dépression et la maladie d'Alzheimer génèrent des lésions cérébrales mais leurs sièges sont différents ainsi que leur densité.

CONSEILS PRATIQUES

- La dépression « est un état pathologique qui **échappe totalement à la bonne volonté du sujet** qui, au contraire, en souffre »⁸. Donc une fois la dépression installée, il faut rapidement réagir et voir un médecin.
- Abstenons-nous de donner des conseils au dépressif (« reprends-toi, un peu de courage... »). Mais essayons de l'épauler autant que possible pour empêcher son suicide et l'amener à accepter de consulter un spécialiste.
- La dépression des seniors est restée très longtemps sous-évaluée et ignorée ; la première chose à faire est donc de proposer une campagne d'information et des formations au niveau national afin de sensibiliser le public, les familles et les professionnels sur le sujet.
- Éliminer autant que faire se peut les facteurs dépressiogènes et anxio-gènes.
- Se renseigner sur la vie et les antécédents médicaux/psychologiques afin d'être plus vigilants quant à la sensibilité et aux éventuelles récurrences des soignés.

8. Marie-Cardine & Chambon, 1999, p. 740.

- Observer et analyser régulièrement leur état et ses changements afin de détecter rapidement les premiers symptômes d'une dépression tardive, notamment après la survenue d'un événement douloureux.
- Observer rigoureusement les aînés dépressifs afin de détecter les signes du suicide avant qu'il ne soit trop tard.
- Établir et maintenir une communication multidimensionnelle entre tous les intervenants, auprès des soignés ainsi qu'avec leur famille afin de suivre l'évolution de leur état.
- Créer une ambiance psycho-affective agréable pour que le patient accepte de se soigner.
- Rester vigilant quant aux effets indésirables des antidépresseurs et éventuels changements d'état et de comportement chez des malades soumis à un nouveau traitement. En informer rapidement le médecin afin de réajuster ou changer ces derniers médicaments.
- Informer également la famille et/ou les professionnels qui sont le plus en relation avec le patient de l'existence de chaque nouveau traitement afin qu'ils soient vigilants et contactent le médecin traitant dès la constatation d'un changement problématique.
- Ne pas hésiter à avoir recours à un psychogérontologue expérimenté pour qu'il puisse permettre au soigné d'exprimer ses tristesses, l'aider à se prendre en main et, surtout, l'empêcher de se suicider.

■ NÉVROSE SADIQUE/MASOCHISTE

La perversion sadique et le masochisme ont un aspect sexuel et sont des maladies psychiatriques plutôt graves : le sujet est souvent interné et soigné par des médicaments.

Cependant, il existe une forme légère de cette maladie dépourvue de l'aspect sexuel dominant : les traits de caractère ou la tendance sadomasochiste.

Ces deux troubles ne sont en général pas séparables. Si cette névrose est légère et gérable malgré les difficultés rencontrées par l'entourage, à un âge avancé elle devient plus franche et crée des problèmes très importants quant à l'accompagnement et aux soins.

■ SYNDROME DE DIOGÈNE

Diogène de Sinope, philosophe grec du IV^e siècle avant J.-C., défendait l'idée d'indépendance et luttait contre les conventions sociales. Il vivait sans attachement matériel, errant et cherchant un « homme honnête ». Son nom a été donné en 1975 par le neurologue anglais Clark à un ensemble de troubles du comportement d'ordre psychosocial des personnes âgées de plus de 50 ans.

Le syndrome de Diogène est multifactoriel (psychologique, environnemental, génétique et neurobiologique), la diversité des malades ne permet pas aux chercheurs d'avoir une connaissance unanime et définitive de cette pathologie.

Il est caractérisé par au moins 4 symptômes : un « clochardisme » (« avoir besoin de tout mais ne rien demander »⁹), une négligence d'hygiène (corporelle et lieu de vie), une accumulation d'objets inutiles (boîtes vides, conserves, pots de yaourt, papier toilette même usagé, etc.) et une tendance antisociale associée à une relation haineuse avec les autres (misanthropie). Les facteurs psychiatriques, une démence, l'alcoolisme, des traumatismes dans l'enfance sont les causes souvent évoquées mais, à ce jour, aucune cause principale n'est définitivement retenue. L'étiologie du syndrome de Diogène relève d'un dysfonctionnement du lobe frontal, associé à des troubles de la personnalité (personnalité anale), et d'un processus environnemental.

La caractéristique la plus fréquente de ces patients est une suspicion, distante, avec une tendance à l'isolement. Ils vivent dans le déni de leur état et c'est souvent suite à la plainte de voisins à cause des mauvaises odeurs qu'on les découvre. Ils ne font preuve d'aucune gêne ou honte, refusent toute aide, considèrent leurs aidants comme des intrus, surtout si ces derniers tentent de nettoyer et de jeter des objets encombrants, la nourriture pourrie... Ces malades montrent une capacité considérable à déformer la réalité et à la manipulation.

Les personnes atteintes du syndrome de Diogène peuvent vivre seules et, aidées d'une tierce personne, cloîtrées chez elles. Elles souffrent souvent d'une dépression chronique et endogène, de délire chronique, de solitude, notamment suite au décès du conjoint ou d'un parent proche. Elles éprouvent des sentiments traumatisants de pauvreté qui peuvent ne pas être justifiés.

9. Monfort, 2010, p. 141.

Auparavant, 75 % de ces malades décédaient rapidement¹⁰ ; aujourd'hui, une meilleure compréhension de cette pathologie et des traitements psychiatriques leur permet de vivre très longtemps, et ces aînés sont souvent placés, après un passage à l'hôpital, dans des unités gériatriques et des maisons de retraite médicalisées.

10. *Ibid.*