

RETRAIT ET VIEILLISSEMENT

[Laurence Hugonot-Diener](#), [Elodie Rossi](#), [Jacques Gauillard](#), [Cécile Hanon](#), [Faustine Guyon](#), [Elisabeth Kruczek](#)

John Libbey Eurotext | « [L'information psychiatrique](#) »

2017/4 Volume 93 | pages 302 à 309

ISSN 0020-0204

Article disponible en ligne à l'adresse :

<https://www.cairn.info/revue-l-information-psychiatrique-2017-4-page-302.htm>

Distribution électronique Cairn.info pour John Libbey Eurotext.

© John Libbey Eurotext. Tous droits réservés pour tous pays.

La reproduction ou représentation de cet article, notamment par photocopie, n'est autorisée que dans les limites des conditions générales d'utilisation du site ou, le cas échéant, des conditions générales de la licence souscrite par votre établissement. Toute autre reproduction ou représentation, en tout ou partie, sous quelque forme et de quelque manière que ce soit, est interdite sauf accord préalable et écrit de l'éditeur, en dehors des cas prévus par la législation en vigueur en France. Il est précisé que son stockage dans une base de données est également interdit.

Retrait et vieillissement

Laurence Hugonot-Diener¹
Elodie Rossi²
Faustine Guyon²
Elisabeth Kruczek³
Jacques Gauillard²
Cécile Hanon⁴

¹ Hôpital Broca-APHP, Réseau Mémoires, Paris Centre et Sud.
Medforma, 108 bis boulevard A. Blanqui
75013 Paris, France

² Unité de Liaison Psychiatrique, Centre d'Action Sociale de la ville de Paris, EHPAD Alquier Debrousse
1, allée Alquier Debrousse
75020 Paris, France

³ 17 rue Saint Aloïse,
67100 Strasbourg, France

⁴ Centre Ressource régional de psychiatrie du sujet âgé,
Hôpital Corentin-Celton, APHP,
4 parvis Corentin-Celton,
92130 Issy-les-Moulineaux, France

Résumé. La notion de retrait et de vieillissement se conjuguent de plusieurs manières et sont alors éclairés par différents aspects sémiologiques. La vieillesse est une période de la vie favorable au retrait. Après avoir donné les différentes définitions et temporalités de la vieillesse, nous aborderons les différentes étapes et possibilités de retrait. Dans nos sociétés occidentales, où la représentation de la vieillesse frise l'âgeisme béat, il ne fait pas bon « mal vieillir ». Or le retrait est intimement lié au vieillissement et au vécu social de celui-ci. Le vieillissement sensoriel peut entraîner un isolement social et il est important de pallier ces défaillances sensorielles pour rester connecté. Le goût, l'odorat, le toucher, la vision et l'audition ne sont plus aussi efficaces pour maintenir le lien relationnel et les pathologies de désafférentation concourent à renforcer le retrait social. Les approches neuro-développementales soulignent que des hypofonctionnements des lobes frontaux avec anomalies dysexécutives, comme ceux rencontrés dans les démences frontotemporales, conduisent à des retraits pathologiques comme le syndrome de Diogène. Retrait et refus consistent en la clé de voûte de ce comportement troublé. La dégradation du corps fait partie intégrante du processus de vieillissement. Au fil des années, cette involution est biologiquement prédéterminée. Le corps vieillissant, fragilisé peut conduire à un surinvestissement hypocondriaque au dépend du monde extérieur et peut conduire au retrait. Enfin, la dépression et le suicide sont des pathologies fréquentes du sujet âgé et dessinent les contours d'une forme de retrait extrême.

Mots clés : retrait relationnel, solitude, vieillissement, personne âgée, syndrome de Diogène, trouble de l'humeur, trouble sensoriel, syndrome de glissement, démence frontotemporale

Abstract. Withdrawal and aging. The concept of withdrawal and aging are combined in several ways and have different semiological aspects. Old age is a period of life favorable to withdrawal. After providing the different definitions and temporalities of old age, we will discuss the different stages and possibilities of withdrawal. In our western societies, where the representation of old age borders on blissful ageism, it is not good to "get old". However, withdrawal is intimately linked to the aging and social life of the latter. Thus, we will see how social withdrawal takes shape with the empty nest syndrome, at the time of the children's departure and the beginning of withdrawal. As we live longer and longer "in good health, the age of this retirement is more and more delayed. Moreover, sensory aging can lead to social isolation and it is important to overcome these sensory failures in order to remain connected. Taste, smell, touch, vision and hearing are no longer as effective in maintaining the relational link and the pathologies of disaffection contribute to reinforce social withdrawal. Neurodevelopmental approaches emphasize that hypofunctional frontal lobes with dyssexual anomalies, such as those encountered in fronto-temporal dementia, lead to pathological withdrawals, well known as Diogenes syndrome. Withdrawal and refusal are the keystone of this troubled behavior. Degradation of the body is an integral part of the aging process. Over the years, this involution is biologically predetermined. The aging, fragile body can lead to hypochondriac over-investment at the expense of the outside world and may lead to withdrawal. Finally, depression and suicide are frequent pathologies of the elderly and draw the contours of a form of extreme withdrawal.

Key words: aging, elderly, Diogenes syndrome, mood disorder, sensory disorder, geriatric cachexia, frontotemporal dementia

Resumen. Retracción y envejecimiento. La loción de retracción y envejecimiento se conjugan de diferentes modos y entonces están aclarados por sus diferentes aspectos semiológicos. La vejez es un período de la vida propicio a la retracción. Tras dar diferentes definiciones y temporalidades de la vejez, abordaremos las diferentes etapas y posibilidades de retracción. En nuestras sociedades occidentales, en la en las que la representación de la vejez frisa con la senectud beata, no tiene nada bueno "envejecer mal". Pues bien, la retracción está íntimamente vinculada al envejecimiento y a cómo lo vive socialmente éste. El envejecimiento sensorial puede desembocar en un aislamiento social y es importante paliar estos fallos sensoriales para seguir conectado. El sabor, el olfato, el tacto y el oído ya no son tan eficientes para mantener el vínculo relacional y las patologías de desafferentación contribuyen a reforzar la retracción social. Los enfoques neuro-desarrollistas subrayan que unos hipo-funcionamientos de los lóbulos frontales con anomalías disejecutivas como aquellos encontrados en las demencias fronto-temporales, conducen a retracciones patológicas como el síndrome de Diógenes. Retracción y rechazo son la clave angular de ese comportamiento trastornado. La degradación del cuerpo es parte integrante del proceso de envejecimiento. A lo largo de los

Correspondance : L. Hugonot-Diener
<medforma@pda.fr>

años, esta involución está biológicamente predeterminada. El cuerpo que envejece, fragilizado, puede llevar a una sobreinversión hipocondríaca a expensas del mundo exterior e incluso a la retracción. Por fin la depresión y el suicidio son patologías frecuentes del sujeto de edad y desdibujan los contornos de una forma de retracción extrema.

Palabras claves: retracción relacional, soledad, envejecimiento, persona de edad, síndrome de Diógenes, trastorno del humor, trastorno sensorial, síndrome de deslizamiento, demencia frontotemporal

Introduction

Plus on vieillit, plus on devient différent les uns des autres, cela reviendrait à dire que « le » sujet âgé n'existe pas et qu'on vieillit de façon différentielle.

Selon le dernier rapport de l'OMS sur le vieillissement et la santé, celui-ci est compris comme un processus complexe. Les changements qui le constituent et l'influencent comportent la réduction des ressources physiologiques, le risque de maladies, la diminution générale des capacités et la perte d'autonomie [1].

Cependant, ces altérations ne sont ni linéaires, ni constantes, du fait de mécanismes de vieillissement aléatoires et des influences conjuguées de l'environnement et des comportements de l'individu [2, 3].

Au-delà des altérations biologiques, des bouleversements psychosociaux apparaissent et les modifications des rôles et des positions sociales exigent de faire face à des pertes successives [4, 5].

Si le vieillissement est considéré comme un processus en évolution, il doit se structurer avec des données chiffrées, nécessaires à son inscription chronologique dans la société : à quel âge devient-on vieux ?

Après l'âge de raison à 7 ans, la majorité à 18 ans, l'âge mûr à 40 ans, la vieillesse est fixée à 65 ans. D'autres référentiels sociaux, comme la SNCF ou la MDPH, fixent la barre plus bas : à 60 ans. Au sein du champ sanitaire, la médecine gériatrique s'est construite et définie pour la prise en soins des personnes âgées de 75 ans et plus. Au vu des évolutions démographiques et des prédictions des statistiques, cet âge est en train de reculer à 78 ans. Et l'on sait que l'entrée en résidence pour personnes âgées se fait aujourd'hui après 85 ans.

Retrait(e) social(e)

Avant même de « prendre » sa retraite, comme on prendrait une décision importante ou le voile, une première étape de la stigmatisation du vieillissement en marche est le départ des enfants du foyer familial. Certes, notre époque teintée de précarité sociale retarde le moment de ce départ, mais le syndrome du « nid vide » représente souvent une première confrontation au retrait social.

L'âge de la retraite sonne un deuxième glas, celui de la « remise » au sens du cagibis sombre dans lequel on dispose les objets « en attente d'être jetés ». Ne plus être utile est un sentiment qui peut s'installer rapidement, si on ne

se préserve pas des espaces de valorisation. Ainsi, il existe des modulations de ce départ, des contrats de travail spécifiques qui permettent de se maintenir en activité. Car il est décrit que prendre sa retraite le plus tard possible est bénéfique pour le « capital cognitif ». Maintenir des interactions sociales est aussi important, ce que permet le bénévolat ou des engagements associatifs. Il a été démontré que la retraite « totale-repos » est un danger pour la qualité du vieillissement cérébral et que la mémoire baisse en fonction d'un indicateur qui est celui du nombre d'années écoulées depuis la cessation d'activité professionnelle obligatoire et non en fonction de l'âge chronologique.

De la même façon, la notion de « retraite active » s'est développée, et il est courant en effet de recevoir, lors de son pot de départ, non plus une paire de charentaises qui signifient le « enfin, un repos bien mérité », mais bien un Ipad qui lance le message du « enfin connecté et libre de faire ce que je veux ».

En résonnance avec le syndrome du nid vide vient le syndrome du survivant, qui apparaît plus tard, vers 90 ans, et qui décrit des pertes liées à une autre forme de départ, plus définitif, celles des décès du conjoint, d'un membre de la fratrie... voire d'un enfant.

Retrait des émotions ou « émotionogramme » plat

La désafférentation émotionnelle par vieillissement du lobe frontal

De nombreux travaux ont montré que le cortex frontal était la région la plus atteinte au cours du vieillissement normal, de façon uni- ou bilatérale [6, 7]. Il existe depuis une « théorie frontale » du vieillissement qui entraîne un hypofonctionnement frontal, en volumétrie et en métabolisme, un déclin de certaines fonctions cognitives : syndrome dysexécutif et atteinte de la cognition sociale¹. La tonalité « frontale » de certaines formes de vieillissement contribue au retrait affectif et social, qui s'associe souvent à une apathie et une perte motivationnelle.

Négligence de l'autre et syndrome de Diogène

Le retrait est un signe majeur chez les personnes présentant un syndrome de Diogène. Si on considère leur

¹ La cognition sociale couvre un ensemble d'habiletés utiles à la régulation des comportements humains (compréhension des émotions, empathie, théorie de l'esprit).

vieillesse comme pathologique, le refus et leur attitude de retrait peuvent être compris comme le résultat d'une capacité décisionnelle altérée.

La prise de décision est une capacité essentielle à l'adaptation sociale qui consiste à choisir entre plusieurs alternatives en compétition, laquelle requiert une analyse des risques et des bénéfices et une estimation de leurs conséquences à court, moyen et long-terme pour soi ou son environnement social [8, 9].

Depuis sa description princeps en 1975 par Clark et Mankikar [10], ce syndrome a connu diverses définitions. Montfort *et al.* proposent une critériologie intéressante [11].

Critères diagnostiques du syndrome de Diogène

Un critère principal « besoin de tout et ne demande rien ». Il est obligatoire, c'est le socle sans lequel il serait excessif d'utiliser le terme de syndrome de Diogène. Est Diogène la personne qui aux yeux d'un visiteur aurait besoin de tout mais ne demande rien. Le retrait est total.

Trois critères secondaires. Ils concernent les modalités de la relation aux objets, au corps et à autrui :

- la relation aux objets est poussée à l'extrême. Les objets sont soit totalement absents, comme pour Diogène de Sinope, soit innombrables et entassés ;

- la relation au corps est poussée à l'extrême. Le corps est soit trop négligé comme pour Diogène de Sinope, soit propre ;

- la relation aux autres est poussée à l'extrême. L'autre est soit totalement absent comme dans les situations des personnes recluses à leur domicile, soit très présent comme pour Diogène de Sinope. Il existe le plus souvent une mysanthropie.

On retrouve chez ces sujets présentant un syndrome de Diogène, dans 30 à 40 % des cas, une étiologie neurodégénérative frontotemporale. De début plus précoce que les autres maladies démentielles, l'évolution est variable, avec peu d'atteinte cognitive au début mais une variante comportementale qui modifie la personnalité, le comportement et le jugement. De fait, le retrait est double, celui du sujet qui s'isole et celui de son entourage qui se détourne. Certains ont des schizophrénies simples qui décompensent avec le vieillissement. Enfin, 10 à 20 % des sujets n'ont pas de pathologie associée mais ont eu un traumatisme affectif important, dans la petite enfance.

Retrait sensoriel : de la déficience à la désafférentation

Avec l'avancée en âge, nos cinq sens s'altèrent, de façon graduelle et assez inexorable. . . La baisse des capacités sensorielles est fréquente, souvent multimodale. En France, au-delà de 60 ans, plus de 82 % de personnes sont concernées par une déficience visuelle et près de 1/3 par une déficience auditive [12]. D'après une étude américaine, 94 % des personnes âgées de 57 à 85 ans présentent au moins un

déficit sensoriel, 38 % au moins deux et 28 % au moins trois [13]. La prévalence des déficits sensoriels est fortement corrélée à l'âge, car c'est une réalité, les organes des sens ne sont pas faits pour durer aussi longtemps que leur hôte. . . A ce vieillissement programmé des organes sensoriels s'ajoute celui des circuits neuronaux qui traitent les informations perçues. Ainsi, le défaut de perception s'avère double.

La vision

L'œil présente des affections oculaires comme la cataracte, le glaucome, la rétinopathie diabétique, les pathologies de la paupière et la DMLA (dégénérescence maculaire liée à l'âge) et la vision baisse, dans son acuité mais aussi dans la sensibilité aux contrastes, aux couleurs [14]. La perte de la vue est un facteur majeur de perte d'autonomie. De façon concomitante au fait de ne plus bien voir ce qui nous entoure, la disparition de son image dans le miroir, de son « donné à voir » peut résonner comme une perte d'identité et une chronique annoncée de sa propre disparition du monde. . . Ne plus se voir, ne plus voir autour de soi, ne plus pouvoir apprécier ce qui est beau, ne plus être transporté par une lumière ou une couleur est en lien direct avec le repli affectif et social.

L'audition

La presbycusie est fréquente et corrélée à l'âge, elle touche 30 % des sujets de plus de 65 ans, 70 à 90 % de ceux de plus de 85 ans [15]. Les discriminations auditives sont moins bonnes, elles conduisent à la gêne à la compréhension, au chevauchement des sons, au brouillage des voix et aux acouphènes. De la même façon, ne plus entendre un air de musique ou son émission de radio favorite, ne plus s'émouvoir au rire de ses petits-enfants, rester à l'écart d'une conversation familiale animée peut mener à l'envie de se soustraire et de s'isoler. De plus, il existe un déficit vestibulaire lié à l'âge, par atteinte de l'oreille interne, qui a comme conséquence directe une propension à la perte d'équilibre et au risque de chute.

Ainsi, la vision et l'audition sont deux modalités sensorielles entraînant une désafférentation et participant considérablement au retrait. Elles se distinguent des autres, par leur fréquence et leur pouvoir d'aliénation, et ce sont celles pour lesquelles nos sociétés ont développé des axes de recherche et de prévention les plus efficaces, à commencer par leur dépistage plus précoce et l'élaboration de prothèses ou traitement.

L'olfaction

L'hyposmie est un signe fréquent, peu verbalisé spontanément par les personnes si l'on ne va pas le questionner. Sur le plan de l'anatomie du cerveau, les structures impliquées dans le traitement de l'olfaction et celles des émotions sont localisées au même endroit, à savoir le cerveau limbique, le cortex orbitofrontal, l'amygdale et l'hippocampe. Ces zones sont celles qui permettent le vécu, l'éprouvé mais

aussi la verbalisation des émotions et des sensations. Les distorsions olfactives sont retrouvées chez des personnes présentant des troubles de l'humeur et objectivables en imagerie fonctionnelle cérébrale [16]. Le sujet déprimé ne sent pas de la même façon, des capacités à détecter, puis à discriminer les odeurs sont altérées, il sent moins bien les bonnes odeurs et plus intensément les mauvaises. Ainsi, certains auteurs parlent d'anhédonie olfactive dans la dépression [17]. La corrélation anatomo-clinique explique également le déclin olfactif comme un signe prémorbide de maladies neurodégénératives comme la maladie d'Alzheimer, la démence à corps de Lewy ou la maladie de Parkinson. Une méta-analyse menée par Rahayel *et al.* confirme l'altération des processus olfactifs dans ces maladies avec des différences qualitatives en fonction du type de démence [18]. Dans la maladie d'Alzheimer, même au stade débutant, le déficit porte plus sur l'identification des odeurs que sur leur perception, dans la maladie de Parkinson, c'est la perception qui est plus altérée. La valeur prodromique de cette hyposmie n'est pas encore très connue, mais certains centres de consultation mémoire ont développé des kits d'olfaction pour le dépistage de ce déficit (« *sniff in test* » ou « *University of Pennsylvania smell identification test (Upsit)* ») [19, 20]. L'altération olfactive peut être en creux ou en bosse, ainsi l'hypersomie ou la cacosmie des vieilles femmes hallucinées est un autre versant des troubles sensoriels.

Le goût

L'hypoguesie s'associe à l'hyposmie de façon ontologique et n'est que peu ressentie de façon subjective. Elle se traduit indirectement par une perte de l'appétit, laquelle s'intègre dans une symptomatologie dépressive de l'ordre de l'anhédonie. Par ailleurs, la dyguesie est fréquemment ressentie et est directement imputable à la iatrogénèse et la longueur des ordonnances... Même s'il n'est pas clairement inscrit sur les notices, le trouble du goût est un effet secondaire de nombreux médicaments en particulier lorsqu'ils sont écrasés... [21].

Le toucher

L'hyposensibilité tactile est également fréquente, liée à la kératose cutanée et à la baisse de conduction neurosensorielle. Le toucher comprend cinq sensations : le contact, la pression, la chaleur, le froid et la douleur. Le toucher permet le langage non verbal et tient un rôle social, émotionnel et sexuel important. Ainsi, le fait de moins bien ressentir les stimulations tactiles renforce le retrait affectif.

Le lien avec les cognitions

Les troubles sensoriels sont aggravés par les troubles cognitifs et vice-versa. Le codage mnésique d'informations faiblement perçues compromet leur évocation future. Ainsi, être malentendant ou malvoyant accélère le déclin cognitif et le déclin cognitif entrave les possibilités de stratégies compensatrices. Or, l'étude Paquid a démontré que le port

de prothèses auditives atténue ce déclin, ce qui est très en faveur du dépistage de la baisse de l'audition de sa prise en charge précoce [22]. Le corolaire en est qu'il est souvent compliqué de bien porter ses prothèses lorsqu'on présente des troubles cognitifs, par oubli ou trouble praxique, que ce soit à domicile ou en institution.

Vers une désafférentation sociale

L'univers sensoriel du sujet âgé est affecté dans sa globalité, à l'image de son univers émotionnel. La perte de sens induit des pertes multiples : celles du plaisir de sentir, d'être en relation, de s'adapter à son environnement, de demeurer en lien dans une communication possible et réciproque. Elle induit également un sentiment de crainte et d'insécurité par rapport à la perte de la maîtrise de son environnement, qui accentue la dégradation de l'estime de soi, le repli et les conduites d'évitement des situations sociales [23].

Les difficultés rencontrées ne sont alors plus surmontables « par défaut », défaut de ressources et défaut de stratégies. Les ressources s'amenuisent : la force physique, l'agilité, la dextérité, mais aussi les ressources financières (la question du coût exorbitant des prothèses auditives se pose). Les stratégies de compensation sont rapidement dépassées, par les déficits cognitifs et exécutifs qui limitent les capacités d'apprentissage, d'adaptation et de motivation et conduisent au délitement du réseau social [24].

Tous ces aspects de la désafférentation sensorielle sont intriqués entre eux et interagissent de façon circulaire, pour concourir à une réelle « désafférentation sociale », une sidération relationnelle qui s'incarne dans le retrait psychoaffectif. Quand plus rien n'est audible, visible, sensible, quand percevoir facilement ou simplement les sollicitations sensorielles n'est plus possible, l'isolement fait Loi. L'isolement est également un regard sociétal qui aliène, celui de la société normative et âgiste des voyant, des entendant, des « sentant », qui conforte le repli et la soustraction anticipée du monde. Alors quoi... La réalité d'aujourd'hui est que l'on identifie de mieux en mieux l'impact des déficits sensoriels, on le définit comme un « accélérateur de dépendance » et un enjeu majeur de santé publique.

Différents plans et projets de Lois soulignent depuis plus de dix ans la nécessité de mieux prendre en compte les personnes fragilisées. Dès 2006, le plan « Solidarité grand âge » prévoyait la mise en place d'axes de prévention ; en 2007, l'axe 4 du plan national « Bien vieillir » déclinaient sept mesures pour favoriser la prévention des facteurs de risque et des pathologies, dont celle des déficits auditifs et visuels [25, 26].

En 2008, un plan était élaboré spécifiquement pour les personnes déficientes visuelles par rapport aux objectifs visés par la loi du 11 février 2005 [27]. Il a été suivi en 2010 d'un autre plan, relatif à la déficience auditive [28].

La prévention reste le maître-mot du plan des maladies neurodégénératives 2014-2019 et de la Loi relative à l'Adaptation de la Société au Vieillessement, toujours dans un esprit de dépistage des troubles prédictors d'altération de

l'autonomie pour lutter contre l'installation de la dépendance [29, 30]. Les récentes recommandations de l'ANESM² œuvrent à aider les repérages et les adaptations environnementales en institutions [31].

Ainsi, susciter l'intérêt de la société, du grand public, des financeurs, de la communauté soignante devrait permettre de motiver la pugnacité sensorielle de chacun. . .

Retrait physique

La question du corps nous happe dès les premiers instants de la prise en charge de personnes âgées. Les rencontres nous donnent souvent l'impression de corps négligés mais surtout, de corps trop présents voire encombrants qui semblent pourtant rester un lieu de dialogue privilégié pour ces personnes.

La dégradation du corps fait partie intégrante du processus de vieillissement. Au fil des années, cette involution est d'ailleurs biologiquement prédéterminée. En plus des modifications corporelles, on constate bien souvent des altérations du système nerveux, des organes des sens nous l'avons vu, du système cardiovasculaire, des appareils respiratoire, digestif, urinaire, endocrinien et locomoteur mais aussi du système immunitaire pouvant être alors à l'origine d'un sentiment d'insécurité, d'impuissance et de dépréciation poussant ainsi au retrait de la personne âgée. Le corps est le témoin criant du vieillissement de l'individu; ce corps paradoxal qui nous entraîne vers la mort tout en restant gage de vie [32].

Cette estime de soi est altérée et mise à mal, tant par l'impossibilité d'avoir accès à l'usage d'un corps « en bon fonctionnement », tel qu'il fut dans la jeunesse, que par la perception et les représentations que l'on peut avoir de son corps vieillissant. Cela peut être une des grandes raisons d'un retrait et d'un repli important face à cet obstacle majeur, empêchant d'aller vers le monde extérieur et d'investir les sphères d'une vie communautaire.

Douleurs

La physiopathologie du retrait repose principalement sur l'excès, l'insuffisance ou la disparition de certaines fonctions, déterminant une symptomatologie dirigée dans le sens de l'involution et de la perte. Le corrélat vieillesse/maladie somatique est très ancré dans les représentations sociales et les sujets âgés sont souvent réduits à leurs symptômes. Le corps vivant devient corps objet, un objet malade porteur de maux et de mots. Un corps douloureux qui devient alors le lieu d'une communication bruyante : « *Docteur, j'ai mal* ».

Le corps devient source de toutes les attentions et notamment celle des soignants qui, fréquemment, en viennent à résumer la personne à ses troubles, sa maladie ou encore

son handicap, exacerbant ainsi l'importance de la défaillance de ce corps qui va jusqu'à prendre la place de l'identité de la personne. Le retrait des personnes âgées peut également s'entendre comme une protestation silencieuse à cette réification dont ils font si souvent l'objet.

Bien que douloureux, il arrive que des patients refusent des traitements ayant pour visée de les soulager. Le refus de soin et le refus de prise de traitement ne sont pas des événements isolés dans la prise en charge des patients âgés. Les professionnels se retrouvent ainsi bien souvent démunis face à cette plainte effusive et répétée qui ne peut être totalement comblée car elle recouvre bien plus que la symptomatologie somatique et sous-tend de véritables enjeux psychiques.

En effet, les douleurs chroniques envahissent l'espace de vie, l'espace psychique mais également l'espace social de la personne. Tout son monde est organisé autour de ces souffrances et des représentations que les soignants, son entourage et elle-même s'en font. Un « trop plein » de souffrances peut engendrer pour le sujet des comportements de retrait et de rupture (retrait du monde social : enfermé dans sa chambre, refus de participer aux activités habituelles, parfois refus de parler mais également désinvestissant son propre corps). Ce corps qui trahit, qui abandonne tout en le conduisant vers un funeste destin peut être perçu comme un « mauvais objet » dont il faut se détacher.

Le corps douloureux peut pousser l'individu à se renfermer en lui-même, telle une défense de dernière ligne afin de protéger au mieux sa psyché, cette modalité de survie psychique viserait à abandonner le corps défaillant à son triste sort. Tel un animal blessé qui se réfugie dans son terrier, se mettant à l'abri du monde et des dangers, beaucoup de personnes âgées tendent à se retirer et se renfermer.

De façon paradoxale, le corps douloureux peut également être, chez certains individus, une ultime tentative de se rattacher au vivant. Ils sentent leur corps, l'habitent et le perçoivent avec une très grande acuité. Ce corps douloureux réel est ainsi paradoxalement un mode de communication « anti-retrait » très efficace [33].

Marche, chute et ptrophobie

Avant même toute chute, la peur de tomber est présente, notamment dans le cadre de fractures de l'extrémité supérieure du fémur ; la « prise de risque » de marcher renforce les angoisses de chute et d'effondrement. En dehors du risque de fracture, l'impact psychologique des chutes, élément encore mal connu, apparaît comme majeur. En effet, bien que les conséquences physiques d'une chute soient extrêmement variables, celle-ci entraîne souvent perte de confiance en soi et angoisse. Quant au système musculaire, le vieillissement normal s'accompagne d'une sarcopénie qui peut entraîner une forte sédentarité.

Ce qu'on appelle le « syndrome post-chute », caractérisé par une désadaptation psychomotrice par réduction spontanée de l'activité, poussent au confinement, à la perte d'initiative voire à une grabatisation. Comme pour le

² ANESM : Agence nationale de l'évaluation et de la qualité des établissements et services sociaux et médico-sociaux

nourrisson, il est nécessaire que la personne âgée qui est restée immobile pendant de longues périodes réapprenne à marcher, à soutenir le poids de son corps et à renforcer son tonus postural. Cette démarche mobilise beaucoup d'énergie et de ressources et peut être décourageante.

Les sujets à risque de chute, souffrant généralement de pathologies somatiques diverses, s'accrochent à leurs acquis et s'enlisent dans une désocialisation plus ou moins marquée, dans un retrait des activités sociales, celles-ci paraissant risquées du fait qu'elles s'organisent souvent en dehors du domicile.

Les risques et la peur de chuter entraînent les sujets âgés à se retirer physiquement de leur environnement.

Attachement et détachement

Le travail psychique du vieillissement passe par une phase de détachement inhérente au temps, aux pertes réelles et symboliques auxquelles l'adulte vieillissant se confronte. Ceci ne conduit pas inéluctablement à la régression, au détachement total ou au retrait [34].

Sous l'angle de la théorie de l'attachement de Bowlby et du besoin d'attachement réactivé durant la dernière phase de la vie, la clinique du sujet âgé trouve un éclairage pertinent. L'hypothèse de ce besoin inné de protection comblé par la figure principale d'attachement, le plus souvent maternelle, et cette sécurité acquise dans les toutes premières parties de la vie permettent au nourrisson, puis à l'enfant et à l'adulte, d'avoir des comportements sociaux, émotionnels cohérents et adaptés et de pouvoir faire face à des situations de stress.

Le corps vieillissant, fragilisé peut conduire à un surinvestissement hypocondriaque au dépend du monde extérieur et peut conduire au retrait. Ce corps vulnérable devient un lieu de médiation souvent au travers de la plainte, un objet de soins de la dépendance qui nécessite un rapproché corporel.

Il est fréquent d'observer que les personnes atteintes de démence, appelant leur mère à la recherche d'un lien *secure*, soient rapidement rassurées par un contact physique, une accolade, une prise de la main.... L'importance du toucher dans la pratique des soins des vieillards dépendants et atteints de démence n'est pas sans rappeler le *care* décrit par Winnicott.

Les situations extrêmes de retrait comme le syndrome de glissement observé en institutions renvoient aux descriptions des situations d'hospitalisme chez les enfants en carence de ce lien précoce d'attachement, à la dépression anaclitique. Ce type de retrait peut être interprété comme une réactivation du besoin d'attachement qui ne trouve auprès des soignants une réponse suffisamment sécurisante.

Les « techniques de validation » inventées par Naomi Feil permettent une meilleure communication avec les personnes atteintes de maladie d'Alzheimer et démences apparentées. Elles font également écho à ce principe que « le comportement du très grand âgé n'est pas seulement lié aux modifications anatomiques dans le cerveau physique,

mais reflète l'ensemble des changements sociaux et psychologiques qui ont existé au cours de la vie entière ». Elle précise que l'intervenant en validation entre dans le monde du vieillard et « devient de ce fait une autorité nourricière qui inspire confiance ». « Du coup ces personnes très âgées se sentent en sécurité et commencent à communiquer, avec ou sans l'usage des mots. » [35].

Dépression et suicide : vers un retrait définitif ?

Plus qu'une représentation dominante de notre société, « bien vieillir » devient une cause de souffrance psychique pour les personnes qui vieillissent. Cela peut être entendu comme une forme d'attente de « ne pas vieillir », imposant des exigences d'hygiènes de vie impossible à tenir. Les « vieux » doivent demeurer « jeunes » et maintenir des réseaux sociaux, une activité sexuelle, des activités ludiques... Les modèles identificatoires proposés de nos jours offrent ainsi un contraste important entre cette idéologie du « bien vieillir » et la réalité somato-psychique des personnes vieillissantes.

L'idée même de « mal vieillir », de devenir un jour dépendant, peut suffire à provoquer l'envie de se donner soi-même la mort. Ainsi, pour certaines personnes âgées, la perspective du suicide découle du cours naturel de leur existence, comme si ce « retrait définitif » représentait une possibilité de « partir » quand bon leur semble et de garder la maîtrise d'un « bien vieillir » qui ne leur est plus possible.

Nous l'avons vu, les pertes des proches, les deuils successifs ont comme conséquence une réduction des interactions sociales et contribuent à un isolement. Elles peuvent être également vécues comme des ruptures qui vont mettre à mal le sentiment de continuité de la vie. L'ennui et la solitude sont ainsi inscrits comme des compagnons inattendus de la vieillesse. Le retrait s'impose parfois dans un environnement où les sujets âgés ne se reconnaissent plus dans le monde dans lequel ils vivent ; ce ressenti s'ancre dans une identité sociale perturbée par l'incapacité à faire face à la perte.

Le retrait devient alors une échappatoire face à l'angoisse et à la détresse d'une souffrance suscitée par la disparition d'un proche, pour affronter une maladie ou anticiper les possibles conséquences de l'avancée en âge.

Le suicide est l'étape ultime du retrait définitif de la vie. Les idées de suicide peuvent être reconnues parfois comme normales, rationnelles voire « philosophiques » chez les sujets âgés. Les signes cliniques tels que le ralentissement psychomoteur, la douleur morale de la dépression ne sont alors pas identifiés. Or, le taux de mortalité par suicide augmente avec l'âge, l'incidence est de 55,3 pour 100 000 habitants (85-94 ans) [36].

En France, le taux de suicide est multiplié par 10 entre les 15-25 ans et les sujets de plus de 75 ans, avec un tiers des suicidés qui sont âgés de plus de 65 ans, le taux de suicide étant maximal chez les hommes âgés de plus de 85 ans [37].

Une des raisons de l'augmentation du taux de suicide chez les plus de 80 ans est probablement lié à la non reconnaissance des particularités des états dépressifs du sujet âgé. Les états dépressifs des sujets âgés sont fréquents et de diagnostic difficile en raison de leur hétérogénéité clinique. On estime entre 2 à 3 % la prévalence de l'épisode dépressif majeur après 65 ans dans la population générale, probablement sous-estimée en raison des critères diagnostiques et des instruments d'évaluation qui peuvent manquer de pertinence chez le sujet âgé. Cette prévalence s'élève de 5 à 30 % en institution [38].

La dépression des sujet âgés comporte de nombreuses formes aux symptômes non spécifiques : ralentissement psychomoteur, anxiété, perte d'intérêt, de plaisir, de désir, d'estime de soi, sentiment d'inutilité et d'autodépréciation. Ces signes sont très souvent comorbides à des atteintes somatiques, révélant durant la vieillesse une expérience dépressive centrée sur le corps : douleur physique, perte d'appétit avec perte de poids, trouble du sommeil. Le comportement est souvent modifié, de l'irritabilité à l'agitation psychomotrice au retrait apathique et amotivationnel. Enfin, des altérations cognitives émaillent l'histoire dépressive, qu'elles soient prodromiques ou facteurs de risque d'évolution vers une maladie neurodégénérative [39].

Des entités cliniques comme le syndrome de glissement ou le syndrome de Cotard restent mal comprises et complexes à aborder sur le plan thérapeutique. Ces mélancolies de l'extrême sont-elles des formes de retrait final chez des sujets fragiles moins enclins que d'autres à faire ce travail d'approche de la mort ? *Thanatos* s'égare, du déni à la maîtrise par le suicide. L'avance en âge ne signifie pas l'extinction de la pulsion de vie comme en témoigne une sexualité active chez 8 % des résidents en Ehpad en France, ou aussi certains parents à l'agonie qui attendent étonnamment longtemps la présence d'une fille, d'un fils pour enfin s'éteindre [40].

Cette réalité de la fin de vie, ce quotidien vécu par les soignants en Ehpad, en milieu hospitalier gériatrique, en unité de soins palliatif laissent, à travers une richesse d'expériences, la question de la singularité de chacun face à la mort et aux adaptations psychiques que nous pouvons mettre en place, comme un éternel renouveau de créativité, peut-être une éternelle jeunesse ?

Conclusion

Vieillesse et retrait paraissent indissociables. La vieillesse est une période de la vie durant laquelle s'effectue toute une série de pertes qui sont en lien avec les sphères relationnelles, psychiques, cognitives et physiques de l'individu. Le retrait est alors synonyme de dépression, de désafférentation sensorielle et sociale, d'altération cognitive, de douleur, de « corps qui lâche », de perte d'autonomie et de dépendance, voire de mortalité précoce. Il est social, physique, psychoaffectif et relationnel. Il est associé à une image sociétale de vieillissement raté, qui s'oppose à la notion de « bien

vieillir ». Il est un vecteur de sentiment d'échec pour les professionnels du soin, car dans notre société, le jeunisme galopant n'est pas un épiphénomène. Il s'impose dans les médias, les publicités jusqu'au sein de notre vie quotidienne. Cette jeunesse qui a toujours été idéalisée est à présent sacralisée. Ainsi vieillir aujourd'hui, c'est rester jeune très-longtemps et surtout s'assurer de bien vieillir.

Malgré une meilleure compréhension du vieillissement, les progrès de la médecine et les volontés politiques affichées de « bonne prise en charge des personnes âgées », le défi de prévention primaire, secondaire et tertiaire est de taille et se décline à plusieurs niveaux.

Pour les soignants, les médecins traitants, il s'agit de repérer, de diagnostiquer les différents signes pathologiques participant au retrait pour permettre une prise en charge précoce. Ce repérage passe par la formation de l'ensemble des personnels soignants travaillant auprès des personnes âgées.

Pour notre société, la piste de la voie intergénérationnelle est à explorer, elle n'oppose pas jeunesse et vieillesse mais leur permet d'interagir et de s'auto-enrichir l'une et l'autre. Pour exemple, certains Ehpad qui organisent des temps communs entre les enfants de l'école maternelle d'à-côté et leurs résidents, ou certaines résidences d'habitation mixtes pour étudiants et seniors.

Charles-Augustin Sainte-Beuve disait avec réalisme : « *Vieillir, c'est encore le seul moyen qu'on ait trouvé de vivre longtemps* ».

Liens d'intérêts Les auteurs déclarent ne pas avoir de lien d'intérêt en rapport avec cet article.

Références

1. OMS. *Rapport mondial sur le vieillissement et la santé*. Genève : OMS 2016, p. 279.
2. Kirkwood TB. A systematic look at an old problem. *Nature* 2008 ; 451 : 644-7.
3. Steves CJ, Spector TD, Jackson SH. Ageing, genes, environment and epigenetics: what twin studies tell us now, and in the future. *Age Ageing* 2012 ; 41 : 581-6.
4. Baltes P, Freund A, Li SC. The psychological science of human ageing. In : Johnson ML, Bengtson VL, Coleman PG, Kirkwood TBL, eds. *The Cambridge handbook of age and ageing*. Cambridge : Cambridge University Press, 2005, p. 47-71.
5. Carstensen LL. The influence of a sense of time on human development. *Science* 2006 ; 312 : 1913-5.
6. Cabeza R, Nyberg L. Imaging cognition II: an empirical review of 275 PET and fMRI studies. *J Cogn Neurosci* 2000 ; 12 : 1-47.
7. Fletcher PC, Henson RN. Frontal lobes and human memory: insights from functional neuroimaging. *Brain* 2001 ; 124 : 849-81.
8. Alain P, *et al.* Fonctionnement exécutif et vieillissement normal : étude de la résolution de problèmes numériques. *Psychol Neuropsychiatr Vieil* 2007 ; 5 : 45.
9. MacPherson SE, Phillips LH, Della Salla S. Age, executive function, and social decision making: a dorsolateral prefrontal theory of cognitive aging. *Psychol Aging* 2002 ; 17 : 598-609.
10. Clark A, Mankikar GD, Gray I. Diogenes syndrome. A clinical study of gross self neglect in old age. *Lancet* 1975 : 366-8.
11. Monfort JC, Hugonot-Diener L, Devouche E, Wong C, Pean I. Le syndrome de Diogène et les situations apparentées d'auto-exclusion sociale. Enquête descriptive. *Psychol Neuropsychiatr Vieil* 2010 ; 8 : 141-53.

12. Insee. *Enquête handicap-santé 2008*. Paris : Volet Ménages & Volets Institutions, 2011.
13. Camil Correia BS, Kevin J, Lopez BS, Kristen E, *et al.* Global sensory impairment among older adults in the United States. *JAGS* 2016; 64 : 306-13.
14. Calvet L, Delance P, Dufauré C, *et al.* Troubles de la vision : sept adultes sur dix portent des lunettes. *Études et résultats* 2014 : 6.
15. Bouccara D, *et al.* Les surdités de l'adulte. Le vieillissement de l'oreille : la presbycusie. *Rev Gériatr* 2011 ; 36 : 439-50.
16. Naudin M, El-Hage W, Gomes M, *et al.* State and trait olfactory markers of major depression. *PLoS One* 2012 ; 7 : e46938.
17. Naudin M. *Étude des marqueurs olfactifs de la dépression et d'une maladie co-occurente : la maladie d'Alzheimer*. [Thèse de doctorat de neurosciences.] Université François Rabelais de Tours, 2014 : 307.
18. Rahayel S, Frasnelli J, Joubert S. The effect of Alzheimer's disease and Parkinson's disease on olfaction: a meta-analysis. *Behav Brain Res* 2012 ; 231 : 60-74.
19. Mondon K, Naudin M, Beaufils E, Atanasova B. Perception du goût et des odeurs au cours du vieillissement normal et pathologique : mise au point. *Ger Psychol Neuropsychiatr Vieil* 2014 ; 12 : 313-20.
20. Atanasova B, Hernandez N, van Nieuwenhuijzen P, *et al.* Psychophysical, neurophysiological and neurobiological investigation of the olfactory process in humans : olfactory impairment in some neuropsychiatric disorders. In : Weiss LE, Atwood JM, eds. *The biology of odors: sources, olfaction and response*. Hauppauge (NY) : Nova Science Publishers Incorp, 2011, 1-67.
21. Imoscopi A, Inelmen EM, Sergi G, Miotto F, Manzato E. Taste loss in the elderly: epidemiology, causes and consequences. *Aging Clin Exp Res* 2012 ; 24 : 570-9.
22. Amieva H, Ouvrard C, Giulioi C, *et al.* Self-reported hearing loss, hearing aids, and cognitive decline in elderly adults: a 25 year study. *J Am Geriatr Soc* 2015 ; 63 : 2099-104.
23. Gonzalez L. Conséquences de la désafférentation sensorielle chez les personnes âgées. *Rev Gériatr* 2004 ; 29 : 61-6.
24. Covelet R. Prendre enfin conscience des enjeux des déficits sensoriels des personnes âgées. *Gérontologie et Société* 2007 : 44.
25. Ministère délégué à la Sécurité sociale, aux Personnes âgées, aux Personnes handicapées et à la Famille. *Plan solidarité grand-âge*. Présenté par Ph. BAS. Juin 2006. www.cnsa.fr/documentation/plan_solidarite_grand_age_2008.pdf.
26. Ministère de la Santé et des Solidarités, ministère de la Jeunesse, ministère délégué à la Sécurité sociale, des Sports et de la Vie associative aux personnes âgées, aux personnes handicapées et à la famille. *Plan national « Bien vieillir » 2007-2009*. www.travail-emploi.gouv.fr/IMG/pdf/presentation_plan-3.pdf.
27. *Plan 2008-2011, pour une intégration pleine et entière des personnes aveugles et malvoyantes à la vie de la cité*. www.social-sante.gouv.fr/IMG/pdf/Bilan_plan_handicap_visuel_2008-2011.pdf.
28. Ministère du Travail, des Relations sociales, de la Famille, de la Solidarité et de la Ville. *Plan 2010-2012, en faveur des personnes sourdes ou malentendantes*. www.cnsa.fr/documentation/plan_en_faveur_des_personnes_sourdes_ou_malentendantes_-_10_02_2010.pdf.
29. Ministère de l'Éducation nationale, de l'Enseignement supérieur et de la Recherche, Ministère des Affaires sociales, de la Santé et des Droits des femmes, Stratégie nationale de santé. *Plan des maladies neurodégénératives 2014-2019*. https://itneuro.aviesan.fr/Local/itneuro/files/160/Plan_maladies_neuro_degeneratives_def.pdf.
30. Loi n° 2015-1776 du 28 décembre 2015 relative à l'adaptation de la société au vieillissement.
31. *Repérage des déficiences sensorielles et accompagnement des personnes qui en sont atteintes dans les établissements pour personnes âgées*. Anesm, 2016. www.anesm.sante.gouv.fr/img/pdf/web_rbp_deficiences_volet_ephad.pdf.
32. Charazac P. *Aide-mémoire de la psychogériatrie*. 1^{re} éd. Paris : Dunod, 2011, 201-221.
33. Hugonot R. *La vieillesse maltraitée*, 2^e éd. Paris : Dunod, 2003, 76.
34. Bonnet M. *L'attachement au temps de la vieillesse*, 4. Paris : Érès Dialogue, 2012, 123-134.
35. Feil N. *Validation mode d'emploi techniques élémentaires de communication avec les personnes atteintes de démence sénile de type Alzheimer*, 2^e éd. Paris : Pradel, 2016.
36. *Données épidémiologie du suicide chez la personne âgée*. Données CépiDc-Inserm 2012.
37. Laurent E, Vandel P. *De l'humeur normale à la dépression en psychologie cognitive neurosciences et psychiatrie*. Paris : DeBoeck, 2016.
38. Schuster JP, Manetti A, Aeschmann M, Limosin F. Troubles psychiatriques du sujet âgé : données épidémiologiques et morbi-mortalité associée. *Geriatr Psychol Neuropsychiatr Vieil* 2013 ; 11 : 181-5.
39. Da Silva J, Goncalves-Pereira M, Xavier M, Mukaetova-Ladinska EB. Affective disorders and risk of developing dementia: systematic review. *Br J Psychiatry* 2013 ; 202 : 177-86.
40. Fèvre M, Riguidel N, Ben Abdallah A, *et al.* Introduction. In : Fèvre M, éd. *Amours de vieillesse*. 1^{re} éd. Rennes : Presses de l'EHESS, 2014, 11-26.



Isabelle Sauvegrain / Christophe Massin

• Février 2014
• 14,8 x 21 cm / 192 pages
• ISBN : 978-2-7040-1394-4

Comment préserver sa propre santé et sa passion du métier dans un contexte professionnel de plus en plus stressant ?

Tension, stress, risque de *burn-out* ...

Toutes les clés pour vous accompagner au quotidien

La compréhension du stress est abordée ici dans toutes ses dimensions, tant socioprofessionnelles que personnelles.



Ouvrage disponible sur www.jle.com

doin®

