

MEMOIRE

« La dépression chez la personne âgée placée en institution »



Las de la vie

Peinture de [Ferdinand Hodler](#) (1892).

Présenté et soutenu par Elisabeth COURTINAT

Sous la direction de Georges ROUAN

Membres du Jury :

Georges Rouan, Maître de conférence en Psychologie Clinique et Psychopathologie,
Université de Provence.

Jean-Louis Pardinielli, Professeur en Psychologie Clinique et Psychopathologie, Université
de Provence.

ANNEE UNIVERSITAIRE 2007-2008

PREAMBULE

Dans un esprit de conformité, je souhaitais expliquer les conditions dans lesquelles j'ai réalisé ce mémoire de master 1^{ère} année en psychologie clinique et psychopathologie.

Compte tenu de ma disponibilité réduite, je n'ai pas eu la possibilité de constituer des groupes suffisamment importants pour donner un impact plus solide à la validation de mes hypothèses. Malheureusement, mes conditions professionnelles m'ont empêché de pouvoir investir plus de temps que je ne l'ai fait à cette recherche. Cependant, j'y ai donné toutes mes possibilités et tout mon temps libre depuis plusieurs mois.

Je vous remercie donc à l'avance de votre indulgence, et vous assure que mon prochain travail de recherche sera l'élément le plus important de toute mon année universitaire à venir.

REMERCIEMENTS

En tout premier lieu, j'aimerais exprimer mes sincères remerciements à mon directeur de mémoire Georges Rouan pour m'avoir suivie tout au long de ce travail, pour tous ses conseils avisés, son expérience et sa patience. Je remercie également Jean-Louis Pardinielli pour sa disponibilité en tant que jury à ma soutenance.

Je remercie également la directrice de la maison de retraite pour m'avoir ouvert ses portes afin d'effectuer mes recherches dans le cadre de ce master 1^{ère} année. Je remercie tout le personnel de la maison de retraite pour m'avoir laissé accéder à l'ensemble de ses services et pour m'avoir aidé dans mes prises de rendez-vous avec les personnes âgées de l'institution.

Je remercie plus particulièrement les psychologues référentes qui m'ont accompagnée tout au long de l'année, je les remercie pour leurs conseils et leur soutien.

Enfin, je remercie les résidents de la maison de retraite pour leur participation à ma recherche, ils m'ont permis d'aller au bout de cette étude par leur contribution.

SOMMAIRE

INTRODUCTION.....	7
I- PRESENTATION DE L'INSTITUTION	8
I-1 LA SITUATION GEOGRAPHIQUE DE LA MAISON DE RETRAITE.....	8
I-2 HISTOIRE DE L'INSTITUTION	9
I-3 PRESENTATION DE LA POPULATION	9
I-4 LE ROLE DES PSYCHOLOGUES	10
PARTIE I.....	11
II- CADRE THEORIQUE.....	12
II-1 RAPPEL DES PRINCIPALES CLASSIFICATIONS	12
II-1.1 <i>La classification de Kraepelin.....</i>	<i>12</i>
II-1.2 <i>Le DSM IV.....</i>	<i>12</i>
II-1.3 <i>La CIM 10</i>	<i>13</i>
II-2 LA DEPRESSION.....	13
II-2.1 <i>Définition de la dépression selon différents courants.....</i>	<i>14</i>
II-2.2 <i>Les formes cliniques de la dépression chez la personne âgée</i>	<i>15</i>
II-2.3 <i>Les signes cliniques versus symptômes de la dépression.....</i>	<i>16</i>
II-2.4 <i>Clinique de la dépression du sujet âgé.....</i>	<i>16</i>
II-3 APPORTS THEORIQUES EN PSYCHANALYSE.....	17
II-3.1 <i>Sigmund Freud.....</i>	<i>17</i>
II-3.2 <i>Karl Abraham.....</i>	<i>19</i>
II-3.3 <i>Mélanie Klein</i>	<i>19</i>
II-3.4 <i>Jean Bergeret</i>	<i>20</i>
II-4 AUTRES APPORTS THEORIQUES	20
II-4.1 <i>Apport théoriques du point de vue psychiatrique.....</i>	<i>20</i>
<i>Kraepelin.....</i>	<i>20</i>
II-4.2 <i>Apports théoriques du point de vue neurobiologiques.....</i>	<i>21</i>
II-4.3 <i>Théories environnementales.....</i>	<i>21</i>
II-4.4 <i>Théories cognitives.....</i>	<i>22</i>
III- PROBLEMATIQUE ET HYPOTHESES	23
III-1 PROBLEMATIQUE	23
III-2 HYPOTHESES.....	24
III-3 PRESENTATION DE LA METHODOLOGIE	24
III-3.1 <i>La population</i>	<i>24</i>
III-3.2 <i>Les outils</i>	<i>25</i>
PARTIE II.....	28
IV- RESULTATS DE L'ETUDE CLINIQUE.....	29
IV-1 LE CAS DE MME A... ..	29
IV-1.1 <i>Présentation de Mme A.</i>	<i>29</i>
IV-1.2 <i>Recueil de signes</i>	<i>33</i>
IV-2 LE CAS DE MME T... ..	37
IV-2.1 <i>Présentation de Mme T.</i>	<i>37</i>
IV-2.2 <i>Recueil de signes</i>	<i>42</i>
IV-3 LE CAS DE MR PA... ..	45

IV-3.1	<i>Présentation de Mr Pa.</i>	45
IV-3.2	<i>Recueil de signes</i>	49
IV-4	LE CAS DE MR PE.....	51
IV-4.1	<i>Présentation de Mr Pe.</i>	51
IV-4.2	<i>Recueil de signes</i>	55
V-	SYNTHESE DES RESULTATS	58
V-1	PRESENTATION DES RESULTATS	58
V-2	ANALYSE DES RESULTATS	58
V-3	RESULTATS COMPARATIFS DE MME A.....	59
V-4	RESULTATS COMPARATIFS DE MME A.....	60
PARTIE III	.....	62
VI-	DISCUSSION	63
VI-1	RAPPEL DES HYPOTHESES DE DEPART	63
VI-2	DISCUSSION THEORIQUE.....	63
VI-3	DISCUSSION METHODOLOGIQUE	65
VI-3.1	<i>Les problèmes méthodologiques concernant la population</i>	65
VI-3.2	<i>Les problèmes méthodologiques concernant l'utilisation d'outils diagnostics</i>	65
VI-4	LES LIMITES DE LA RECHERCHE	66
VI-5	INTERETS DE LA RECHERCHE	67
VII-	CONCLUSION	68
BIBLIOGRAPHIE	.....	69
OUVRAGES	.....	69
ARTICLES	.....	70
ANNEXES	.....	71
ANNEXE 1	: TABLEAU DE WELLS	72
ANNEXE 2	: ECHELLE QD2AG.....	73

TABLE DES ILLUSTRATIONS

<i>TABLEAU 1 : RESULTATS DES MODALISATIONS PRODUITES EN NOMBRE DE MOTS ET EN POURCENTAGE POUR 2 MODALISATIONS SUR 7 ETUDIEES.</i>	26
<i>TABLEAU 2 : RESULTATS DES MODALISATIONS PRODUITES EN NOMBRE DE MOTS ET EN POURCENTAGE POUR 2 MODALISATIONS SUR 7 ETUDIEES.</i>	26
<i>TABLEAU 3 : RESULTAT DE L'ANALYSE THEMATIQUE PAR ENTRETIEN EN NOMBRE DE MOTS PRODUITS PAR TYPE DE SCENARIO.</i>	27
<i>TABLEAU 4 : RESULTATS DES MODALISATIONS PRODUITES EN NOMBRE DE MOTS ET EN POURCENTAGE POUR 2 MODALISATIONS SUR 7 ETUDIEES CHEZ MME A.</i>	35
<i>TABLEAU 5 : RESULTATS DES MODALISATIONS PRODUITES EN NOMBRE DE MOTS ET EN POURCENTAGE POUR 2 MODALISATIONS SUR 7 ETUDIEES CHEZ MME A.</i>	35
<i>TABLEAU 6 : RESULTATS DES MODALISATIONS PRODUITES EN NOMBRE DE MOTS ET EN POURCENTAGE POUR 2 MODALISATIONS SUR 7 ETUDIEES CHEZ MME A.</i>	35
<i>TABLEAU 7 : RESULTATS DES MODALISATIONS PRODUITES EN NOMBRE DE MOTS ET EN POURCENTAGE POUR 2 MODALISATIONS SUR 7 ETUDIEES CHEZ MME A.</i>	36
<i>TABLEAU 8 : RESULTAT DE L'ANALYSE THEMATIQUE PAR ENTRETIEN EN NOMBRE DE MOTS PRODUITS PAR TYPE DE SCENARIO CHEZ MME A.</i>	36
<i>TABLEAU 9 : RESULTAT DE L'ANALYSE THEMATIQUE PAR ENTRETIEN EN NOMBRE DE MOTS PRODUITS PAR TYPE DE SCENARIO CHEZ MME A.</i>	36
<i>TABLEAU 10 : RESULTATS DES MODALISATIONS PRODUITES EN NOMBRE DE MOTS ET EN POURCENTAGE POUR 4 MODALISATIONS SUR 7 ETUDIEES CHEZ MME T.</i>	44
<i>TABLEAU 11 : RESULTATS DES MODALISATIONS PRODUITES EN NOMBRE DE MOTS ET EN POURCENTAGE POUR 4 MODALISATIONS SUR 7 ETUDIEES CHEZ MME T.</i>	44
<i>TABLEAU 12 : RESULTAT DE L'ANALYSE THEMATIQUE PAR ENTRETIEN EN NOMBRE DE MOTS PRODUITS PAR TYPE DE SCENARIO CHEZ MME T.</i>	45
<i>TABLEAU 13 : RESULTATS DES MODALISATIONS PRODUITES EN NOMBRE DE MOTS ET EN POURCENTAGE POUR 2 MODALISATIONS SUR 7 ETUDIEES CHEZ MR PA.</i>	50
<i>TABLEAU 14 : RESULTATS DES MODALISATIONS PRODUITES EN NOMBRE DE MOTS ET EN POURCENTAGE POUR 2 MODALISATIONS SUR 7 ETUDIEES CHEZ MR PA.</i>	51
<i>TABLEAU 15 : RESULTAT DE L'ANALYSE THEMATIQUE PAR ENTRETIEN EN NOMBRE DE MOTS PRODUITS PAR TYPE DE SCENARIO CHEZ MR PA.</i>	51
<i>TABLEAU 16 : RESULTATS DES MODALISATIONS PRODUITES EN NOMBRE DE MOTS ET EN POURCENTAGE POUR 2 MODALISATIONS SUR 7 ETUDIEES CHEZ MR PE.</i>	57
<i>TABLEAU 17 : RESULTATS DES MODALISATIONS PRODUITES EN NOMBRE DE MOTS ET EN POURCENTAGE POUR 2 MODALISATIONS SUR 7 ETUDIEES CHEZ MR PE.</i>	57
<i>TABLEAU 18 : RESULTAT DE L'ANALYSE THEMATIQUE PAR ENTRETIEN EN NOMBRE DE MOTS PRODUITS PAR TYPE DE SCENARIO CHEZ MR PE.</i>	57
<i>TABLEAU 19 : SYNTHESE DES RESULTATS POUR CHAQUE PATIENT ET POUR LE PREMIER ENTRETIEN</i>	58
<i>TABLEAU 20 : SYNTHESE DES RESULTATS DE MME A. POUR LES DEUX ENTRETIENS</i>	59

INTRODUCTION

En premier lieu, je vais présenter brièvement l'intérêt que j'ai eu pour ce thème de recherche, puis j'exposerai ma problématique et le paradigme conceptuel. J'expliquerai les objectifs de ma recherche et enfin, je développerai mes résultats et les raisons qui me confortent dans la prédiction de ces hypothèses.

Sur mon lieu de stage, j'ai été fréquemment amenée à rencontrer des résidents de l'institution ayant une problématique dépressive. J'ai donc choisi de mener une recherche la dépression des personnes âgées en maison de retraite.

Je me suis demandée quelle était la pertinence de ce type de recherche et ce que je pouvais apporter de nouveau. Au fur et à mesure de mes entretiens avec les résidents(es), j'ai constaté que d'une manière générale, les personnes âgées avaient une plainte récurrente liée à la rupture familiale. C'est pour cela que j'ai décidé de chercher et de vérifier s'il pouvait y avoir un lien entre la dépression et la rupture familiale en entrant en institution.

Dépression et vieillissement, deux concepts liés et qui entretiennent des connivences. La dépression est une entité pathologique alors que la vieillesse peut représenter un terrain sur lequel la dépression peut survenir. Certains sujets présentent des accès dépressifs tout au long de leur vie, sans que le vieillissement en modifie la fréquence ou la gravité. Chez certains sujets, le vieillissement semble catalyser une aggravation de l'état dépressif. Pour d'autres, la dépression peut survenir avec l'âge et l'entrée en institution.

L'entrée en institution a lieu de plus en plus tard, souvent à plus de 80 ans, la perte du logement préfigure alors pour certaines personnes la perte de l'autonomie, la perte de la vie.

Si ce placement a été anticipé et préparé, il peut représenter une mesure thérapeutique améliorant la qualité de la fin de vie de la personne âgée. Pour autant, le placement culpabilise profondément certaines familles.

L'important est de donner au sujet âgé des conditions de stimulation auxquelles il puisse répondre en évitant les écueils de la confrontation à l'impossible et la survie dans un lieu sans échange, ni parole.

Néanmoins, 30 %¹ des sujets âgés placés en milieu institutionnel présenteraient un épisode dépressif majeur. Ces taux peuvent s'expliquer par la fréquence des affections co-morbides chroniques et invalidantes, mais aussi par des facteurs dépressogènes comme l'absence de visites, infantilisation par le personnel soignant, le défaut de prise en compte de l'individualité, les mauvais traitements...

¹ H. Lôo et T. Gallarda, Troubles dépressifs et personnes âgées, p. 7

La dépression favorisant peu à peu le désinvestissement de toute interaction sociale au sein de l'institution ainsi que la perte de l'autonomie. La difficulté du diagnostic chez ces patients repliés sur eux-mêmes, peu expressifs, porte à mesurer tout l'intérêt de sensibiliser le personnel soignant à la psychopathologie du sujet âgé. Le rôle de la rupture familiale serait un élément majeur du déclenchement des états dépressifs.

L'objectif de ma recherche est donc de vérifier et démontrer qu'il existe bien un lien entre la dépression et la rupture familiale. Par ailleurs, je souhaite vérifier si le suivi psychologique du sujet en institution diminue le risque d'un glissement à un état dépressif. Je m'attends à ce que mes résultats aillent dans le sens de mes hypothèses opérationnelles.

I- Présentation de l'institution

La présentation de la maison de retraite permet de pouvoir appréhender globalement le fonctionnement de cette institution dans ses modalités psychiques groupales² aussi bien que dans ses modalités purement économiques et politiques dans une certaine réalité sociale.

Cette maison de retraite est privée, elle est donc représentative de ce que D. Anzieu appelle un groupe secondaire, à savoir une institution à l'intérieur d'un segment particulier de cette réalité sociale.

Dans le contexte qui m'a intéressé lors de cette étude, les personnes âgées vivent dans un nouvel environnement social qu'elles ont choisi ou non, accepté ou non. Cet environnement se distancie de leur vie « d'avant » en premier lieu par cette forme de vie communautaire imposée qui représente la mise en avant d'une partie de leur intimité. Comment leur demander d'accepter un changement si radical en peu de temps alors que pendant plus de 70 ans, ils ont été habitués à vivre en famille, en couple, ou seuls avec cette même intimité qu'il faut mettre au grand jour maintenant ?

I-1 La situation géographique de la maison de retraite

La maison de retraite dans laquelle j'ai effectué mon étude est située dans un quartier éloigné du centre de ville de Marseille. La maison de retraite bénéficie des avantages de cette situation géographique, à savoir le calme, la tranquillité et la sécurité.

² Kaës R., 1994 et 1996.

Elle est facile d'accès, que ce soit en voiture ou en transports en commun, ce qui facilite les visites des familles et amis.

Cette maison de retraite a conservé son caractère typiquement provençal, le bâtiment principal étant une bastide à laquelle ont été ajoutées des ailes plus modernes avec une distribution fonctionnelle.

Un parc ombragé, un terrain de boules, une cuisine d'été sont autant d'agréments qui enchantent les familles qui doivent déjà souffrir de se séparer de leur parent physiquement et qui ont donc besoin d'être rassuré sur le nouveau lieu de vie de leur père ou mère, grand-père ou grand-mère.

I-2 Histoire de l'institution

La fondatrice de la maison de retraite, Mme S., a créé cette institution en Juin 1951. Elle avait vécu à l'époque dans une communauté de femmes qui avaient eu leur mari au front, pendant la guerre, et qui étaient veuves pour la plupart.

Mme S. avait eu l'idée alors de créer une maison de retraite de personnes plus jeunes, plus autonomes.

A cette époque, l'habilitation était pour « maison pour vieillards et incurables » avec 111 lits. Cette habilitation lui donnait le droit à une habilitation à l'aide sociale et elle pouvait donc recevoir une population à bas revenus.

La sévérité des contrôles a permis d'éviter les abus (abus des familles qui dépouillaient leur parent) et la maison de retraite s'est vu recevoir une nouvelle population socialement plus élevée qui pouvait payer son hébergement sans l'aide de l'état.

Le Conseil Général s'est vu confier le contrôle de ces maisons de retraite et, pour s'assurer du bon maintien de fonctionnement, a organisé des contrôles inopinés ou annoncés tous les trois ans environ.

Aujourd'hui, la maison de retraite est médicalisée et a donc signé une convention avec le Conseil Général.

I-3 Présentation de la population

La maison de retraite accueille des résidents dépendants ou non. Certains de ces résidents sont atteints de démences séniles, de type Alzheimer ou non. D'autres résidents peuvent avoir des pathologies psychiatriques comme des psychoses chroniques, des dépressions... D'autres encore peuvent être atteints de pathologies organiques, neurologiques...

Pour chaque résident, l'importance de ce placement est la principale source d'angoisse. Parfois, des résidents(es) ne peuvent pas élaborer, atteindre des représentations de ces changements et leurs difficultés se manifestent au travers d'angoisses qui sont inconsciemment distribuées dans le groupe de résidents(es). Il arrive que certains(es) se plaignent de leurs souffrances et alors peut commencer un temps d'élaboration. J'ai retenu de mon observation que cette angoisse faisait écho dans le fonctionnement psychique de l'équipe. En fait, l'équipe fait fonction de mise en dépôt de quelque chose en attente de symbolisation pour pouvoir lui rendre transformée. Cependant, la difficulté des soignants à vivre au quotidien cette fonction se manifeste certainement dans leurs propres souffrances.

I-4 Le rôle des psychologues

Les nouvelles conventions mises en place pour les maisons de retraite permettent ainsi de voir surgir dans leurs équipes des psychologues, profession très peu représentée jusqu'à aujourd'hui dans ces institutions et pourtant source de « ré-investissement » du résident dans un acte social qui peut lui permettre de ne pas glisser totalement dans une dépression profonde.

PARTIE I

II- CADRE THEORIQUE

Cette partie de mon travail permet de situer la dépression dans le temps et dans l'espace afin de mieux appréhender les sources théoriques et les complémentarités qui pourraient permettre une meilleure prise en charge de la personne âgée dans la souffrance qui l'habite.

II-1 Rappel des principales classifications

Les classifications de la dépression se sont succédées. Je citerai ici les trois classifications que j'ai retenues pour ce travail :

II-1.1 La classification de Kraepelin

Cette classification distinguait :

- La dépression endogène
- La dépression psychogène
- La dépression d'involution
- La dépression symptomatique d'une autre affection
- La personnalité pathologique dépressive

II-1.2 Le DSM IV

1. Troubles dépressif
 - Trouble dépressif majeur

⇒ Trouble dépressif majeur, épisode isolé

⇒ Trouble dépressif majeur, récurrent

 - Trouble dysthymique
 - Trouble dépressif non spécifié
2. Troubles bipolaires
 - Trouble bipolaire I
 - Trouble bipolaire II
 - Trouble cyclothymique
3. Autres troubles de l'humeur

- Troubles de l'humeur dus à une affection médicale générale
- Troubles de l'humeur induits par une substance
- Troubles de l'humeur non spécifiés

II-1.3 La CIM 10

1. Episode maniaque
 - Hypomanie
 - Manie sans symptôme psychotique
 - Manie avec symptôme psychotique
2. Trouble affectif bipolaire
 - Episode actuel maniaque avec ou sans symptômes psychotiques
 - Episode actuel de dépression légère ou moyenne
 - Episode actuel de dépression sévère avec ou sans symptômes psychotiques
 - Episode actuel mixte
3. Episode dépressif
 - Léger
 - Sévère avec ou sans symptômes psychotiques
4. Trouble dépressif récurrent
 - Léger
 - Sévère avec ou sans symptômes psychotiques
5. Trouble de l'humeur
 - Cyclothymie
 - dysthymie

II-2 La dépression

Afin de mieux appréhender la souffrance de la personne âgée, il est important de pouvoir s'assurer que le diagnostic qui a été préalablement établi par le médecin traitant soit le plus affiné possible. Pour cela, quelques éléments tels que définir la maladie, en décrire ses signes cliniques, ses symptômes peut donner une meilleure approche au psychologue clinicien qui s'informe des souffrances du résident avant de le rencontrer. Cela peut alors permettre que la rencontre se fasse dans l'institution sans donner le sentiment au résident qu'elle a été provoquée, mais plutôt qu'elle est guidée par l'empathie et la bienveillance.

II-2.1 Définition de la dépression selon différents courants

Au terme de dépression peut se substituer d'autres termes tels que états dépressifs, troubles dépressifs, mélancolie selon que l'on se défende d'une orientation plus psychanalytique que médicale et inversement.

II-2.1.1 En psychanalyse

Le terme dépression n'est pas approprié à la psychanalyse qui emploie le terme de « mélancolie » comme le travail d'un deuil qui n'arrive pas à s'accomplir. Dans la dépression, le moi va s'identifier à l'« objet perdu », prenant à son propre compte les sentiments ambivalents d'amour et surtout de haine vis-à-vis de cet objet.

II-2.1.2 En médecine psychiatrique

Il ne semble pas y avoir de définition simple et condensée de la dépression, mais plutôt un consensus de signes cliniques avec des rapprochements et des diagnostics différentiels permettant d'établir un diagnostic final affiné de « trouble dépressif ».³

Ce diagnostic se base sur des critères sémiologiques. Une personne doit présenter au moins 5 des 9 symptômes suivants pour une durée d'*au moins deux semaines*, la *plupart du temps*, entraînant un *changement dans le mode de fonctionnement habituel*. Au moins l'un de ces deux critères doit être présent : Humeur triste, anhédonie.

- *Humeur triste* (dépressive): décrite comme plus intense que la douleur d'un deuil. Le malade est sans joie et opprimé, parfois il est incapable de percevoir tout sentiment. En général l'humeur est au pire le matin. Chez les enfants et adolescents, cela peut se manifester par une irritabilité accrue.
- *Anhédonie* : diminution du plaisir ou de l'intérêt pour toutes activités, y compris celles qui procurent du plaisir habituellement. Les habitudes se modifient, les passe-temps sont délaissés, tout semble monotone et vide, y compris les activités habituellement gratifiantes.
- *Modification involontaire du poids* : prise ou perte de 5% ou plus du poids habituel en un mois. Éventuellement, modification récente de l'appétit

³ DSM IV TR

- *Troubles du sommeil* : diminution (insomnie) ou augmentation (hypersomnie) du temps de sommeil
- *Troubles de la concentration ou du processus de prise de décision*
- *Troubles du comportement* : agitation ou ralentissement (bradypsychie) rapportée par l'entourage.
- *Asthénie* : sensation de fatigue ou de diminution d'énergie
- *Sentiments de culpabilité* hypertrophiés, souvent injustifiés et liés à l'auto-dépréciation du patient.
- *Idées noires* : volonté de mourir, idées suicidaires actives, avec ou sans plan spécifique, finalement tentative de suicide.

II-2.1.3 En psychologie

Le terme dépression est plus approprié en psychologie. Selon le dictionnaire fondamental de la psychologie (Larousse), la définition est la suivante :

« Maladie mentale caractérisée par une modification profonde de l'état thymique, de l'humeur dans le sens de la tristesse, de la souffrance morale et du ralentissement psychomoteur.

S'accompagnant généralement d'anxiété, la dépression entretient chez le patient une impression douloureuse d'impuissance globale, de fatalité désespérante et parfois l'entraîne à des ruminations sub-déliantes à thème de culpabilité, d'indignité, d'autodépréciation, pouvant le conduire à envisager le suicide et parfois à le réaliser. »

II-2.2 Les formes cliniques de la dépression chez la personne âgée

Les formes cliniques de la dépression sont également à prendre en compte dans le travail clinique avec la personne âgée, selon que sa dépression soit de type endogène ou exogène. Ces formes sont peu à peu abandonnées au profit d'un continuum entre les deux types et qui ne séparerait que l'intensité des symptômes.

Pour autant, comme l'a souligné D. Widlöcher⁴, la complémentarité des approches (psychanalytique ou cognitiviste) permettrait de comprendre les diverses « logiques de la dépression » et les

⁴ Widlöcher D., Les logiques de la dépression, 1983, p. 114

interactions constantes entre la dimension psychosociale, la neurophysiologie et la biochimie cérébrale.

II-2.3 Les signes cliniques versus symptômes de la dépression

Dans le même ordre d'idée, l'opposition des orientations médicales et psychologiques peut disperser nos ressources face à la pathologie au lieu de compléter nos connaissances.

D'un côté, je découvre une pseudo-distinction dans la lecture du DSM IV entre les troubles dépressifs majeurs, les troubles dysthymiques, les troubles bipolaires... et en même temps un agrégat des signes cliniques puisque les mêmes sont à la fois dans chaque type de troubles.

D'un autre côté, je retrouve un langage différent fait de symptômes, de psychopathologie et de lecture analytique qui me ramène à une orientation psychogénétique et par là même à une « interprétation » des symptômes au travers de la parole, de l'usage des mots, de l'intonation et de l'intensité de l'expression.

Deux lectures bien différentes pour une même « maladie » à la fois envahissante et d'une gravité importante que le patient ait des idées suicidaires ou non.

II-2.4 Clinique de la dépression du sujet âgé

La dépression chez le sujet âgé est une pathologie que l'on retrouve fréquemment. Elle présente une gravité particulière car elle peut mener à la mort du sujet. La plupart des auteurs s'accordent pour dire qu'elle est insuffisamment diagnostiquée à cause de sa clinique difficile et donc, de ce fait, mal traitée. C'est un véritable problème de société et donc de santé publique.

Le vécu dépressif du sujet âgé est souvent banalisé car les soignants ont tendance à mettre cet état sur le compte du vieillissement. Pour certains, des attitudes telles que le repli sur soi, le sentiment de tristesse peuvent être légitimé par l'âge. La dépression est donc souvent sous-diagnostiquée et sous-traitée en institution.

L'humeur dépressive peut aller jusqu'à l'irritabilité, la perte de contrôle émotionnel, un émoussement affectif, parfois même une asthénie affective qui pourrait passer pour une forme de sérénité. Les plaintes somatiques associées et les troubles du sommeil sont au premier plan chez ce type de population. Les troubles du sommeil sont souvent parmi les prodromes de la dépression.

D'autre part, la dépression du sujet âgé est généralement associée à une apathie et des troubles neurologiques tels que la désorientation et des troubles de la mémoire.

L'aspect spécifique des symptômes de la dépression chez le sujet âgé en fait une difficulté supplémentaire à la diagnostiquer.

La perte d'intérêt avec isolement social et le ralentissement psychomoteur sont les symptômes les plus courants dans la dépression du sujet âgé.

II-3 Apports théoriques en psychanalyse

La dépression est connue depuis l'Antiquité. Hippocrate en rapporte des descriptions cliniques. Il attribue cette affection à la «bile noire». La traduction littérale du grec «bile noire» donnera le terme «mélancolie». La théorie hippocratique persiste encore, après une disparition au Moyen Age quand elle était suspectée de possession démoniaque.

Au XIX siècle, les auteurs parlent de «délire partiel triste» appelé lypémanie par Esquirol. Par la suite, c'est Kraepelin qui a imposé définitivement le terme de dépression pour décrire les périodes de tristesse qui alternent avec les phases d'excitation de la psychose maniaco-dépressive. C'est la dépression mélancolique.

Pour les analystes, la dépression correspond à une régression du Moi, due à l'existence de conflits infantiles inconscients non résolus. Cette régression libidinale trouverait sa cause dans une blessure narcissique infantile grave, dont l'accès dépressif représenterait une réactivation déclenchée par une perte d'objet réelle ou symbolique.

Freud décrit la dépression comme une "psychonévrose narcissique" marquée par un conflit entre le Moi et le Surmoi. L'échec du Moi à satisfaire les exigences irréalistes de l'Idéal du Moi expliquerait la diminution de l'estime de soi, symptôme majeur des dépressions

Pour mémoire, Freud définissait la normalité comme pouvoir "aimer et travailler".

II-3.1 Sigmund Freud

Freud (1915) dans « Deuil et mélancolie » définit le deuil comme : «*réaction à la perte d'une personne aimée ou d'une abstraction à sa place*» et la douleur comme «*la réaction propre à la perte d'objet*». La perte réelle ou symbolique ayant des similitudes avec la mélancolie par la tristesse, la douleur morale et le désintérêt pour le monde extérieur. Cependant, dans le deuil, l'objet perdu est reconnu du sujet. Dans la mélancolie, l'objet perdu n'est pas consciemment identifié par le sujet et le sujet s'avère incapable d'assumer cette perte symbolique de l'objet. Le

mélancolique s'avère incapable de déplacer ses investissements affectifs (libido) de l'objet extérieur perdu à un autre objet extérieur.

Plus tard, en 1917, il estimera que la culpabilité mélancolique provient d'un conflit entre les exigences du Surmoi et du Moi. : *«L'angoisse de mort de la mélancolie n'admet que cette seule explication : le Moi s'abandonne parce qu'il se sent haï et persécuté par le Surmoi au lieu d'être aimé»*.

Le deuil

Le deuil, ou travail de deuil est une manière de gérer la tristesse face à la perte ou à un but non atteint. Il y a une perte d'objet comme dans la mélancolie. Freud définissant le deuil comme une « réaction à la perte », il s'ensuit une « *épreuve de réalité qui a montré que l'objet aimé n'existe plus* », forçant la libido à retirer tous ses liens avec l'objet. Un affect dépressif survient à ce moment-là, expliquant ainsi le désarroi du Moi qui devient incapable de réinvestir sa libido dans un nouvel objet. De nouveaux investissements seront possibles lorsque le processus d'élaboration de deuil de l'objet perdu sera terminé.

Il n'y a pas de trouble du manque d'estime de soi comme dans la mélancolie.

La mélancolie

Dans le processus mélancolique, le sujet n'a pas conscience de l'objet perdu, la perte lui est inconnue. Avec la perte de l'objet, le sujet perd une partie de son Moi.

Selon Freud, la personne en deuil et le mélancolique relèvent des mêmes caractéristiques à l'exception de la perte de l'estime de soi. En effet, la mélancolie serait, d'un point de vue psychique, *« une dépression profondément douloureuse, une suspension de l'intérêt pour le monde extérieur, la perte de la capacité d'aimer, l'inhibition de toute activité et la diminution du sentiment d'estime de soi qui se manifeste en des auto-reproches et des auto-injures et va même jusqu'à l'attente délirante du châtement »*⁵.

Dans la mélancolie, on assiste à un processus de régression narcissique secondaire. La libido se retire sur le moi. Pour cela, il faut que le choix d'objet originaire ait été de type narcissique.

L'identification illustre le suicide dans la dépression mélancolique. Selon Freud, il y aurait un conflit entre une partie du Moi aliénée à l'objet et le reste du Moi qui semble dirigé par le surmoi et qui « attaque » le Moi. C'est donc un mécanisme d'identification à l'objet par incorporation de ses qualités.

⁵ Freud, in Métapsychologie, p. 147. Editions Gallimard, 1968.

Le Moi se détruirait suite à retour d'investissement d'objet sur lui-même, le Moi se traitant comme l'objet. Le suicide serait alors le meurtre de soi-même et de l'objet auquel le sujet s'est identifié » (A. Bonnet, 2007).

Nous trouvons chez le mélancolique le mécanisme d'identification à l'objet, mécanisme psychique permettant de reconstituer le processus mélancolique, qui s'effectue en six temps :

1. Choix d'objet narcissique lors de la période de l'enfance
2. Choix d'objet adulte « *mimant* » le choix d'objet infantile, donc narcissique
3. La perte de l'objet réel provoquant une déception
4. L'objet surinvesti par la libido se trouve confronté au Moi
5. L'ambivalence envers l'objet perdu qui est la résultante de l'identification avec ce dernier, via une régression narcissique
6. La mélancolie comme lutte intérieure

II-3.2 Karl Abraham

Pour Abraham K., le moteur des ruptures dépressives consiste en des tendances sadiques, une «disposition haineuse» envers l'extérieur. Il en découle l'incapacité à aimer les autres et une propension à les détester qui s'accompagne d'un sentiment de culpabilité. Les tendances sadiques sont retournées contre le sujet dans les thèmes d'auto-dévalorisation, ou d'auto-accusation mélancoliques. D'après Abraham, cette régression est favorisée par des déceptions précoces dans la relation de l'enfant avec ses parents.

II-3.3 Mélanie Klein

Klein M. (1934) postule que la dépression serait une reviviscence, lors de certains événements, des ambiguïtés affectives éprouvées lors d'une étape du développement du nourrisson qu'elle dénomme la « position dépressive ». Initialement le nourrisson ne reconnaît pas un objet extérieur dans son intégralité. Ainsi, le sein et la main de la mère ne sont pas intégrés comme éléments d'une même unité et le nourrisson se trouve dans une « position schizo-paranoïde » : il aime le sein qui le nourrit et il rejette la main qui l'en écarte. Puis il va reconnaître que le sein et la main appartiennent à la même personne. Ce passage d'une vision clivée à une vision plus unifiée suppose l'introjection de l'autre en soi et le renoncement à une part de toute-puissance. Prenant conscience de l'ambivalence de ses sentiments, il débouche alors sur une «position dépressive» qui permet l'intrication-liaison de la pulsion de mort par la pulsion de vie...

Lors d'une dépression, le sujet vit à nouveau de tels affects où se mélangent l'agressivité et l'amour à l'égard du monde extérieur et de lui-même.

II-3.4 Jean Bergeret

J. Bergeret est devenu au fil des ans l'une des principales figures de la psychanalyse française, Membre de la Société Psychanalytique de Paris.

En 1957 il retourne à Lyon où il fonde, avec C. Nodet, J. Cosnier et quelques autres le Groupe lyonnais de Psychanalyse.

Sa remise en questionnement de la métapsychologie l'amène à élaborer une conception renouvelée du narcissisme, de l'homosexualité et de la sexualité infantile.

Pour lui, la dépression est l'expression majeure et quasi spécifique de la pathologie du narcissisme.

II-4 Autres apports théoriques

D'un point de vue clinique, je trouve intéressant de pouvoir étudier d'autres approches que l'approche psychanalytique. Il me paraît important de travailler dans le cadre d'une complémentarité pour accéder à la singularité du patient plutôt que d'une rivalité qui n'amènerait que conception clivée de la pathologie.

Pour autant, dans le cadre de mon travail expérimental qui constitue ce mémoire, j'ai choisi de travailler sur l'analyse pragmatique de l'entretien, en mettant à profit mes connaissances sur les trois degrés de la pragmatique.

II-4.1 Apport théoriques du point de vue psychiatrique

Kraepelin

Psychiatre allemand, fondateur de la psychologie expérimentale, Kraepelin a tenté d'élaborer une classification des maladies mentales à travers des éléments cliniques objectifs.

Dans ces tentatives de description, il parle de mélancolie d'involution :

L'accès mélancolique apparaît à l'âge moyen de la vie (après 50 ans) et surtout chez les femmes. Cette mélancolie est caractérisée par une absence d'antécédents psychiatriques personnels, un fond de personnalité obsessionnelle (méticulosité, recherche de l'ordre, entêtement), des craintes hypocondriaques, des manifestations hystéroides avec maniérisme et théâtralisme, de l'angoisse et de l'agitation. Le syndrome mélancolique est alors d'installation progressive, plus souvent modéré

que sévère. La mélancolie d'involution survient souvent à la suite de deuils, de difficultés sociales ou professionnelles...

II-4.2 Apports théoriques du point de vue neurobiologiques

Les causes biologiques de la dépression sont basées sur trois hypothèses :

- 1) Les dépressions surviennent sans facteur psychologique ou situationnel de déclenchement. Le rythme régulier de certaines rechutes donne l'impression d'un dérèglement biologique interne.
- 2) L'existence de syndromes dépressifs, lors des maladies générales comme les maladies endocriniennes, des lésions cérébrales ou après des traitements médicamenteux qui provoquent des changements biologiques, peuvent être à l'origine de dépressions.
- 3) L'efficacité des antidépresseurs et la mise en évidence de leurs activités biochimiques au niveau cérébral : mais l'action des antidépresseurs dans toutes les variétés de dépression remet en cause la séparation entre dépressions endogènes biologiques d'une part et dépressions névrotico-réactionnelles psychologiques d'autre part.

II-4.3 Théories environnementales

L'importance des facteurs environnementaux a très tôt été mise en relief tant sur le plan clinique que psychopathologique. Dès le début du XX^{ème} siècle, la notion de réaction aux événements a été émise par Jaspers et Meyer.

Dans le même temps, Abraham K. conçoit la mélancolie comme la conséquence d'un abandon affectif. Par la suite Bowlby souligne l'importance des interactions précoces pour le développement harmonieux de l'enfant et il considère la survenue d'une perte parentale comme un facteur prédisposant à la dépression.

Les travaux consacrés aux rapports entre événements et dépression de l'âge adulte concernent deux domaines distincts : les événements traumatiques précoces au cours de l'enfance jusqu'à l'adolescence et les événements dits récents, dont l'apparition précède de moins d'une année le début de l'accès dépressif, qu'il soit endogène ou névrotico-réactionnel. Ils sont considérés comme des facteurs précipitant ou déclenchant. Les agents stressants favorisent la survenue d'une dépression mais ils semblent rarement en être la cause unique.

Ce courant de recherche a également favorisé toute une réflexion sur la nature des interactions entre les événements de vie et différents facteurs susceptibles de moduler leur influence, qu'il s'agisse de facteurs environnementaux (support social), psychologiques ou biologiques. Ces

réflexions ont aussi contribué à l'élaboration des modèles étiopathogéniques multifactoriels, qui tentent de restituer la pathologie dépressive aux caractères d'influences biopsychosociales.

Parmi les facteurs psychosociaux, la qualité du support social détermine de façon significative l'impact événementiel. L'absence de relation et de soutien amplifie l'impact des événements stressants sur la genèse et la pérennisation de la dépression.

Certaines variables psychologiques peuvent également moduler cet impact. Certains auteurs ont mis l'accent sur le rôle protecteur ou favorisant vis-à-vis de la dépression des capacités adaptatives face au stress.

II-4.4 Théories cognitives

Pour les cognitivistes, les symptômes dépressifs résultent d'un traitement déficient de l'information par le sujet. Le sujet déprimé procède à une lecture du monde excessivement pessimiste, sélectionnant les informations les plus sombres, dont il amplifie le caractère négatif.

Les théories cognitives sont basées sur trois variables impliquées dans l'état dépressif :

- les cognitions ou « pensées automatiques »
- les processus cognitifs ou « distorsions »
- les schémas cognitifs ou « croyances ».

Les cognitions : la théorie de la dépression de Beck est basée sur le postulat qu'il existe des représentations positives et des représentations négatives.

Pour Beck (1967), les pensées du déprimé sont toutes empreintes d'un jugement négatif sur lui-même, le monde extérieure et l'avenir, ce qu'il nomme : « la triade cognitive négative ». La dépression fait irruption à la suite d'une perte ou d'un traumatisme. La triade cognitive négative en attribue la responsabilité au sujet, qui en éprouve de la culpabilité.

Les distorsions cognitives comprennent :

- les inférences arbitraires (le sujet tire des conclusions sans preuves),
- l'abstraction sélective (le sujet centre son attention sur un détail et méconnaît le contexte dans sa globalité),
- l'attribution interne (le sujet s'attribue des responsabilités dans les événements),
- la pensée dichotomique (les évaluations sont effectuées par le sujet sans nuances).

Les schémas cognitifs sont la partie la plus profonde des variables cognitives. Ils représentent l'ensemble des croyances et des convictions intimes qu'un sujet entretient sur lui-même et sur le monde.

L'inconvénient de la théorie cognitive est qu'elle méconnaît la complexité de l'organisation interne du sujet et les interconnexions affectivo-intellectuelles.

Parmi les cognitivistes, l'approche comportementale a acquis une place dans la prise en charge des états dépressifs. Les théories cognitives s'adressent principalement aux dépressions exogènes.

Le modèle tridimensionnel de Lang postule que la dépression repose sur trois familles de symptômes : comportementaux, affectifs et cognitifs.

III- PROBLEMATIQUE ET HYPOTHESES

III-1 Problématique

La dépression de la personne âgée est fréquente. Cette fréquence augmente avec l'âge. Il a été estimé que les états dépressifs nécessitaient 50 % d'hospitalisation chez les patients de plus de 65 ans et que 10 % de ces patients faisaient une tentative de suicide dans l'année suivant l'hospitalisation⁶.

Chez le patient âgé, les formes d'état dépressif sont semblables à celle du patient plus jeune avec toutefois une possibilité d'accentuation des symptômes tels que des troubles mnésiques, des sentiments d'incapacité et d'échec plus importants, une forme de pseudo-démence⁷. Les critères de Wells permettent de comprendre la difficulté d'un diagnostic d'état dépressif chez la personne âgée.

Dans le cas qui m'intéresse, il a été nécessaire de mettre en lien les plaintes psychiques des résidents de la maison de retraite avec des plaintes manifestes sur la séparation d'avec leur famille. La prise en compte de ces doléances m'a fait prendre conscience de la souffrance de ces résidents(es).

Face à un personnel qui travaille dans l'urgence temporelle et qui ne peut pas toujours prendre le temps d'écouter les personnes âgées, de les rassurer ou simplement de partager quelques banalités sur le temps qu'il fait ou la nuit qu'ils ont passé, il m'a semblé important de vérifier que la mission d'un psychologue au sein d'une maison de retraite pouvait permettre aux résidents de ne pas glisser dans la dépression.

⁶ Les états dépressifs, p. 58-59, J-L Pedinielli

⁷ Voir Annexe 1 : tableau de Wells

Dans le cadre de cette démarche, ma question principale serait :

En quoi la séparation familiale serait-elle responsable de la dépression des personnes âgées dans le cadre d'un placement et de la représentation que le patient se fait de l'institution ?

- Ne plus être chez soi, perte de repère,
- Vivre en communauté avec des étrangers,
- Sentiment d'abandon,
- Une réactivation des processus psychiques au service d'une rumination très coûteuse.

Quel est alors l'effet du soutien psychologique sur le risque de glissement dans un état dépressif chez la personne âgée ?

III-2 Hypothèses

Hypothèse générale

Il existe un lien entre la dépression et la rupture familiale chez les personnes âgées.

Hypothèse 1 – HO1

La rupture familiale avec le placement en institution serait un facteur de risque d'entrée dans un état dépressif.

Hypothèse 2 – HO2

Un accompagnement psychologique systématique et consenti serait un moyen de soutenir le résident dans sa vie en communauté afin d'accepter cette séparation d'avec la famille pour diminuer le risque de dépression.

III-3 Présentation de la méthodologie

Dans l'optique de faciliter la lecture des études de cas des différents patients, je présente tout d'abord la méthodologie dans son ensemble. Le lecteur pourra ainsi se reporter à ce chapitre autant de fois que nécessaire.

III-3.1 La population

Sur mon lieu de stage, j'ai fait passer des tests et suivi en entretien deux populations différentes :

1. une femme, âgée de 88 ans, diagnostiquée non dépressive à l'entrée en institution.
2. Une femme, âgée de 91 ans, diagnostiquée dépressive après son entrée en institution,
3. Un homme, âgé de 80 ans, diagnostiqué dépressif après son entrée en institution,
4. Un homme, âgé de 96 ans, diagnostiqué dépressif après son entrée en institution.

III-3.2 Les outils

1. Passation du test QD2AG en début de suivi.

Le test est destiné à la détection des sujets présentant une symptomatologie dépressive. Les 13 questions le composant ont été sélectionnées parmi les 52 du questionnaire QD2⁸, qui explore l'ensemble de la symptomatologie dépressive. La forme abrégée est le QD2 A, le QD2AG étant la forme adaptée aux personnes âgées.

Le sujet doit répondre par VRAI ou FAUX. Chaque réponse VRAI vaut un point. La note totale (qui varie de 0 à 13) est le nombre de réponse VRAI.

Une note égale ou supérieure à 7 est le seuil optimal pour affirmer l'existence d'une symptomatologie dépressive cliniquement significative au moment de l'examen. La marge d'erreur est de 10 %

2. Repérage de cinq symptômes cliniques observés lors des premiers entretiens et tirés du DSMIV⁹ pendant une même période d'une durée de deux semaines et ils doivent avoir représenté un changement par rapport au fonctionnement antérieur ; avec au moins un des symptômes suivants : humeur dépressive, perte d'intérêt ou de plaisir.

- humeur dépressive présente pratiquement toute la journée, presque tous les jours, signalée par le sujet ou observée par les autres
- Diminution marquée de l'intérêt ou du plaisir pour toutes ou presque toutes les activités pratiquement toute la journée, presque tous les jours (signalée par le sujet ou observée par les autres)
- Perte ou gain de poids significatif en l'absence de régime, ou diminution ou augmentation de l'appétit presque tous les jours
- Insomnie ou hypersomnie presque tous les jours
- Agitation ou ralentissement psychomoteur presque tous les jours (constaté par les autres, non limité à un sentiment subjectif de fébrilité ou de ralentissement intérieur)
- fatigue ou perte d'énergie presque tous les jours

⁸ Pichot P., 1984.

⁹ APA, Mini DSM IV-TR, critères diagnostics, p. 164

- Sentiment de dévalorisation ou de culpabilité excessive ou inappropriée (qui peut être délirante) presque tous les jours
- Diminution de l'aptitude à penser ou à se concentrer ou indécision presque tous les jours (signalée par le sujet ou observée par les autres)
- pensées de mort récurrentes (pas seulement une peur de mourir), idées suicidaires récurrentes sans plan précis ou tentative de suicide ou plan précis pour se suicider.

3. **Eclairage psychopathologique** : repérage du symptôme, de la relation d'objet, des mécanismes de défenses, du type de fixation et des investissements libidinaux d'après un paradigme psychanalytique issu des écrits de Freud en 1915 « deuil et mélancolie ».

4. **Repérage de la fréquence** de certains mots permettant d'orienter un diagnostic de trouble dépressif.

Les « marqueurs signant la présence de la dépression post-rupture » dans le discours recueilli :

- La négation comme marqueur de dépression selon A. Blanchet¹⁰ versus l'affirmation comme élément de comparaison
- L'emploi du Je et du On dans le discours comme marqueur de dépression repérage d'une confusion représentant la relation d'objet narcissique.

Les résultat pour chacun des sujets sera présenté sous forme de tableau :

	Nombre de mots produits	Résultats en % sur 7 modalisations étudiées
NEGATION		
AFFIRMATION		

Tableau 1 : Résultats des modalisations produites en nombre de mots et en pourcentage pour 2 modalisations sur 7 étudiées.

	Nombre de mots produits	Résultats en % sur 7 modalisations étudiées
JE		
ON		

Tableau 2 : Résultats des modalisations produites en nombre de mots et en pourcentage pour 2 modalisations sur 7 étudiées.

¹⁰ La négation syntaxique, A. Blanchet in Recherche sur le langage en psychologie clinique, p. 20

5. **Repérage des thèmes** du discours du résident permettant de supposer un état dépressif en relation avec la rupture familiale :

- Discours orienté sur la famille dont les mots équivalents sont répertoriés de la manière suivante :
 - ⇒ Enfants
 - ⇒ Famille et hérédité
 - ⇒ Mariage
- Discours orienté sur le temps dont les mots équivalents sont répertoriés de la manière suivante :
 - ⇒ Age
 - ⇒ Dates
 - ⇒ Périodes
- Discours orienté sur les comportements et les sentiments dont les mots équivalents sont répertoriés de la manière suivante :
 - ⇒ Jugements et appréciations
 - ⇒ Sentiments positifs et négatifs
- Discours orienté sur les concepts de vie et de mort dont les mots équivalents sont répertoriés de la manière suivante :
 - ⇒ Vie
 - ⇒ Mort

Les résultat pour chacun des sujets sera présenté sous forme de tableau :

Type de Scénario	Nombre de mots
Gens (dont famille)	
Habitat	
Temps	
Comportements et sentiments	
Concept de vie	
Concept de mort	

Tableau 3 : Résultat de l'analyse thématique par entretien en nombre de mots produits par type de scénario.

La présentation des résultats sera sous forme d'une observation sémiologique et d'une analyse fréquentielle et thématique pour chacun des résidents.

Cette méthode devrait permettrait de vérifier ou non les deux hypothèses précédemment citées.

L'éclairage psychopathologie sous-tendra ces résultats et permettra d'orienter la discussion de ces résultats.

PARTIE II

IV- RESULTATS DE L'ETUDE CLINIQUE

IV-1 LE CAS DE MME A...

IV-1.1 Présentation de Mme A.

Mme A., 88 ans, est entrée à dans l'institution de son propre chef.

A la consultation de son dossier médical, je découvre que Mme A. a été résidente pendant 3 mois dans une autre maison de retraite et que c'est à ce moment-là que sa dépression névrotique a été diagnostiquée. Sous anti-dépresseur depuis lors, les médecins ont écrit qu'elle avait bien retrouvé sa forme, une stabilité psychique et que les malaises d'hypotension avaient diminué.

Lorsque Mme A. est entrée à la maison de retraite, elle était donc sous antidépresseur mais le diagnostic était pour le moins favorable à une guérison rapide. Son traitement n'était plus nécessaire puisqu'elle n'était plus diagnostiquée dépressive. Elle était donc en voie de sevrage.

Les informations ci-dessus m'ont été communiquées seulement après les séances thérapeutiques.

LA RENCONTRE

J'ai rencontré Mme A. très rapidement en début de stage, la psychologue me l'a présentée, sans penser que nous aurions à mener des entretiens cliniques. Mme A., très avenante, est toujours très attachée à la rencontre. Elle manifeste un besoin de contact avec les autres, quels qu'ils soient.

C'est une personne qui va sympathiser avec les résidents aussi bien qu'avec les personnels soignants ou administratifs, son besoin de communiquer est omniprésent.

Lorsqu'elle nous croise, nous devons absolument lui accorder un peu de notre temps. Elle manifeste un besoin d'attention permanent.

LA DEMANDE

Il semblerait que la demande explicite soit venue de la psychologue et de moi-même. La psychologue pensant que Mme A. était tout à fait disposée à accepter des entretiens cliniques.

Nous avons donc offert à Mme A. la possibilité de participer à des entretiens, ce qu'elle a accepté avec une manifestation de joie plus ou moins appropriée. Je crois que cette personne ne demande qu'à être accompagnée, à « remplir » ses journées.

Elle est en effet en permanence en activité, elle participe à tous les ateliers, ne prend pas le temps de faire la sieste, ne peut concevoir une journée sans rien faire, à se détendre, lire ou regarder la télé lui semblent des activités bien ennuyeuses.

Mme A. est une personne qui semble présenter une forme d'hyperactivité, cette semaine encore, l'animatrice nous en faisait la remarque.

Nous avons pensé, la psychologue et moi, que Mme A. manifestait une demande implicite pour combler les parties vides de ses journées, ou bien parce que finalement, elle avait très bien compris ce que ce type d'entretien représentait et elle souhaitait avoir la possibilité de s'exprimer, de parler de son histoire...

EXTRAIT DU PREMIER ENTRETIEN

Nous avons reçu Mme A. pour la première fois dans un cadre peu conventionnel, à savoir « le salon Amande », salon où se passent souvent les réunions, les ateliers...

Pour Mme A., le cadre n'a pas présenté de problème. La psychologue était présente lors de ce premier entretien, mais elle m'a laissé guider cet entretien toute seule.

Mme A. m'a paru très impatiente à l'idée de ce premier entretien, lorsque je suis arrivée ce jour-là, elle m'attendait en salle à manger. Elle m'a fait de grands signes de « peur que je ne la vois pas ». Elle s'est précipitamment levée, et nous sommes allées tout doucement jusqu'à l'ascenseur et dans la pièce où je l'ai reçue. Pendant tout le trajet d'une pièce à l'autre, Mme A. ne cesse de parler, elle semble très excitée, elle commence déjà à raconter.

Ce qui me paraît le plus surprenant, c'est ce paradoxe entre son agitation mentale et sa marche lente pour se déplacer. Mais, quand je dis lente, elle est cependant bien plus rapide que d'autres personnes de son âge. Elle se déplace avec une canne et porte des chaussures orthopédiques bien adaptées.

Concernant Mme A, elle est âgée de 88 ans. Mme A. est la dernière d'une fratrie de 3 enfants, dont un frère et une sœur. Mme A. ne mentionne pas son père lors de l'entretien.

La mère de Mme A. est décédée à l'âge de 98 ans, « lucide ». Mme A. est en admiration devant toutes les personnes qui ont la chance de pouvoir vivre longtemps et de conserver leur lucidité.

Son père était chaudronnier, son frère boucher aux abattoirs.

Mme A. a essentiellement abordé sa vie de femme mariée à un homme aimant, travailleur, gentil. Son mari était serveur dans des restaurants et des salons de thé dansant. Lorsqu'ils partaient en vacances, c'était quand monsieur avait un travail à la montagne ou à la mer, et que sa famille le suivait.

Mme A. n'a jamais travaillé.

Mme A. a un fils âgé de 59 ans, séparé, avec quatre enfants.

Son fils l'appelle tous les soirs, sans jamais oublier.

Mme A. a perdu son mari, il est décédé d'une embolie pulmonaire qui l'a emporté en 15 jours.

Cette perte a été brutale pour elle, même si elle reconnaît que « *c'était mieux pour lui, il n'a pas souffert* ». Elle me dit « *du 3 février au 14 février... ça ne lui a pas fait comme certains... il est parti très vite...* ». Je la relance alors de façon interrogative pour m'assurer de la cohérence de son discours car je sentais une certaine hésitation. C'est le seul moment de l'entretien où j'ai perçu beaucoup de tristesse dans sa voix, j'ai respecté les silences chargés d'émotion de Mme A.

C'est à ce moment là que Mme A. fait le lien avec la maison de retraite, « *je ne l'ai pas bien pris car j'ai pas voulu rester toute seule à la maison...* », « *vivre seule, non, non, non, non !* ».

Elle s'est « *sentie dépressive* ». Mme A. a fait elle-même la démarche de rentrer dans une maison de retraite car sinon il ne lui restait « *que le néant* », selon ses paroles.

Mme A. ne tarit pas d'éloge sur « la maison de retraite ... », « *c'est super, dit-elle. Je fais beaucoup de choses et je comprends que c'est dans mon intérêt, ça me fait du bien. Vous vous rendez compte, si j'étais restée dans le NEANT,.... Après on peut plus parler, plus rien* ».

Elle évoque son passé dans son appartement avec un sourire, sa mémoire est intacte. Sa belle-famille et son voisinage semble avoir été le centre de son existence.

Elle remâche « *j'ai eu la chance d'avoir un gentil mari* » à plusieurs reprises.

Elle aborde ensuite l'histoire de sa famille, de sa mère décédée à 98 ans, et elle explique qu'elle allait s'occuper de sa mère, chez elle sans aide extérieure jusqu'à la fin.

« *Mon mari me disait toujours : fais ton devoir* », alors je la relance de façon interrogative, espérant qu'elle va me préciser comment elle ressentait ce devoir. En fait, elle précise bien que pour elle, ce n'était pas un devoir, et qu'elle se serait occupée de sa mère quelles soient les circonstances. J'ai l'impression à ce moment là que sa vie s'est construite sur un mode de relation anaclitique, forme de relation que l'on retrouve dans sa vie à la maison de retraite, elle s'appuie sur la relation à l'autre et les activités de groupe. Je sens qu'elle a besoin de ça, que c'est indispensable pour sa survie.

« *J'ai eu ce destin de ne pas pouvoir choisir autre chose... vous savez la vie est tracée....* »

Il semble qu'une certaine mélancolie apparaisse dans le ton de sa voix, mais Mme A. ne laisse pas facilement tomber ses défenses. Et je m'en rends compte car, elle répète sans cesse, « *je n'ai pas le droit de me plaindre.... Je suis heureuse... j'ai eu une belle-vie...* » Comme si, elle avait besoin de s'en persuader.

Après une heure d'entretien, il était l'heure du repas pour Mme A. La psychologue et moi-même avons de concert soulevé l'idée d'aller déjeuner pour mettre fin à l'entretien. J'ai, à ce moment-là, proposé à Mme A. de la rencontrer de nouveau le jeudi suivant. Ce qu'elle a immédiatement accepté en me répondant : « *avec grand plaisir, avec grand plaisir* ».

EXTRAIT DU DERNIER ENTRETIEN

Mme A. me reçoit dans sa chambre, elle s'apprête à aller à un atelier de théâtre sur les expressions : « *ça me plait !* » dit-elle en félicitant l'orthophoniste qui anime l'atelier. Elle me surprend en me demandant : « *comment allez-vous ?* ». Peut-être cherche-t-elle à s'éloigner de la discussion. Je la relance alors sur les activités prévues dans la journée. Elle m'explique qu'elle a de la couture à faire « *j'ai la chance que l'on me donne beaucoup de vêtements* ». Elle décide de descendre en salle à manger avec moi. Mme A. est prête et me montre alors son cahier d'écriture qu'elle utilise lorsqu'elle va à l'atelier mémoire. Elle a une écriture encore bien lisible, bien que légèrement tremblante. Elle raconte alors que l'orthophoniste leur fait faire beaucoup d'activités comme le jardinage.

Mme A. est dans une activité permanente, mais elle explique, et revient souvent là-dessus : « *mais vous savez, si je ne faisais pas tout ça, je ne sais pas comment je serais maintenant... ça me maintient en forme* ».

Ce jour-là, elle s'est habillée avec grand soin, a mis du rouge à lèvres, de la poudre sur le visage. Elle semble être très en forme. Je lui en fais la remarque. Elle me dit alors « *mais vous savez, il faut se maintenir, il ne faut pas se laisser aller sinon on....* ». Il me semble alors que l'emploi de ces pronoms personnels sont significatifs. Elle sait qu'elle ne doit pas se laisser aller, pourtant, l'emploi du « il » et du « on » me laisse à penser qu'elle cherche à se conditionner sans s'impliquer vraiment. Elle rejoint alors un mode de relation assez anaclitique, où l'autre est important.

Pour autant, elle semble se débrouiller seule aussi et accompagner les autres dans leurs demandes quotidiennes de relation. Elle dissimule en quelque sorte sa propre conception des relations derrière un air conformiste.

IV-1.2 Recueil de signes

IV-1.2.1 Echelle QD2AG

A la passation de l'échelle de dépression pour personnes âgées¹¹, Mme A. a obtenu un score de deux réponses VRAI sur treize. Si l'on se réfère à l'interprétation des résultats au test QD2AG, Mme A. ne présente pas de symptomatologie dépressive selon Pichot.

IV-1.2.2 Analyse sémiologique

Lors de nos entretiens, Mme A. n'a pas soulevé de remarques concernant les signes cliniques ci-après :

- humeur dépressive présente pratiquement toute la journée, presque tous les jours, signalée par le sujet ou observée par les autres
- Diminution marquée de l'intérêt ou du plaisir pour toutes ou presque toutes les activités pratiquement toute la journée, presque tous les jours (signalée par le sujet ou observée par les autres)
- Perte ou gain de poids significatif en l'absence de régime, ou diminution ou augmentation de l'appétit presque tous les jours
- Insomnie ou hypersomnie presque tous les jours
- Agitation ou ralentissement psychomoteur presque tous les jours (constaté par les autres, non limité à un sentiment subjectif de fièvre ou de ralentissement intérieur)
- fatigue ou perte d'énergie presque tous les jours
- Sentiment de dévalorisation ou de culpabilité excessive ou inappropriée (qui peut être délirante) presque tous les jours
- Diminution de l'aptitude à penser ou à se concentrer ou indécision presque tous les jours (signalée par le sujet ou observée par les autres)
- pensées de mort récurrentes (pas seulement une peur de mourir), idées suicidaires récurrentes sans plan précis ou tentative de suicide ou plan précis pour se suicider.

Mme A. semble ne présenter aucun des symptômes d'un état dépressif majeur.

De mon côté, je n'ai observé aucun de ces signes ni relevé aucun de ces signes lors de nos entretiens.

¹¹ Voir annexe

Au cours du dernier entretien, je constate que Mme A. est toujours dans la même dynamique. Elle n'a aucun signe clinique laissant supposer un état dépressif.

Mme A. a un comportement social très approprié à la situation qu'elle vit. Elle a une capacité d'adaptation appropriée à son mode de vie en institution.

IV-1.2.3 Eclairage psychopathologique

Comme l'a souligné Freud dans l'Abrégé de psychanalyse édité en 1949 pour la première fois, il est « impossible d'établir scientifiquement une ligne de démarcation entre états normaux et anormaux ». Cela me permet de faire le lien avec l'organisation psychique de Mme A. qui pourrait signer un « état anormal », mais qui ne signe pas un « état mélancolique ».

L'analyse de la construction et de l'élaboration du discours de Mme A. me permettent de tenter d'aboutir à une définition de l'organisation psychique de Mme A. :

- Je pense qu'il y a une **relation d'objet anaclitique** qui s'est déplacée sur des substituts qui pourraient être en lieu et place de son époux décédé sur lequel elle s'est toujours appuyée. Cette relation anaclitique persiste avec toutes les personnes qu'elle rencontre dans le cadre de son nouveau mode de vie.
- Dans son discours en général, je ressens une sorte de **peur de l'abandon**, elle n'a pas voulu une chambre seule d'ailleurs. La compagnie des autres résidents la rassure, la peur d'être seule ressort dans son discours. Je ressens son angoisse malgré une forme de rationalisation de son discours. Même dans son histoire, elle n'aborde aucun moment de sa vie qu'elle pourrait avoir passé seule. Il n'apparaît pas une seule fois une histoire où elle est seule, chacune de ses locutions se rapporte à un autre, comme si elle n'avait jamais été seule de sa vie.
- Les défenses de Mme A. seraient plutôt de l'ordre du **déplacement**, son angoisse de mort semble s'être déplacée sur une forme de comportement hyperactif avec une organisation presque obsessionnelle. Lors de mes relances, je m'aperçois qu'il est en effet difficile de faire tomber ses défenses, elle **rationalise** beaucoup, pensant que l'entretien que nous avons ensemble ne peut ou ne doit se borner qu'à raconter de façon monocorde son histoire. Je ne ressens pas chez elle l'envie d'exprimer ses sentiments. Son discours reste essentiellement opératoire. Elle aurait plutôt mis en place un mécanisme de **formation réactionnelle**, contre-investissement dans une attitude autorisée.

- L'angoisse d'être abandonnée se manifeste peut-être dans un **transfert** sur la psychologue qui permet de **remplacer l'autre, le tiers absent**. J'essaie de me servir du contre-transfert comme un outil diagnostique.
- Mes relances peuvent servir le repérage de ses angoisses, des ses ressentis, de ses modes de relation. Les défenses de Mme A. seraient plutôt de l'ordre du déplacement, son angoisse de mort semble s'être déplacée sur une forme de comportement hyperactif avec une organisation presque obsessionnelle.

IV-1.2.4 Analyse fréquentielle

Les résultats de l'analyse fréquentielle de Mme A. montrent :

Premier entretien

	Nombre de mots produits	Résultats en % sur 7 modalisations étudiées
NEGATION	65	28.1
AFFIRMATION	29	12.6

Tableau 4 : Résultats des modalisations produites en nombre de mots et en pourcentage pour 2 modalisations sur 7 étudiées chez Mme A.

	Nombre de mots produits	Résultats en % sur 7 modalisations étudiées
JE	111	31.6
ON	39	11.1

Tableau 5 : Résultats des modalisations produites en nombre de mots et en pourcentage pour 2 modalisations sur 7 étudiées chez Mme A.

Dernier entretien

	Nombre de mots produits	Résultats en % sur 7 modalisations étudiées
NEGATION	33	10.9
AFFIRMATION	94	31.0

Tableau 6 : Résultats des modalisations produites en nombre de mots et en pourcentage pour 2 modalisations sur 7 étudiées chez Mme A..

	Nombre de mots produits	Résultats en % sur 7 modalisations étudiées
JE	159	32.3
ON	46	9.3

Tableau 7 : Résultats des modalisations produites en nombre de mots et en pourcentage pour 2 modalisations sur 7 étudiées chez Mme A..

IV-1.2.5 Analyse thématique

Les résultats de l'analyse thématique de Mme A. montrent qu'elle a construit son discours autour des scénarii suivants :

Premier entretien

Type de Scénario	Nombre de mots
Gens (dont famille)	135
Habitat	47
Temps	45
Comportements et sentiments	35
Concept de vie	7
Concept de mort	5

Tableau 8: Résultat de l'analyse thématique par entretien en nombre de mots produits par type de scénario chez Mme A..

Deuxième entretien

Type de Scénario	Nombre de mots
Gens (dont famille)	148
Habitat	28
Temps	58
Comportements et sentiments	41
Concept de vie	9
Concept de mort	6

Tableau 9: Résultat de l'analyse thématique par entretien en nombre de mots produits par type de scénario chez Mme A..

IV-2 LE CAS DE MME T...

IV-2.1 Présentation de Mme T.

Mme T. est âgée de 91 ans. Mme T. a été admise en maison de retraite fin 2005, un peu avant les fêtes de Noël. Mme T. se trouvait auparavant dans une structure familiale agréée par la DDASS où se trouvait 3 ou 4 résidents. Mme T. a été placée pour la première fois après le décès de son mari et la vente de sa maison.

Mme T. est suivie par son médecin traitant depuis 10 ans, libéral, médecin du quartier dans lequel elle a vécu une grande partie de sa vie.

Son médecin a diagnostiqué un « syndrome anxio-dépressif avec une co-notation névrotique » au moment où Mme T. a été placée en institution, familiale ou non.

Sous anti-dépresseur pendant un temps, Mme T. prend actuellement comme traitement des médicaments concernant une pathologie cardiaque et des antalgiques. Elle a été opérée à plusieurs reprises, la première fois pour un problème aux hanches et ensuite pour un problème organique au niveau gastro-intestinal.

LA RENCONTRE

La rencontre avec Mme T. s'est déroulée au début de mon stage. Mme T. avait participé à un atelier sur la détente musicale que je dirigeais, la psychologue de la maison de retraite n'étant pas formée à cette technique. Au cours de cette première rencontre, Mme T. semblait avoir « le moral », mais surtout un besoin de s'exprimer et de partager. Elle était ravie de pouvoir participer à cet atelier, le seul qui l'intéressait. Sa capacité à se détendre, à pratiquer la visualisation a surpris la psychologue et moi-même. Sa culture lui donne une bonne appréhension et une bonne compréhension de ce type de pratique.

A ce moment-là, j'ai eu l'occasion de proposer à Mme T. de la rencontrer à d'autres moments, en face à face. Elle a immédiatement accepté. Il n'y a donc pas eu de demande explicite de la part de Mme T. mais la rencontre ayant eu lieu dans le groupe, sa demande latente me semblait prégnante.

LA DEMANDE

Du fait que je lui ai proposé de nous rencontrer en dehors de l'atelier de détente musicale, je pourrais dire que la demande explicite n'a été formulée que par la psychologue et moi-même. Cependant, de toute évidence, son travail thérapeutique le jour de l'atelier était une formulation

implicite, latente de cette prochaine rencontre. En effet, dans sa manière de se comporter, de se raconter dans son histoire, Mme T. paraissait chercher le contact et l'expression de ses émotions.

EXTRAIT DU PREMIER ENTRETIEN

« C'est terrible. On se demande si un jour on trouvera un remède... »

C'est ainsi que commence le premier entretien de Mme T. A l'instant où je rentre dans la chambre, je suis surprise par la position de Mme T., elle est allongée sur son lit, semble fatiguée, essoufflée. Elle a une position qui me laisse penser qu'elle n'a pas envie de se lever, ni de bouger. Elle a les bras ballants, la tête posé sur le coussin un peu en arrière.

Au travers de sa première plainte, il semble qu'elle ait immédiatement essayé de se libérer de cette douleur dans son expression, sa plainte verbalisée. Je me rends compte également que l'aide-soignante vient de sortir et qu'elle lui a tenu le même discours sur sa souffrance. A son âge, il est très difficile d'arriver à différencier une souffrance physique réelle d'une souffrance qui tient de l'ordre du psychique. Mais, à ce moment là, je me dis alors que Mme T. est assez théâtrale, et je me souviens que son médecin m'a parlé de cette manifestation hystérique qui la caractérise.

Je me demande alors si Mme T. souffre d'un état dépressif. Ma question est prématurée, mais à la lecture de son dossier qui mentionne l'état dépressif, j'essaie alors de retrouver les signes d'un état dépressif dès le début de mon entretien.

Mme T. m'explique qu'elle souffre d'acouphènes et que c'est particulièrement désagréable d'avoir toujours ces bruits dans les oreilles.

Puis, après m'être présentée à nouveau par crainte qu'elle m'ait oubliée, je lui présente mon travail et j'enchaîne sur une question ouverte : « vous êtes rentrée à à quelle occasion ? »

Elle me raconte alors son histoire et l'anamnèse commence à prendre forme.

« J'étais chez une personne qui M.. N.. et M. celle que vous avez vu à ma table elle était dans sa maison il y avait M. et moi. A cet instant, Mme T. est assez confuse, je ne distingue pas très bien qui son exactement les personnes avec qui elle partageait cette maison familiale. Mais, je retiens surtout le nom de N. qui est une personne âgée se trouvant également à la maison de retraite. Je suis venue là parce dans sa maison à elle, elle a eu l'occasion de changer de maison d'avoir une maison moins chère... »

Mme T. m'explique qu'elle était placée auparavant, avant 2005, dans une maison familiale, et que la personne qui se chargeait d'elle et de deux autres personnes âgées était très bien, très gentille. Elle a donc gardé des souvenirs agréables de cette période et finalement, inconsciemment, doit vraisemblablement comparer cette pension à la maison de retraite dans laquelle elle vit maintenant.

Une maison de retraite qui, au travers de sa dimension, ne peut pas avoir les mêmes modes de fonctionnement. Mme T. semble ressentir plus de solitude depuis qu'elle est ici.

« *Entre-temps j'avais vendu ma maison mon petit-fils et ma belle-fille ont tout fait pour me la faire vendre* » Mme T. énonce avec une certaine amertume ce moment de sa vie, ce moment de séparation d'avec la vie qu'elle menait avec son mari.

« *J'ai accepté de chercher une autre maison* » prononce-t-elle dans un murmure.

« *Ma maison dans le quartier, c'est pas une perte de mémoire c'est à force d'oublier parce que je passe ma vie à essayer d'oublier* ». Mme T. me signifie peut-être à ce moment-là qu'elle ne souhaite pas en parler. Je ne la relance pas, j'attends dans un silence plein qu'elle puisse élaborer sur cette perte.

« *A ..., là ou il y l'église on monte ça fait un angle droit il y a des maisons bd MR, juste en face là où il y a le jardin c'est une cité la cité P. c'était pas grand il devait y avoir une vingtaine de maison c'était bien j'avais un petit jardin j'étais au RDC j'étais bien* ». Finalement, lentement, elle se met à expliquer où se situait sa maison, son lieu de vie, cet endroit regretté que je ressens dans sa voix comme une douleur psychique envahissante. Puis elle arrive à continuer : « *Je suis allée là ici à la maison de retraite comme N. y était aussi* ». N. est une personne âgée avec qui elle vivait dans cette « maison familiale » et où elle se trouvait mieux qu'à la maison de retraite. Mme T. me donne à cet instant la sensation qu'elle n'est venue ici que parce que son amie s'y trouvait, pour éviter de vivre une nouvelle séparation.

« *Ca s'est passé assez vite* » dit-elle dans un soupir. Ce soupir me fait alors penser qu'elle est peut-être aussi perturbée par la façon dont les choses se sont passées. Effectivement, elle rajoute : « *J'ai pas voulu faire de scandale je voulais garder mon petit-fils et je suis partie pour ici* ».

« *C'est pas bien de sa part à mon petit-fils depuis Noël je l'ai plus vu. Pour le jour de l'an il m'a téléphoné pour me souhaiter la bonne année.*

« *Je peux pas venir Marraine j'ai du travail* » je lui en voulais pour ma maison il a vendu de mon vivant. *C'était mon filleul et mon petit-fils en même temps* »

Mme T. parle de son petit-fils au passé, comme s'il n'était plus là, comme si elle l'avait perdu. Une nouvelle séparation, une nouvelle perte pour elle.

Puis elle glisse tout doucement de la perte de sa maison à la perte de son mari. Elle le raconte de son vivant : « *Surtout que mon mari était sculpteur sur marbre et il avait arrangé cette maison magnifiquement mais seulement voilà il est mort j'ai tout perdu j'ai tout perdu quand il est mort* ».

« *La mort de mon mari m'a tuée* », Mme T. vit ce deuil comme sa propre mort.

Je lui demande alors en quelle année son mari est décédé, « *En 1998, ça va faire 10 ans le 15 mai de cette année* », là encore, je ressens cette douleur qui la taraude, qui l'étreint et qui me fait penser

à ces douleurs dont elle se plaint régulièrement, comme si elle devait souffrir pour se donner le droit d'avoir survécu à son mari.

« Mon Dieu qu'il était gentil, qu'il était gentil, mais seulement, là, ma vie de femme elle est triste », encore une fois, la tristesse ramène à une forme de mélancolie qui accompagne son fonctionnement psychique au quotidien. Elle parle avec des sanglots dans sa voix. Je respecte pendant quelques instants ce silence pour lui montrer que je suis là pour l'écouter, que cet espace de parole est pour elle, pour l'aider à symboliser. Le symbolisé pourrait lui permettre d'éviter des moments de somatisation, d'agressivité envers le personnel. Ma fonction est peut-être aussi contenante à ce moment-là, un moyen pour Mme T. d'éviter de se répandre.

Mme T. enchaîne sur sa vie de femme et me raconte qu'elle a été mariée une première fois, à l'âge de 19 ans, et a fait des études de droit. Mme T. me dit alors qu'elle n'est pas française, qu'elle est née aux Seychelles, elle a vécu à Madagascar. Sa mère était bretonne. Elle est donc anglaise de naissance, et toute sa famille, sauf sa mère, était anglaise.

En arrivant en France, Mme T. a eu des difficultés pour trouver du travail car elle était anglaise, en se mariant, elle a eu la nationalité française et a pu travailler.

« C'est par mariage que je suis devenue française . A cette époque j'étais anglaise. Mon vrai père il est mort mais ma mère l'a plus voulu ».

Je découvre alors que Mme T. a connu son père biologique. Il est décédé assez jeune et après avoir divorcé. Mme T. a donc vécu avec lui jusqu'à l'âge de 9 ans, et, a été adoptée à l'âge de 15 ans par son beau-père. Je me dis alors que cette adoption et ce déracinement ont du avoir une incidence sur sa vie de femme.

Elle est venue en France au début de son adolescence et a fait ses études en France.

« La Préfecture m'a dit que je vous envoie en Angleterre pendant 5 ans, et dans 5 ans vous êtes française lorsque vous revenez dans le pays. Et alors, on pourra vous embaucher.

Mais ça m'embêtait, j'étais tellement déçue que j'ai pleuré tout le long de la rue de Rome, de la préfecture à la Canebière et il y avait des agents de police qui faisait la circulation.

Il y en a un qui m' a demandé : « où allez vous mademoiselle ? ». Je vais chez moi, et ce monsieur m'a raccompagné. Il me connaissait, m'avait déjà remarqué, et on s'est marié à 18 ans. »

« C'était un policier mauvais il était d'une jalousie féroce il me frappait c'est épouvantable ce que j'ai passé avec cet homme ».

C'est alors que je prends conscience que Mme T. a vécu une partie de sa vie de femme avec cet homme violent qui la maltraitait. J'essaie de relancer pour qu'elle puisse élaborer sur cette souffrance, mais je n'en ai pas le temps, Mme T. se livre d'elle-même.

« Gilbert est revenu de sa promenade en colère il avait 7 ans je n'ai plus de papa qu'il vienne plus chez mamie on vient de s'apercevoir il avait une autre femme il veut me donner une autre maman mais il est fou ». Surprise par le prénom, alors que Mme T. n'a mentionné que très peu de noms jusque-là, je laisse Mme T. continuer, comprenant dans son discours les événements sur un axe véritablement diachronique.

« Moi contente parce que dans le fond c'était un poids que je pouvais pas me défaire je voulais pas divorcer cette fois c'était fini. Je me disais qui c'est s'il n'aura pas besoin de son père (elle revient alors son fils)

Le docteur est venu il savait que j'étais battu il me disait « divorcez... divorcez » ce jour là il ne vous inquiétez pas je vais vous aider ».

Je suis saisie par ce regain d'énergie qu'elle manifeste en racontant ce moment de sa vie. Je ressens là le soulagement qu'elle a vécu au moment de ce divorce. La séparation ayant pu provoquer une angoisse de perte alors, mais, manifestement, des mécanismes ont alors du se mettre en place. Elle a réussi à faire face à la situation, et reprenant sa vie en main, est allée s'installer chez sa mère. Quelques années plus tard, elle rencontre son deuxième mari, avec qui elle a vécu 49 ans de bonheur.

Mme T. souffre toujours de la disparition de son mari. Et, pour faire lien peut-être, elle raconte la rencontre entre son fils et son futur mari « *Et mon fils, lui, était malin... parce qu'il avait une marbrerie, lui... et le petit passait devant pour aller à l'école et il l'appelait... alors il faisait marcher sa machine, et il lui disait « tu sais si tu cherches un papa... ».* Je vois alors le plaisir que Mme T. ressent à retrouver ces moments de vie.

Mme T. enchaîne sans que je la relance « *Il est mort en 98, 49 ans avec moi. Il était à l'hôpital quand...* ». « *Je devrais être morte...* » Je fais alors le lien avec une lecture d'article de Clément « Comment les individus vieillissants s'expriment-ils sur la mort ? Comment évoquent-ils non seulement leur devenir de mortel, mais aussi la mort des autres ? »¹²

Un silence s'installe quelques instants. Je profite ensuite de faire une relance pour ramener ses pensées vers sa vie à la maison de retraite : « *Comment vous vous sentez depuis que vous êtes ici ?* » A ce moment là, ma question est basée sur l'idée que Mme T. étant dépressive depuis qu'elle est entrée en institution, la séparation d'avec sa famille y est sûrement pour quelque chose.

« *Mal. C'est malheureux, mais je vous dis franchement, je me sens pas bien ici. Je sais pas pourquoi. J'ai plus personne, j'ai plus de mère, j'ai plus de père, j'ai pas de sœur, pas de frère...j'ai plus de tante, j'ai plus personne ! Je ne suis plus rien ! Alors, j'aime mieux vous dire que j'ai qu'un fils... et ce fils, c'est tout pour moi, il lui arriverait quelque chose, je ne sais pas ce*

¹² Clément, S. (2007). *Le discours sur la mort à l'âge de la vieillesse*, Retraite et société 2007/3, n°52, p. 63-81.

que je ferais. Et mon fils prenait mon deuxième mari pour son père... c'est affreux ! C'est affreux ! J'ai des hauts et des bas... eh oui, des hauts et des bas. »

A ce moment-là, je sens que Mme T. me signifie la fin de l'entretien. Elle semble plus fatiguée. Il est temps pour moi de me retirer. Je lui propose alors de revenir la voir la semaine suivante, le même jour, elle acquiesce avec un sourire et notre entretien se termine.

IV-2.2 Recueil de signes

IV-2.2.1 Echelle QD2AG

A la passation de l'échelle de dépression pour personnes âgées, Mme T. a obtenu un score de onze réponses VRAI sur treize. Si l'on se réfère à l'interprétation des résultats au test QD2AG, Mme T. a obtenu un total de 11 réponses VRAI. Ce résultat étant supérieur au seuil optimal de 7, je peux émettre l'hypothèse de l'existence d'une symptomatologie dépressive.

IV-2.2.2 Analyse sémiologique

Lors de nos entretiens, Mme T. a soulevé des remarques concernant les signes cliniques ci-après :

- humeur dépressive présente pratiquement toute la journée, presque tous les jours, signalée par le sujet ou observée par les autres : « *je me sens pas bien ici* ». Mme T. dit qu'elle se sent mal, triste, seule, dit qu'elle se sent abandonnée, regrette l'époque où elle travaillait, et de ne pas voir son fils plus souvent.
- Diminution marquée de l'intérêt ou du plaisir pour toutes ou presque toutes les activités pratiquement toute la journée, presque tous les jours (signalée par le sujet ou observée par les autres). Mme T. dit qu'elle ne veut pas participer aux activités. J'ai constaté que Mme T. ne participait à aucune activité et qu'elle ne le souhaitait pas.
- Perte ou gain de poids significatif en l'absence de régime, ou diminution ou augmentation de l'appétit presque tous les jours
- Insomnie ou hypersomnie presque tous les jours
- Agitation ou ralentissement psychomoteur presque tous les jours (constaté par les autres, non limité à un sentiment subjectif de fébrilité ou de ralentissement intérieur). Mme T. est souvent alitée dans la journée.

- fatigue ou perte d'énergie presque tous les jours : à chaque rencontre, Mme T. se rend compte qu'elle n'a plus de force. je la trouve souvent alitée, se plaignant de douleurs somatiques.
- Sentiment de dévalorisation ou de culpabilité excessive ou inappropriée (qui peut être délirante) presque tous les jours. « *Je ne suis plus rien !* »
- Diminution de l'aptitude à penser ou à se concentrer ou indécision presque tous les jours (signalée par le sujet ou observée par les autres)
- pensées de mort récurrentes (pas seulement une peur de mourir), idées suicidaires récurrentes sans plan précis ou tentative de suicide ou plan précis pour se suicider. « *je devrais être morte* ». Mme T. parle de sa propre mort.

Mme T. semble bien présenter les symptômes d'un état dépressif majeur avec six symptômes dont l'humeur dépressive et la perte d'intérêt.

IV-2.2.3 *Eclairage psychopathologique*

L'analyse de la construction et de l'élaboration du discours de Mme T. me permettent d'aboutir à la définition de l'organisation psychique de Mme T. :

- Mme T. a toujours été une femme de caractère, avec une profession valorisante. Elle semble se sentir diminuée, sa dépendance doit lui donner une forme d'**angoisse de castration**, un sentiment de perte de sa toute-puissance. Cela doit être certainement pour elle une forme de sentiment de privation de ce qu'elle était autrefois, et l'institution pourrait représenter le père symbolique, serait-ce le premier mari qui la faisait souffrir sur le plan physique mais aussi sur le plan psychique ?
- Je crois que Mme T. au travers de toutes ses paroles agressives vis-à-vis du personnel ou de certaines personnes de sa famille cache une **blesse narcissique** intense. N'oublions pas que Mme T. avait une profession valorisante, à responsabilité.
- Mme T. a tendance à vivre sa relation à l'autre de manière **duelle**. Ainsi, j'ai supposé que, pour reprendre le concept de Lacan, il peut y avoir une problématique à soulever au niveau du stade du miroir, phase décisive pour l'affirmation de l'identité, déterminante pour la structure narcissique du Moi.
- Elle se comporte avec son fils comme si elle vivait une **régression** à l'enfance au travers d'une **identification**, le fils devient le père, et Mme T. redevient enfant avec le père. Il se pourrait que Mme T. utilise la **dénégation** comme procédé par lequel elle exprime un désir,

une pensée, un sentiment jusqu'ici refoulé tout en se défendant, en niant qu'il lui appartienne. C'est une négation de précaution qui met en fait l'accent sur ce qui est important: "*je vais vous dire ce que je ne suis pas*" (c'est en fait ce que je suis). Elle présente son être sur le mode de n'être pas. Il y a une certaine acceptation du refoulé qui subsiste cependant sous la forme de négation. La dénégation est un moyen de prendre connaissance du refoulé, une sorte d'admission intellectuelle avec une inadmission affective. Le Moi est en méconnaissance dans la connaissance. Répugnance à s'identifier à ce qu'on vient de dire. Mme T. se raconte avec une image qui ne lui ressemble pas, qui n'est pas ce qu'elle s'est toujours représentée d'elle-même autrefois. Mme T. semble avoir **déplacé** son investissement sur son fils, seul personne qui lui reste, après la mort de son mari.

IV-2.2.4 Analyse fréquentielle

Les résultats de l'analyse fréquentielle de Mme T. montrent :

Premier entretien

	Nombre de mots produits	Résultats en % sur 7 modalisations étudiées
NEGATION	48	29.1
AFFIRMATION	2	1.2

Tableau 10: Résultats des modalisations produites en nombre de mots et en pourcentage pour 4 modalisations sur 7 étudiées chez Mme T..

	Nombre de mots produits	Résultats en % sur 7 modalisations étudiées
JE	153	46.1
ON	10	11.1

Tableau 11: Résultats des modalisations produites en nombre de mots et en pourcentage pour 4 modalisations sur 7 étudiées chez Mme T.

IV-2.2.5 Analyse thématique

Les résultats de l'analyse thématique de Mme T. montrent qu'elle a construit son discours autour des scénarii suivant :

Type de Scénario	Nombre de mots
Gens (dont famille)	65
Habitat	28
Temps	42
Comportements et sentiments	32
Concept de vie	4
Concept de mort	8

Tableau 12: Résultat de l'analyse thématique par entretien en nombre de mots produits par type de scénario chez Mme T..

IV-3 LE CAS DE Mr Pa...

IV-3.1 Présentation de Mr Pa.

Mr Pa. a été admis à la maison de retraite en août 2005 après avoir fait un séjour dans une clinique de soins. Mr Pa. souffre de fibrillation auriculaire et est donc sous traitement.

Le médecin coordonnateur de la maison de retraite est également le médecin traitant de Mr Pa. Il se trouve que le médecin coordonnateur n'a pas suffisamment laissé d'informations à ma disposition concernant l'état de santé de Mr Pa. En dehors de son traitement médicamenteux pour ses pathologies cardio-vasculaires, Mr Pa. est sous antidépresseur et anxiolytique.

LA RENCONTRE

A l'occasion d'une de nos visites auprès de certains résidents, la psychologue de l'institution m'a présenté Mr Pa. Dans sa chambre, alité, Mr Pa. semblait fragile et « usé ». Il a accepté de nous recevoir pour un entretien à condition qu'il puisse rester couché. Bien entendu, cela nous était difficile de lui refuser. Une fois les présentations faites, l'entretien clinique théoriquement dit commençait. Mr Pa. n'est pas très éloquent dans son discours. J'ai eu la sensation alors qu'il avait accepté simplement pour nous faire plaisir ou pour passer un moment.

Il m'a semblé que, pour lui, c'était un effort que de se raconter dans sa vérité. Il ne nous a certainement pas tout dit, mais il a essayé, il s'est livré peu à peu.

LA DEMANDE

Concrètement, la demande de Mr Pa. est finalement de pouvoir exprimer ce qu'il ressent profondément, sa tristesse et son ennui. Pourtant, lors de notre première rencontre, il n'était pas forcément disposé à se livrer. Alors, cette demande est bien implicite, elle est la manifestation de son désir inconscient de se raconter, de s'exprimer au travers de mots.

EXTRAIT DU PREMIER ENTRETIEN

Lors de ce premier entretien, je visitais Mr Pa. dans sa chambre, il était alité malgré l'heure tardive. Il était environ onze heures, et, généralement, les résidents sont prêts à aller en salle à manger pour leur repas qui est servi à midi. Il me semble que Mr Pa. est une personne dépendante et qu'il ne peut se lever qu'avec l'aide d'une personne et circule dans l'établissement en fauteuil roulant. Après m'être présentée ainsi que la psychologue de la maison de retraite, je demande à Mr Pa. depuis quand il est à la maison de retraite, il me répond : « *Il y a plusieurs mois mais vous dire combien de mois je sais pas* », comme s'il voulait me signifier dès le début de l'entretien que sa mémoire n'était pas tout à fait sûre. Il rajoute d'ailleurs : « *A peu près* ». La psychologue enchaîne en lui disant : « *vous venez d'avoir 80 ans ?* », elle a vu un dessin de ses arrières petits-enfants sur le mur lui souhaitant un joyeux anniversaire pour ces 80 ans. « *.... Oui je viens d'avoir c'est ça 80 ans* » dit-il d'un ton monocorde. Je m'autorise à penser qu'il est peut-être simplement dans la confirmation de ce que l'on dit, mais qu'il n'est pas sûr du tout de ses affirmations.

Je vois des photos sur les murs et je lui demande si ce sont ses arrières petits-enfants,

« *Exactement* ».

Après lui avoir demandé comment il se sentait dans la maison de retraite, il répond « *pas bien* », « *c'est normal que je me sente pas bien, trop de mouvements* ».

Contrairement à Mme T., je dois systématiquement relancer pour que Mr Pa. parle. Il peut se murer dans le silence pendant plusieurs minutes, le regard dans le vide, malgré notre présence. En réponse à mes questions, il m'explique qu'il a deux garçons et deux filles, mais qu'ils ne viennent pas tous le voir. Un de ses fils, P. vient le voir souvent. Il semble qu'il ne puisse pas se rappeler réellement des filiations. Il confond ses arrières petits-enfants avec ses petits-enfants. Il est donc difficile de comprendre le lien qui l'unit à sa famille. Il finit par nous confirmer que ce sont bien ses arrières petits-enfants, donc les petits-enfants de sa fille. Pendant de longues minutes, la psychologue et moi

le relançons sur sa famille, surtout ses enfants. Il reste dans le mutisme. J'ai du mal à savoir s'il s'agit d'un véritable mutisme ou bien s'il a des difficultés à parler car ça le fatigue. Puis, je remarque des calendriers dans la chambre, je tente une relance sur un autre sujet : « *vous avez beaucoup de calendriers !, vous aimez les calendriers ?* ». Et là, il semble manifester de l'attention et dit : « *Non, pas tellement moi c'est mon épouse elle m'apporte les calendriers alors je les conserve* ». La psychologue lui demande s'il a eu son épouse au téléphone, il répond : « *mon épouse, oui, mais en ce moment elle est fatiguée, elle a la maladie d'Alzheimer* ». Ce qui me surprend chez Mr Pa., c'est qu'il ne semble pas manifester de sentiment sur le plan émotionnel, il a une sorte de froideur affective. Entre chacune de mes relances, il y a beaucoup de silence. Mr Pa. ne semble pas arriver à déposer dans cet espace, peut-être est-il gêné que nous soyons deux personnes.

Après nous avoir expliqué que sa femme est toujours à son domicile mais que quelqu'un s'occupe d'elle, j'apprends par la psychologue qu'il est séparé. Il a donc gardé un lien affectif avec son ex-épouse qui vient le voir régulièrement. Il semblerait que sa famille vienne le voir régulièrement à tour de rôle.

Nous lui faisons également passer le test QD2AG durant ce premier entretien, compte tenu de ses difficultés physiques. Sa position allongée ne favorisant pas l'écriture.

Au cours des relances, je lui demande où il habitait dans M... et il n'arrive pas à se souvenir du nom de la rue, mais seulement du nom du quartier. Je me demande alors si son oubli est de l'ordre du psychopathologique ou d'une altération de la mémoire.

Mr Pa. au cours de l'entretien dit « *depuis que je suis ici, ça va pas* ». La psychologue lui demande s'il se sentait plus heureux avant, il répond « *légèrement, mais ici, c'est devenu énorme, énorme* ».

« *Les conversations avec ma famille m'ennuient* » cette affirmation me laisse perplexe et je reformule ce qu'il dit pour être sûre qu'il voulait bien dire ça. A ce moment là, il y a très long silence, un sourire. Un sourire qui me semble me dire « *vous comprenez très bien ce que je veux dire* ».

Il précise plus tard : « *j'ai brusquement des absences d'envie de sourire, et je ne sais pas pourquoi* ». Sa plainte se lit dans les absences de mimiques également, il paraît figé dans une position, comme une statue, comme s'il ne pouvait même plus penser. Je me demande alors si son esprit travaille dans ces instants. Cependant, aucune information dans son dossier ne laisse supposer une démence.

Mr Pa. explique aussi qu'il ressent un sentiment de culpabilité, de gêne, et une baisse de moral. Il précise qu'il a souvent le cafard. Je lui propose de m'expliquer pourquoi il a ce sentiment de culpabilité, il répond : « *non, je ne peux pas vous l'expliquer, je ne sais pas pourquoi... je m'arrête souvent dans les conversations, je ne sais pas pourquoi.... Avec mon entourage, avec mes*

proches.... ». Il essaie d'expliquer que ce n'est pas certain que ce soit de la culpabilité, mais dit-il « *ça m'arrive* ». Je suppose alors qu'il n'est pas dans des conditions où il peut, ou veut tout dire.

La psychologue qui mène l'entretien avec moi lui demande « *vous avez dit : je ne suis pas heureux, moi* », elle rajoute : « *votre famille vous manque ?* », la réponse ne se fait pas attendre. Il s'exclame : « *oui !* ».

Pourtant, son discours me paraît dissocié à certains moments : il dit que ce qui aurait pu le rendre heureux serait « *une autre petite famille* ». Ce paradoxe me laisse pantoise. Il continue : « *celle que j'ai, celle que j'ai elle m'intéresse pas beaucoup* ».

Je relance en tentant de comprendre de qui il parle précisément : « *pas forcément des enfants, mais de l'entourage* ». Et les relances suivantes n'apporteront rien de bien clair. Il précise simplement qu'il n'a pas de frère et sœur. Il explique enfin qu'il a vécu à Paris jusqu'à 22 ans, mais qu'il est né à Oran, qu'il a vécu à Nice. Son discours est désorienté au niveau temporel. Mais il manifeste le besoin de parler, et je le laisse s'exprimer pendant un long moment, sans intervenir. Je hoche la tête de temps en temps pour qu'il sache que je l'écoute et que je suis là.

« *Quand j'étais jeune homme j'habitais seul à Paris, j'avais une chambre de boniche et je me débrouillais... Que je parte à l'armée, jusqu'à 22 ans* ». « *Mes parents non je les ai pas beaucoup connus* ». « *J'analysais ma vie je sentais qu'il y avait quelque chose qui n'allait pas...* ». Dans cet énoncé et cette énonciation, je retiens surtout qu'il n'a pas beaucoup connu ses parents et qu'il a tendance à parler d'analyse de sa vie de manière paradoxale puisqu'il ne délivre pas ce qui ne va pas, et qu'il cherche à nous dire qu'il ne sait pas ce qui ne va pas. Au niveau de son langage, j'émettrais l'hypothèse d'une négation syntaxique qui pourrait être plus positive, selon A. Blanchet¹³, qu'une négation lexicale.

« *A cette époque là déjà... Il y avait un trou... Un trou je veux dire qu'il y a une cassure dans ma jeunesse que je n'ai pas pu surmonter* ». Mr Pa. cherche à me dire quelque chose de l'abandon dans cette phrase. Il semble qu'il est vécu ce trou de manière consciente. Je ne peux pas m'empêcher de penser que ce trou ressemble à un refoulement.

« *Oui j'étais jeune ça s'est passé entre 17 ans et 22 ans Toutes ces années là j'étais seul, c'est pas une cassure j'étais habitué à être seul* ». Il me dit là qu'être seul était habituel mais qu'il ressentait néanmoins une cassure. Laquelle ? avec qui ?

Cet entretien s'est terminé à ce moment là car une aide-soignante est rentrée dans la chambre pour venir le chercher pour son déjeuner. Nous avons convenu de nous revoir avec son accord.

¹³ La négation syntaxique, A. Blanchet in Recherche sur le langage en psychologie clinique, p. 20

IV-3.2 Recueil de signes

IV-3.2.1 Echelle QD2AG

A la passation de l'échelle de dépression pour personnes âgées, M. Pa. a obtenu un score de huit réponses VRAI sur treize. Si l'on se réfère à l'interprétation des résultats au test QD2AG, Mr Pa. a obtenu un total de 8 réponses VRAI. Ce résultat étant supérieur au seuil optimal de 7 avec une marge d'erreur de 10 %, je peux émettre l'hypothèse de l'existence d'une symptomatologie dépressive.

IV-3.2.2 Analyse sémiologique

- humeur dépressive présente pratiquement toute la journée, presque tous les jours, signalée par le sujet ou observée par les autres : « *je ne suis pas heureux moi* » dit-il lors du premier entretien. Il me dit que sa famille lui manque lors d'une de mes relances
- Diminution marquée de l'intérêt ou du plaisir pour toutes ou presque toutes les activités pratiquement toute la journée, presque tous les jours (signalée par le sujet ou observée par les autres) : « *j'ai des absences d'envie de sourire* » explique-t-il pour justifier sa perte d'intérêt.
- Perte ou gain de poids significatif en l'absence de régime, ou diminution ou augmentation de l'appétit presque tous les jours
- Insomnie ou hypersomnie presque tous les jours
- Agitation ou ralentissement psychomoteur presque tous les jours (constaté par les autres, non limité à un sentiment subjectif de fébrilité ou de ralentissement intérieur) : Les aides-soignantes remarquent qu'il refuse de se lever.
- fatigue ou perte d'énergie presque tous les jours : est très souvent dans son lit.
- Sentiment de dévalorisation ou de culpabilité excessive ou inappropriée (qui peut être délirante) presque tous les jours : Mr Pa. culpabilise de penser qu'il aurait aimé avoir « *une autre petite famille* ».
- Diminution de l'aptitude à penser ou à se concentrer ou indécision presque tous les jours (signalée par le sujet ou observée par les autres) : Mr Pa. a du mal à trouver ses mots et à se concentrer sur une conversation
- pensées de mort récurrentes (pas seulement une peur de mourir), idées suicidaires récurrentes sans plan précis ou tentative de suicide ou plan précis pour se suicider.

Mr Pa. semble bien présenter les symptômes d'un état dépressif majeur avec six symptômes dont l'humeur dépressive et la perte d'intérêt.

IV-3.2.3 Eclairage psychopathologique

L'analyse de la construction et de l'élaboration du discours de Mr Pa. me permettent d'aboutir à la définition de l'organisation psychique de Mr Pa. :

- Mr Pa. a du être un homme assez indépendant. Il semble se sentir diminué comme Mme T., sa dépendance doit lui donner une forme d'**angoisse de perte**, un sentiment de perte de sa toute-puissance. Au même titre qu'il a vécu une partie de son enfance sans ses parents, il semble présenter ce sentiment d'abandon après une véritable « *cassure dans ma jeunesse que je n'ai pas pu surmonter* ».
- Mr Pa., de par sa façon de s'exprimer, semble rechercher une forme de solitude, malgré cette angoisse de perte.
- Mr Pa. semble avoir une relation d'objet ambivalente avec son entourage. Il aurait aimé avoir une autre petite famille mais il est content de leur visite. Ce paradoxe l'accompagne certainement dans d'autres relations.
- Mr. Pa. semble avoir **refoulé** certains de ses souvenirs, un mécanisme de défense courant pour ne pas avoir à souffrir de certains évènements qu'il aurait pu vivre dans son enfance.

IV-3.2.4 Analyse fréquentielle

Les résultats de l'analyse fréquentielle de Mr Pa. montrent :

Premier entretien

	Nombre de mots produits	Résultats en % sur 7 modalisations étudiées
NEGATION	62	34.3
AFFIRMATION	47	26

Tableau 13: Résultats des modalisations produites en nombre de mots et en pourcentage pour 2 modalisations sur 7 étudiées chez Mr Pa.

	Nombre de mots produits	Résultats en % sur 7 modalisations étudiées
JE	86	82.7
ON	1	1

Tableau 14: Résultats des modalisations produites en nombre de mots et en pourcentage pour 2 modalisations sur 7 étudiées chez Mr Pa.

IV-3.2.5 Analyse thématique

Les résultats de l'analyse thématique de Mr Pa. montrent qu'elle a construit son discours autour des scénarii suivant :

Type de Scénario	Nombre de mots
Gens (dont famille)	23
Habitat	4
Temps	17
Comportements et sentiments	15
Concept de vie	4
Concept de mort	0

Tableau 15: Résultat de l'analyse thématique par entretien en nombre de mots produits par type de scénario chez Mr Pa.

IV-4 LE CAS DE Mr Pe...

IV-4.1 Présentation de Mr Pe.

Mr Pe., âgé de 95 ans, a été admis en maison de retraite en juin 2005 après un diagnostic de la maladie de Parkinson modérée. Lorsqu'il est admis, Mr Pe. ne présente pas de syndrome dépressif.

LA RENCONTRE

Lorsque je rencontre Mr Pe. pour la première fois, c'est à la suite de la demande de son petit-fils. Il nous a sollicité car son grand-père fait beaucoup de cauchemars qui le réveillent la nuit et

l'empêchent de se rendormir. Mr Pe. est donc physiquement fatigué selon lui, car il ne dort pas assez.

Je vais le rencontrer la première fois dans la salle à manger de l'institution car Mr Pe. ne peut pas et ne veut pas se déplacer. J'ai eu quelques difficultés pour mener l'entretien car je devais penser à conserver une certaine discrétion vis-à-vis des autres et le faire parler assez fort pour que je comprenne. Mr Pe. a une voix très faible.

EXTRAIT DU PREMIER ENTRETIEN

Je demande à Mr Pe. qu'il me parle de ses cauchemars, il va immédiatement raconter ce qui se passe pour lui au moment de ces cauchemars récurrents et ce qui s'est passé dans sa vie.

« *C'est un drame.* » s'exclame-t-il en parlant de ces cauchemars. Je lui demande alors depuis quand il fait ces cauchemars. Il répond « *Depuis mon enfance* », mais en fait, il dira plus tard que ses cauchemars ont commencé à l'âge adulte.

Moi : « Vous faites toujours les mêmes cauchemars ? »

Mr Pe. « *Ah non, c'est n'importe quelle bêtise. Ces des gens que j'ai connus qui sont morts y a longtemps* ». « *Et j'ai peur, ça me réveille. Voilà.* »

Je lui demande alors de me raconter un peu son enfance afin de mieux comprendre d'où peuvent provenir ces cauchemars.

Il explique tout d'abord que sa mère est morte quand il était enfant, qu'il a très peu connu son père « *un ivrogne que je ne voyais que de temps en temps, par période* ».

« *J'ai eu une mauvaise enfance. J'ai perdu ma mère tout jeune je l'ai pas connue et après je suis passé à la mode corse chez des tantes, chez des oncles* ».

Pour essayer de mieux comprendre ce qui aurait pu être de l'ordre d'un traumatisme dans son enfance, je lui demande s'il se sentait bien dans cette famille. Il réplique alors : « *Oui, ils étaient tous gentils* ».

Il raconte qu'il est parti à Marseille, tout seul, à l'âge de 14 ans.

« *Je suis né à Marseille, la cousine qui m'a menée à Marseille était postière, elle a été obligée de partir en Corse. Ce qui s'est passé elle est morte. C'est là que j'ai eu peur.* »

« *J'avais peur je crois que j'ai vu mourir ma cousine. Elle avait une histoire elle était obligé de partir en corse après elle est morte* ».

« *Je suis pas sûr mais je crois que ça m'a donné un choc* »

J'essaie de savoir comment est morte cette cousine qu'il affectionnait particulièrement. Il m'explique : « *Fausse couche je crois. J'en sais rien j'avais..., j'étais petit* »

« Elle m'avait eu tout petit. Voilà. Elle était très sévère, une personne très bien... ». Je comprends alors que ce qu'il avait trouvé chez cette cousine, c'était une forme de contenance, même si la sévérité en faisant partie, c'était une représentation d'une mère symbolique, mère qu'il avait perdue. Pour que je puisse mieux comprendre son histoire, il précise : « *Après je suis monté chez mon père, il buvait et tout ça et je suis parti à 14 ans sur Marseille et là j'ai fait ma vie comme j'ai pu* ».

Il explique « *qu'à ce moment-là, on trouvait du travail. Des petits travaux, du travail de manœuvre. Jusqu'à 20 ans... non... jusqu'à 18 ans je suis resté comme ça et à 18 ans je me suis engagé dans l'armée coloniale* ».

La psychologue qui est avec moi en entretien lui pose des questions pour mieux situer son histoire. Ce qui gêne un peu l'expression de la subjectivité, car elle maintient le patient dans un discours très opératoire.

Il raconte les conditions dans lesquelles il devait vivre à cette époque : « *Dans des chambres à 3 ou 4, des hôtels. A midi je mangeais ce que je pouvais et le soir je végétais quoi* ». Il semble raconter ça avec une certaine distance, comme s'il n'avait pas été forcément affecté par cette période de sa vie, mais je ressens une forme de résignation.

« *Le rêve que j'avais c'était d'être colonel. Alors qu'à la comptabilité, dans le civil, je peux me faire une autre carrière C'est ce que j'ai fait. Je suis rentré les huiles Mobil oil.* » Il explique comment de l'armée où il n'a pas réalisé son rêve, il est revenu à la vie civile en se construisant une carrière dans la comptabilité. Il revient tout de même sur sa vie à l'armée et sur les voyages qu'il a fait au cours de cette période : « *J'ai fait six ans en Chine pendant la période de l'armée, 3 ans au Sénégal là j'étais marié* ».

La psychologue lui demande en quelle année il s'est marié. Il se souvient qu'il avait « *27 ans, à peu près.* »

Il était alors toujours dans l'armée, mais il l'a rencontré dans son village.

Il fait immédiatement le lien avec sa belle-sœur qui lui rend encore visite et qui est plus âgée que sa femme décédée, Colette.

« *Colette ne m'a jamais quitté, elle m'a suivi partout.* » Je retiens là l'importance que sa femme ne l'ai jamais quitté. Il a du vivre déjà deux deuils, celui de sa mère et celui de sa cousine.

La psychologue enchaîne en lui demandant combien il a d'enfants. Il explique qu'il a « *une fille unique, Monique, elle a attrapé une mauvaise maladie, une maladie courante. Elle est perdue, en ce moment elle est en maison de repos. C'est ça le cancer avec toutes les souffrances qui s'en suivent. Ça a duré des années. Des fois il y a un sur vingt qui guérit mais en général ils meurent* ».

On sent la tristesse dans sa voix et l'angoisse de perte qu'il vit en pensant que sa fille est très malade et qu'elle risque de partir avant lui.

Il nous dit qu'il ne la voit jamais. Ses deux petits-fils par contre viennent à tour de rôle, tous les jours.

« Oui tous les jours enfin quand ils peuvent ils travaillent aussi et puis moi je les ai beaucoup aidés. ». Il est rassuré de les savoir bien.

Après un silence assez long, je sens que Mr Pe. se fatigue et je tente de relancer sur les cauchemars car je souhaitais revenir à cette demande qu'il avait eu à propos de ça.

« Tout petit. Déjà je me couchais je me couvrais la tête j'avais peur depuis la mort de ma cousine qui m'avait élevée au début qui m'avait pris avec elle ».

En essayant de savoir ce qui avait déclenché les cauchemars à cette époque, il me dit :

« je crois, la peur »

La peur d'être seul tandis que maintenant les cauchemars que je fais c'est des bêtises je rêve n'importe quoi mais toujours des gens que j'ai connu et qui sont morts alors je les vois... ».

La psychologue lui demande si ces rêves sont très désagréables : *« Ah oui j'ai peur »*. Il précise qu'il rêve de gens du village, *« avec qui je n'ai pas eu de rapport »*. Il insiste beaucoup sur le mot « village », comme si quelque chose de terrible s'était passé dans ce « village ». Je lui demande s'il n'a pas assisté à une scène violente ou vécu cette scène.

« Rien qui m'a choqué il y a eu beaucoup de violence mais ça m'a pas choqué » dit-il sans que je fasse de relance. *« Il y a un qui a tué son père, d'autres qui se sont battus entre eux. Rien chez moi. Ça c'est la mode corse »*.

« L'histoire de revenant, de fantôme c'est pour ça que je me mettais la couverture sur la tête ». Il précise qu'à l'heure actuelle il continue à mettre la couverture sur la tête pour se protéger. Il semble que Mr Pe. vive la réactualisation de certains événements refoulés. Il n'a peut-être jamais réussi à scénariser, métaphoriser ces événements.

« Je m'endors c'est encore pire. Je me lève et je lis je lis beaucoup. J'ai toujours un livre pour passer le temps ». Mr Pe. nous dit là que pour éviter ses peurs nocturnes, il remplace le sommeil par la lecture. *« Ça m'évite de me rendormir . Pour m'occuper l'esprit j'attends le réveil et je dors le matin »*. Mr Pe. ouvre une porte sur ses peurs de la nuit, sur ses terreurs qu'il ne connaît que lorsqu'il est dans le noir. Ce jour-là, il n'en dira pas plus.

En essayant d'en savoir un peu plus, je me rends compte que Mr Pe. ne souhaite pas vraiment s'étendre sur le sujet, il répond par la négative aux questions telles que : *« personne ne vous a marqué, ne vous a traumatisé durant cette période, du moins dans vos souvenirs ? »*. *« Non », « non »...*

La psychologue sentant qu'il faut peut-être changer de sujet va enchaîner sur des questions concernant la scolarité. Puis après avoir rendu le discours plus opératoire, nous le quittons en lui proposant de le revoir, il accepte dans un premier temps.

La semaine suivante, son petit-fils nous fera savoir que cet entretien l'a « perturbé » et qu'il ne souhaite pas recommencer.

IV-4.2 Recueil de signes

IV-4.2.1 Echelle QD2AG

A la passation de l'échelle de dépression pour personnes âgées, Mr Pe. a obtenu un score de onze réponses VRAI sur treize. Si l'on se réfère à l'interprétation des résultats au test QD2AG, Mr Pe. a obtenu un total de 10 réponses VRAI. Ce résultat étant supérieur au seuil optimal de 7, je peux émettre l'hypothèse de l'existence d'une symptomatologie dépressive.

IV-4.2.2 Analyse sémiologique

- humeur dépressive présente pratiquement toute la journée, presque tous les jours, signalée par le sujet ou observée par les autres : dit qu'elle se sent angoissé, triste. Je constate des manifestations récurrentes de tristesse. Mr Pe. dit qu'il voudrait être avec sa famille, il se sent seul et abandonné malgré les visites régulières de ses petits-fils.
- Diminution marquée de l'intérêt ou du plaisir pour toutes ou presque toutes les activités pratiquement toute la journée, presque tous les jours (signalée par le sujet ou observée par les autres) : Mr Pe. n'a bien que seul, à sa table, avec un livre. Il ne manifeste aucun désir de se socialiser. J'ai remarqué que Mr Pe. ne manifestait aucune joie lorsqu'il y avait une animation dans la salle à manger, par exemple pour les fêtes de Noël ou bien pour le Téléthon.
- Perte ou gain de poids significatif en l'absence de régime, ou diminution ou augmentation de l'appétit presque tous les jours
- Insomnie ou hypersomnie presque tous les jours : Mr Pe. souffre d'insomnie toutes les nuits liées à ses cauchemars.
- Agitation ou ralentissement psychomoteur presque tous les jours (constaté par les autres, non limité à un sentiment subjectif de fièvre ou de ralentissement intérieur)
- fatigue ou perte d'énergie presque tous les jours : Mr Pe. dort mal à cause de ses cauchemars. Je le trouve toujours seul à sa table, refuse de se déplacer pour l'entretien car il se plaint d'être fatigué et semble las.

- Sentiment de dévalorisation ou de culpabilité excessive ou inappropriée (qui peut être délirante) presque tous les jours
- Diminution de l'aptitude à penser ou à se concentrer ou indécision presque tous les jours (signalée par le sujet ou observée par les autres) : Mr Pe. est dans l'indécision, il n'arrive pas à savoir s'il veut ou non être suivi sur le plan psychologique. Les aides-soignantes remarquent qu'il ne sait pas s'il veut lire ou se reposer, il n'arrive pas à prendre de décision sur ses activités quotidiennes.
- pensées de mort récurrentes (pas seulement une peur de mourir), idées suicidaires récurrentes sans plan précis ou tentative de suicide ou plan précis pour se suicider.

Mr Pe. semble bien présenter les symptômes d'un état dépressif majeur avec cinq symptômes dont l'humeur dépressive et la perte d'intérêt.

IV-4.2.3 Eclairage psychopathologique

L'analyse de la construction et de l'élaboration du discours de Mr Pe. me permettent d'aboutir à la définition de l'organisation psychique de Mr Pe. :

- Mr Pe. est un homme qui se sent diminué par la maladie, affaibli et vit cela comme une **perte**, une angoisse de ne plus être, une **peur** d'être abandonné qui l'a accompagné toute sa vie. Dans cette institution, il est séparé de la famille qui lui reste et il doit à nouveau affronter une séparation douloureuse. La **séparation** d'avec sa fille, très malade, avec laquelle il ne peut plus avoir de contact.
- Mr Pe. semble avoir une relation anaclitique avec ses petits-fils qui lui rappellent sa vie en dehors de l'institution et la famille pour laquelle il s'est investi toute sa vie. Il surinvestit les objets, ses petits-fils.
- Son **identification** est un mode de défense qu'il s'est approprié inconsciemment depuis son enfance, identification à cette mère et cette cousine via une **régression** narcissique.

IV-4.2.4 Analyse fréquentielle

Les résultats de l'analyse fréquentielle de Mr Pe. montrent :

Premier entretien

	Nombre de mots produits	Résultats en % sur 7 modalisations étudiées
NEGATION	39	23.6
AFFIRMATION	29	17.6

Tableau 16 : Résultats des modalisations produites en nombre de mots et en pourcentage pour 2 modalisations sur 7 étudiées chez Mr Pe.

	Nombre de mots produits	Résultats en % sur 7 modalisations étudiées
JE	126	64
ON	5	2.5

Tableau 17 : Résultats des modalisations produites en nombre de mots et en pourcentage pour 2 modalisations sur 7 étudiées chez Mr Pe.

IV-4.2.5 Analyse thématique

Les résultats de l'analyse thématique de Mr Pe. montrent qu'elle a construit son discours autour des scénarii suivant :

Type de Scénario	Nombre de mots
Gens (dont famille)	40
Habitat	5
Temps	24
Comportements et sentiments	16
Concept de vie	1
Concept de mort	7

Tableau 18 : Résultat de l'analyse thématique par entretien en nombre de mots produits par type de scénario chez Mr Pe.

V- SYNTHÈSE DES RESULTATS

Pour avoir une vue plus claire de l'ensemble des résultats pour tous les patients et pour pouvoir discuter plus loin de la validation de mes hypothèses, je présente ci-après les principaux résultats obtenus par patient et pour chaque type de recueil de données.

Je présente également un tableau de synthèse des résultats obtenus chez Mme A. afin de pouvoir valider ou non l'hypothèse opérationnelle HO2.

V-1 PRESENTATION DES RESULTATS

Critères	Mme A.	Mme T.	Mr Pa.	Mr Pe.
QD2AG	2	11	8	10
Nb de signes clinique	0	6	6	5
Nb de négation	65	72	62	39
Nb d'affirmation	29	29	47	29
Nb de « Je »	111	153	86	126
Nb de « On »	39	10	1	5
Scénario « gens »	125	65	23	40
Scénario « habitat »	47	28	4	5
Scénario « temps »	45	42	17	24
Scénario « comportements et sentiments »	35	32	15	16
Concept Vie	7	4	4	1
Concept Mort	5	8	0	7

Tableau 19 : Synthèse des résultats pour chaque patient et pour le premier entretien

V-2 ANALYSE DES RESULTATS

En ce qui concerne les résultats à la passation de l'échelle de dépression QD2AG, seule Mme A. a un score nettement en dessous du seuil de 7 qui a été défini par l'auteur. Mme T., Mr Pa. et Mr Pe. ont tous les trois un résultat supérieur à 7 qui nous oriente vers une tendance dépressive.

En ce qui concerne l'analyse sémiologique, Mme A. ne présente aucun signe clinique de manifestation dépressive alors que Mme T., Mr Pa. et Mr Pe. présentent chacun au moins 5 signes cliniques de manifestations dépressives.

En ce qui concerne les occurrences de négation, Mme A. présente un résultat qui ne se démarque pas des résultats de Mme T., Mr Pa. et Mr Pe.

En ce qui concerne les occurrences d'affirmation, Mme A. présente un résultat qui ne se démarque pas des résultats de Mme T., Mr Pa. et Mr Pe.

En ce qui concerne les occurrences « Je » et « On », Mme A. semble continuer à manifester dans son discours un comportement social alors que Mme T., Mr Pa. et Mr Pe. semblent s'être repliés sur eux-mêmes et ne manifestent aucune possibilité de s'identifier à un groupe social.

En ce qui concerne le scénario « gens » comprenant la famille, « habitat » et « temps » Mme A. semble beaucoup plus attachée aux autres dans son discours qui est orienté vers les autres, plus sensible à son environnement et à la notion de temps alors que Mme T., Mr Pa. et Mr Pe. ne semblent pas pouvoir, là encore, s'orienter vers autrui et se représenter la famille, ni se représenter l'environnement. Ils ont également des difficultés à se repérer dans le temps.

En ce qui concerne le scénario « comportements et sentiments », Mme A. et Mme T. semblent plus sensibles que Mr Pa. et Mr Pe. à l'expression de leurs sentiments.

En ce qui concerne le concept de vie, Mme A. a abordé de manière supérieure à Mme T., Mr Pa. et Mr Pe. la notion de « vie ».

En ce qui concerne le concept de mort, Mme A., Mme T. et Mr Pe. ont abordé la notion de « mort » alors que Mr Pa. ne l'a pas abordé du tout.

V-3 Résultats comparatifs de Mme A.

Critères	Mme A. 1 ^{er} entretien	Mme A. dernier entretien
QD2AG	2	2
Nb de signes clinique	0	0
Nb de négation	65	33
Nb d'affirmation	29	94
Nb de « Je »	111	159
Nb de « On »	39	46
Scénario « gens »	125	148
Scénario « habitat »	47	28
Scénario « temps »	45	58
Scénario « comportements et sentiments »	35	42
Concept Vie	7	9
Concept Mort	5	6

Tableau 20 : Synthèse des résultats de Mme A. pour les deux entretiens

V-4 Résultats comparatifs de Mme A.

En ce qui concerne la comparaison des résultats entre le premier entretien et le dernier entretien de Mme A., il n'apparaît pas de différence significative par critère.

Les résultats à la passation de l'échelle de dépression QD2AG sont identiques.

L'analyse sémiologique ne présente toujours aucun signe clinique de manifestation dépressive

Les occurrences de négation ont diminué au profit de l'augmentation des occurrences d'affirmation.

En ce qui concerne les occurrences « Je » et « On », Mme A. semble continuer à manifester dans son discours un comportement social que ce soit au cours du premier entretien qu'au cours du dernier entretien.

En ce qui concerne le scénario « gens » comprenant la famille, « habitat » et « temps » Mme A. semble beaucoup plus attacher aux autres dans son discours qui est orienté vers les autres, plus sensible à son environnement et à la notion de temps que ce soit au cours du premier entretien qu'au cours du dernier entretien.

En ce qui concerne le scénario « comportements et sentiments », Mme A. semble manifester la même forme de sensibilité que ce soit au cours du premier entretien qu'au cours du dernier entretien.

En ce qui concerne le concept de vie et le concept de mort, Mme A. semble aborder de manière proportionnelle les deux concepts, que ce soit au cours du premier entretien qu'au cours du dernier entretien.

Pour résumer ces résultats, il me semble nécessaire de les expliquer de la façon suivante :

1. une femme, âgée de 88 ans, diagnostiquée non dépressive à l'entrée en institution.

Les résultats de Mme A. lors du recueil des signes d'un état dépressif ne montrent pas de tendance dépressive chez Mme A. que ce soit au premier entretien ou au dernier entretien réalisé.

Les résultats de Mme A. me permettent de confirmer l'hypothèse HO2 que l'accompagnement psychologique systématique et consenti serait un moyen de soutenir le résident dans sa vie en communauté afin d'accepter cette séparation d'avec la famille pour diminuer le risque de dépression.

2. Une femme, âgée de 91 ans, diagnostiquée dépressive après son entrée en institution.

Les résultats de Mme T. montrent une tendance dépressive confirmée par les résultats obtenus lors de l'entretien et de la passation du test QD2AG.

En d'autre terme, c'est l'association des signes que présente Mme T. qui me conduisent au diagnostic d'un état dépressif majeur.

Les résultats de Mme T. me permettent de confirmer l'hypothèse HO1 que la rupture familiale avec le placement en institution serait un facteur de risque d'entrée dans un état dépressif.

3. Un homme, âgé de 80 ans, diagnostiqué dépressif après son entrée en institution ;

Les résultats de Mr Pa. montrent une tendance dépressive confirmée par les résultats obtenus lors de l'entretien et de la passation du test QD2AG.

En d'autre terme, c'est l'association des signes que présente Mr Pa.. qui me conduisent au diagnostic d'un état dépressif majeur.

Les résultats de Mr Pa. me permettent de confirmer l'hypothèse HO1 que la rupture familiale avec le placement en institution serait un facteur de risque d'entrée dans un état dépressif

4. Un homme, âgé de 96 ans, diagnostiqué dépressif après son entrée en institution.

Les résultats de Mr Pe. montrent une tendance dépressive confirmée par les résultats obtenus lors de l'entretien et de la passation du test QD2AG.

En d'autres termes, c'est l'association des signes que présente Mr Pe. qui me conduisent au diagnostic d'un état dépressif majeur.

Les résultats de Mr Pe. me permettent de confirmer l'hypothèse HO1 que la rupture familiale avec le placement en institution serait un facteur de risque d'entrée dans un état dépressif.

PARTIE III

VI- DISCUSSION

J'ai essayé de m'intéresser dans cette recherche au lien qui pourrait exister entre la dépression chez le sujet âgé placé en institution et la rupture familiale. Je tenterai de discuter les résultats obtenus en reprenant mes hypothèses opérationnelles et en exposant les problèmes méthodologiques que j'ai pu rencontrer.

J'essaierai par la suite de présenter les intérêts et les limites de cette recherche.

Je n'ai pas tenté de démontrer lors de cette recherche que l'entrée en institution entraînait une dépression, mais que l'entrée en institution accompagnée de la rupture familiale et/ou sociale était un facteur qui pouvait entraîner une dépression chez la personne âgée.

VI-1 Rappel des hypothèses de départ

Hypothèse générale

Il existe un lien entre la dépression et la rupture familiale chez les personnes âgées.

Hypothèse 1 - HO1

La rupture familiale avec le placement en institution serait un facteur de risque d'entrée dans un état dépressif.

Hypothèse 2 – HO2

Un accompagnement psychologique systématique et consenti serait un moyen de soutenir le résident dans sa vie en communauté afin d'accepter cette séparation d'avec la famille pour diminuer le risque de dépression.

VI-2 Discussion théorique

Selon des études épidémiologiques¹⁴, chez les sujets âgés institutionnalisés, la prévalence de la dépression serait de 40 %. Certains facteurs cliniques et environnementaux favorisent l'orientation vers le psychiatre : indices sémiologiques de sévérité, comme la présence de symptômes psychotiques, idées suicidaires ou tentatives d'actes auto-agressifs, comorbidité psychiatrique

¹⁴ Clément JP, Léger JM. Clinique et épidémiologie de la dépression du sujet âgé. 1996.

(conduites alcooliques, phobies), insuffisance du soutien social, souhait d'une aide psychiatrique de la part du patient ou de ceux qui s'occupent de lui, sensation d'impuissance du médecin généraliste¹⁵.

Il s'agit souvent de formes sévères de dépression, cet état peut entraver la résolution des problèmes somatiques sous-jacents.

L'âge ne constitue pas un facteur de fragilité pour la survenue d'un syndrome dépressif. En revanche, le poids des facteurs psychosociaux et des pathologies qui se multiplient avec le vieillissement est primordial.

La solitude, l'isolement social, les conséquences de la mise à la retraite et la perte de proches jouent également un rôle majeur dans le déclenchement des dépressions du sujet âgé.

Le veuvage est un facteur prépondérant à l'installation des symptômes dépressifs chez la personne âgée. Observé dans 30 à 60 %¹⁶ des cas après deux ans, il nécessiterait une surveillance prolongée.

L'ensemble des données recueillies sur la dépression du sujet âgé ne m'a rien apporté dans le champ spécifique de ma recherche. Les études menées ont plutôt été jusqu'ici des études épidémiologiques. Je n'ai, à ce jour, retrouvé aucune recherche concernant le lien entre la dépression et l'institutionnalisation du sujet âgé.

Il me semble que les études qui ont été menées à ce jour restent quantitatives et n'ont pas abordé l'aspect qualitatif qui ne devrait pas être négligé dans cette pathologie. Pourtant, cette approche purement quantitative reste une démarche restrictive et insuffisante.

C'est pourquoi, lors de l'exposé de mes études de cas, j'ai tenu à mettre en exergue des extraits d'entretien. Ces entretiens m'ont permis de prendre en compte l'aspect psychopathologique du sujet et de tenir compte de sa manière d'énoncer, de sa manière de se raconter. La tonalité affective et le subjectivité transparaissent dans l'énoncé et l'énonciation.

J'ai donc essayé de démontrer, à travers ce mémoire de recherche, qu'il existait bien un lien entre la dépression et l'entrée en institution. Les variations des réactions dépendent également du niveau de vulnérabilité de chacun, qui devrait être une valeur variable mais qui n'a pas été prise en compte dans cette recherche.

¹⁵ Blanchard M., Mann A. Dépression des sujets âgés. 1995.

¹⁶ Pirkis J., Burgess P. Suicide and recency of health contacts : a systematic review. 1998.

Enfin, compte tenu du fait qu'il existe très peu de travaux et de ressources théoriques abordant cette question, il ne m'a pas été possible d'établir de comparaison entre les populations et de différence pouvant exister entre elles. Je n'ai donc pas pu me baser sur ces différences pour mener mon étude.

VI-3 Discussion méthodologique

La recherche, de manière générale, peut amener à rencontrer des difficultés méthodologiques ainsi que des biais. Je vais donc essayer, dans cette partie, de vous exposer les problèmes que j'ai pu rencontrer, que ce soit par rapport aux outils utilisés que par rapport à la population ciblée.

VI-3.1 Les problèmes méthodologiques concernant la population

Je me suis longuement interrogée sur le nombre de sujets choisis pour mener cette recherche. Peut-être aurais-je du prendre un échantillon plus important que celui que je vous ai présenté, quatre sujets âgés (deux femmes et deux hommes).

Concernant cette population, j'aurais certainement dû établir un groupe contrôle composé de sujets non dépressifs, de tout venant, en plus de mon groupe de quatre sujets. Cette solution m'aurait permis de faire une analyse comparative.

Mais, le but de mon travail étant essentiellement de pouvoir démontrer un lien entre la dépression et la rupture familiale chez les personnes âgées, je pouvais néanmoins concevoir de pouvoir répondre à mon hypothèse de départ malgré une population restreinte.

Une autre question devrait être à discuter : en ce qui concerne l'hypothèse de l'accompagnement psychologique systématique et consenti qui serait un moyen de soutenir le résident dans sa vie en communauté afin d'accepter cette séparation d'avec la famille pour diminuer le risque de dépression, je n'ai pu la valider qu'à partir de l'étude clinique d'un seul sujet. Cette restriction de la population me semble être un biais d'échantillonnage pouvant invalider l'hypothèse émise.

VI-3.2 Les problèmes méthodologiques concernant l'utilisation d'outils diagnostics

En ce qui concerne l'utilisation d'outils spécifique à la psychologie et la psychiatrie, il me semble après-coup que l'échelle QD2AG que j'ai utilisée pour l'établissement d'un diagnostic est insuffisante au niveau du nombre d'items.

L'analyse sémiologique basée sur l'utilisation du manuel DSM IV-TR a, en revanche, permis de consolider le diagnostic de tendance dépressive chez les sujets âgés.

En ce qui concerne les analyses fréquentielles et thématiques, elles ne constituent pas à elles seules la possibilité d'établir un diagnostic.

Cependant, l'éclairage psychopathologique en lien avec ces analyses et l'utilisation de l'échelle QD2AG et du DSM IV-TR m'ont permis de pouvoir orienter mes résultats sur une tendance dépressive de trois sujets sur quatre.

VI-4 Les limites de la recherche

Je peux trouver quelques limites à ma recherche et ce, sans avoir fait une liste exhaustive.

Dans un premier temps, j'ai constaté des limites dues à la conception de mon protocole de recherche. Effectivement, ma population est constituée d'un seul groupe comprenant quatre sujets. Ce groupe est semble-t-il trop homogène et ne permet pas de comparaison puisque tous les sujets sont issus de la maison de retraite. Il aurait peut-être été intéressant d'effectuer une recherche comparative avec un échantillon composé de personnes âgées en milieu de vie personnel.

De plus, ma population s'élevant à seulement quatre sujets : mon échantillon est petit. J'aurais pu prendre un échantillon plus grand mais j'ai préféré me centrer sur l'étude de cas plutôt que sur une recherche quantitative. Mon objectif était de démontrer un lien entre l'institutionnalisation de la personne âgée et sa rupture familiale et la dépression.

Cette échantillon a certainement limité la puissance de mon étude mais m'a permis de centrer ma recherche sur une approche plus qualitative.

Enfin, les difficultés des personnes âgées à lire et à écrire ont constitué un biais puisque j'ai dû les aider à remplir les questionnaires.

VI-5 Intérêts de la recherche

Pour démontrer les intérêts de mon mémoire de recherche, je vais essayer d'énumérer différents points, par exemple, quels sont les questionnements soulevés par cette étude, les besoins méthodologiques mis en exergue, les intérêts théoriques et pratiques.

Premièrement, mon objectif a été de mieux comprendre la difficulté à diagnostiquer et à soigner cette pathologie qu'est la dépression, de mieux en connaître les causes de son déclenchement et de mieux en cerner son fonctionnement psychique.

Les outils méthodologiques à ma disposition n'étaient pas forcément adaptés aux sujets âgés, comme le QD2AG qui demande une auto-évaluation. Il semblerait que les échelles de dépression devraient être réviser afin de permettre à une population grandissante de pouvoir répondre à ces échelles dans les meilleures conditions possibles de respect des validité, fidélité et sensibilité que l'on demande à ces échelles.

Enfin, je me suis rendue compte que la rupture familiale pouvait jouer un rôle au moins facilitateur dans le déclenchement de la dépression et qu'il serait intéressant de pouvoir étendre cette recherche dans ce domaine afin d'en tirer des conclusions permettant une meilleure prise en charge psychologique des personnes âgées en institution.

VII- CONCLUSION

J'aimerais conclure cette étude en reprenant quelques points et en tirant les conclusions auxquelles je suis parvenue, en démontrant l'intérêt de cette étude dans le but de faire progresser ce domaine de recherche, étant entendu qu'il est d'actualité compte tenu du vieillissement de la population.

L'objet de ce travail était de démontrer le lien entre la rupture familiale et la dépression chez la personne âgée. Je suis finalement parvenue à la conclusion qu'il y a un lien réel entre cette pathologie et la rupture familiale.

J'ai pu prouver ce lien en utilisant plusieurs outils (échelle de dépression, analyse sémiologique, psychopathologique, analyse fréquentielle et thématique). Trois sujets sur quatre ont permis de valider l'hypothèse de la dépression après l'entrée en institution au travers des résultats obtenus à l'ensemble de ces tests et analyses. Chacun d'entre eux avait des résultats me permettant d'orienter ma réflexion sur une dépression de type réactionnelle à un événement de vie.

Dans le cas du sujet diagnostiqué comme non dépressif, cela m'a permis de valider l'hypothèse selon laquelle le soutien psychologique du sujet âgé dès son entrée en institution pouvait être un facteur diminuant le risque de tendance dépressive.

Les discussions théoriques et méthodologiques m'ont permis de mettre en relief un certain nombre de limites à cette étude mais aussi un intérêt à ce type de recherche.

La dépression est un enjeu de santé publique très important actuellement du fait de sa prévalence en tant que pathologie mentale. Mettre en lien cet état dépressif de la personne âgée avec sa rupture familiale permet de mieux comprendre et mieux cerner les personnes qui sont en souffrance psychique. Mais dans ce champ de recherche si complexe du fait qu'il touche à l'être humain dans sa globalité, il me semble que beaucoup de travail reste à faire et que mes connaissances restent encore limitées. Pour autant, j'espère avoir apporté une pierre à l'édifice.

BIBLIOGRAPHIE

Ouvrages

André P. (1997). *Psychiatrie de l'adulte*. Thoiry : Heures de France.

APA. (2000). *Mini DSM-IV-TR, critères diagnostiques*. Paris : Masson.

Bergeret J. (2004). *Psychologie pathologique théorique et clinique*. Paris : Masson.

Blanchet A. (1997). *Recherche sur le langage en psychologie clinique*. Paris. Editions Dunod.

Bourguignon O. et Bydlowski M. (2006). *La recherche clinique en psychopathologie*. Paris : PUF.

Briffault X. et coll. (2007). *La dépression, en savoir plus pour en sortir*. Paris : Fabrègues.

Freud S. (1968). *Métapsychologie*. Paris : Gallimard.

Garric N. & Calas F. (2007). *Introduction à la pragmatique*. Paris. Editions Hachette.

Kaës R. (1996). *Souffrance et psychopathologie des liens institutionnels*. Paris. Editions Dunod.

Kaës R. (1994). *La parole et le lien, processus associatifs et travail psychique dans les groupes*. Paris. Editions Dunod.

Kohut H. (1991). *Analyse et guérison*. Paris : PUF.

Laplanche J. & Pontalis J.B. (2002). *Vocabulaire de la psychanalyse*. Paris : PUF. 3^{ème} édition.

Lôo H. & Gallarda T. (2000). *Troubles dépressifs et personnes âgées*. Paris. Editions John Libbey Eurotext.

Pedinielli J-L. et Bernoussi A. (2005). *Les états dépressifs*. Paris : Armand Colin.

Perruchon M. & Thomé-Renault A. (1992). *Destins ultimes de la pulsion de mort*. Paris. Editions Dunod.

Perry J-C. (2007). *Echelles d'évaluation des mécanismes de défenses*. Traduction Guelfi et coll. Issy les Moulineaux. Editions Masson.

Raffaitin F. et coll. (1997). *Le livre blanc de la dépression*. Toulouse : Privat

Rubinstein H. (1999). *La dépression masquée*. JC Lattès : Paris.

Widlöcher D. (1983). *Les logiques de la dépression*. Paris : Fayard

Articles

Ksensée, A. (2004). *Dépression essentielle et narcissisme*, Revue française de psychanalyse 2004/4, Volume 68, p. 1283-1296.

Clément, S. (2007). *Le discours sur la mort à l'âge de la vieillesse*, Retraite et société 2007/3, n°52, p. 63-81.

ANNEXES

Annexe 1 : Tableau de Wells

PSEUDO-DEMENCES	DEMENCES
La famille est toujours consciente des troubles et de leur sévérité	La famille n'est pas toujours consciente des troubles et de leur sévérité
Le début peut être daté avec précision	Le début est flou
Les troubles existent depuis peu	Les troubles existent depuis longtemps
L'aggravation est rapide	L'évolution est lente
Un passé psychiatrique est fréquent	Un passé psychiatrique est inhabituel
Les patients se plaignent beaucoup de leur déficit intellectuel	Les patients se plaignent peu de leur déficit intellectuel
Les symptômes sont détaillés	Les symptômes sont vagues
Les patients « majorent » leur incapacité	Les patients « minorent » leur incapacité
Les patients « majorent » leur échec	Les patients sont « ravis » de leur conduite
Les patients font peu d'effort pour accomplir les tâches éventuellement simples	Les patients font beaucoup d'effort pour accomplir les tâches éventuellement simples
Les patients communiquent habituellement une intense détresse	Les patients paraissent souvent peu concernés par leur difficulté
Le changement d'humeur est souvent envahissant	L'humeur est labile et superficielle
Les troubles de la mémoire portent aussi bien sur les faits récents que sur les faits anciens	Les troubles de la mémoire portent davantage sur les faits récents
Les lacunes mnésiques sur des périodes et des événements spécifiques sont habituelles	Les lacunes mnésiques sur des périodes spécifiques sont inhabituelles
Variabilité marquée des performances sur des tâches d'égale difficulté	Constance des faibles performances sur des tâches d'égale difficulté
L'attention et la concentration sont souvent préservées	L'attention et la concentration sont habituellement défectueuses
La perte des habiletés sociales est souvent précoce et prédominante	Les habiletés sociales sont souvent maintenues malgré les troubles
L'accentuation nocturne des troubles est inhabituelle	L'accentuation nocturne des troubles est habituelle (fréquente)
Aux tests, les patients donnent souvent des réponses « je ne sais pas »	Aux tests, les patients font des réponses inhabituelles

Annexe 2 : Echelle QD2AG

Ce questionnaire bref de P. Pichot est constitué de 13 phrases auxquelles le sujet doit répondre VRAI ou FAUX. Il s'agit d'une forme adaptée aux sujets âgés du QD2A du même auteur (in : Laurence Hugonot-Diener, 2001).

Le patient doit répondre lui-même à toutes les questions (faute de quoi le résultat n'est pas valide). Chaque réponse VRAI donne 1 point. Une note égale ou supérieure à 7 est le seuil optimal de dépistage d'une symptomatologie dépressive significative au moment de l'examen. Il existe un risque d'erreur d'environ 10 % (faux positifs ou faux négatifs). Ce questionnaire ne remplace pas l'examen clinique car il faut vérifier par l'examen clinique que les plaintes du sujet possèdent les caractéristiques des critères diagnostiques de dépression (persistance, durée suffisante, répercussions sur le fonctionnement, etc.)

À remplir par le ou la patiente)

QUESTIONS	OUI	NON
1. En ce moment, je me néglige		
2. En ce moment, je suis triste		
3. Je suis obligé(e) de demander aux autres ce que je dois faire		
4. Je suis sans énergie		
5. Je me sens actuellement très tendu(e)		
6. En ce moment, je suis plus constipé(e) que d'habitude		
7. En ce moment, je me sens moins heureux(se) que la plupart des gens		
8. Je suis déçu(e) et dégoûté(e) par moi-même		
9. Il m'est actuellement difficile de fixer mon attention sur un travail ou sur une occupation		
10. Je suis rempli(e) d'un sentiment de peur		
11. Je me sens dans un état de faiblesse générale		
12. J'ai le cafard		
13. En ce moment, je pleure facilement		