

DIU EHPAD

Année : 2002 - 2003

**Isolement et solitude des personnes âgées –
Enquête à Nevers en EHPAD et au domicile
dans le cadre des demandes d'Allocation
Personne Autonomie**

Par : Docteur Lydie ABIDH

SOMMAIRE

INTRODUCTION	p.1
I DEFINITIONS ET GENERALITES	p.2
II ASPECTS DEMOGRAPHIQUES	p.3
II-1 Age et isolement	
II-2 Les migrations de retraités et le déracinement géographique	
III ASPECTS PSYCHOLOGIQUES	p.5
III-1 Le syndrome d'enfermement	
III-2 Solitude et démence	
IV LES FEMMES AGEES	p.9
IV-1 Une vie plus longue mais une vie plus solitaire	
IV-2 Vieillesse et solitude de la femme	
IV-3 Les veuves et la solitude	
V ENQUETE A NEVERS SUR L'ISOLEMENT ET LA SOLITUDE DE PERSONNES AGEES DANS LE CADRE DE DEMANDES APA EN EHPAD ET A DOMICILE	p.13
V-1 Préambule à l'étude	
V-2 Matériel et méthode	
V-3 Résultats	
V- 4 Revue des études dans la littérature	
CONCLUSION	
ANNEXES	
BIBLIOGRAPHIE	

INTRODUCTION

Dans notre société actuelle, l'individualisme prime. Les gens vivent de plus en plus seuls en particulier quand ils sont âgés. La Bourgogne fait partie des régions de France où la part des personnes âgées est la plus importante : 9,3% a 75 ans et plus contre 7,6% en moyenne en France (1)

Comme ailleurs le vieillissement est lié à la diminution de la natalité et à l'allongement de l'espérance de vie. Ce phénomène est renforcé dans la région par le départ de personnes actives et l'installation de personnes retraitées. Ce sont les effectifs des personnes les plus âgées qui ont le plus progressé au cours de cette dernière décennie Cette population est la plus exposée à l'isolement (veuvage), la précarité des ressources et à la dépendance L'offre des soins et de prise en charge médico-sociale doit s'adapter à cette évolution.

On commence à bien étudier la dépendance et on propose des aides de type APA (allocation personnes autonomie) pour y faire face. Mais qu'en est il de l'isolement et du sentiment de solitude ? A domicile on peut trouver un environnement intermittent par le biais de visites familiales, amicales ou professionnelles. Parfois on choisit ou on fait choisir la vie en EHPAD qui permet entre autres de rompre l'isolement de la personne âgée. Mais dans un cas comme dans l'autre est-ce qu'on retrouvera une corrélation entre l'isolement ou non, et le sentiment de solitude ?

Une étude proposera non pas de répondre à cette question mais de prendre conscience et de sensibiliser à l'importance actuelle de la solitude des personnes âgées ;Quand on sait que ce sentiment est un des plus générateurs de dépression quelque soit l'âge de la personne, l'être humain n'étant pas fait pour vivre seul, on comprend qu'il mérite qu'on s'y intéresse de près, en particulier dans cette dernière période de vie.

I DEFINITIONS ET GENERALITES

Isolement , sentiment de solitude et vie solitaire sont trois états distincts qui ne se recoupent pas (2). Ainsi vivre seul n'est pas forcément synonyme d'isolement relationnel et ce dernier ne se conjugue pas obligatoirement avec le sentiment de solitude. On peut être isolé sans souffrir de solitude ; on peut aussi être entouré et se sentir seul

L'isolement relationnel se définit par un nombre insuffisant d'interlocuteurs avec relation jugée de qualité .Ce nombre peut être calculé au quotidien ou hebdomadaire, ne tenir compte que des face à face ou aussi des conversations téléphoniques(2).

Vie solitaire signifie habiter seul dans son logement.

Quant au sentiment de solitude, selon Antoinette Mayrat (3), il est « un état d'âme ressenti sur un mode émotionnel, douloureux et angoissé ». En d'autres termes il est un sentiment d'abandon, d'inutilité, d'oubli, d'indifférence des autres..

Il peut s'apprécier différemment par des questions de type : « En pensant à la journée d'hier avez vous eu l'impression d'être 1 / Seul, 2/ Entouré, 3/ Ni l'un ni l'autre » (4).

Ou encore comme dans l'étude de la qualité de vie des personnes âgées par l'ORS Bourgogne se servant des indicateurs de santé perceptuelle de Nottingham (5) en répondant à la rubrique Isolement social aux questions :Je me sens seule ; J'ai l'impression d'être une charge pour les autres ; J'ai des difficultés à entrer en contact avec les autres ; J'ai l'impression de n'avoir personne de proche à qui parler ; J'ai des difficultés à m'entendre avec les autres.

Si l'évolution démographique joue un rôle en somme mécanique, dans l'isolement que ce soit par le mouvement naturel ou par les migrations, l' évolution sociale n'est pas un moindre facteur. Paul Valéry se demandait si notre monde qui crée des isolés méritait le nom de société, mots « isolement » et « soci été » étant antinomiques.

L'isolement physique peut céder parfois grâce à des mesures simples comme la pose de téléphone, mais dans d'autres cas comme l'absence d'ascenseurs, ce n'est pas envisageable. Le cas des ruraux est encore plus difficile, le tissu social étant vieilli et dispersé. L'accès à un logement mieux situé et plus adapté est une solution rationnelle, mais elle néglige l'aspect affectif c'est à dire l'attachement quasi viscéral des gens âgés à leur cadre.

Que faire contre la solitude ou comment aider pour en souffrir le moins possible ?:

Clubs, associations, réseaux de visiteurs, aides ménagères

Il faut voir aussi que le fait de vivre à deux ne garantit ni contre l'isolement, ni contre la solitude notamment quand l'un des deux conjoints est atteint d' handicaps qui rendent les échanges difficiles.

Sous ses formes extrêmes, la solitude « enferme » l'isolé : elle peut même précéder sinon provoquer la démence.

Un peu de solitude aide à construire, à réfléchir et à rêver ; trop de solitude détruit.

II ASPECTS DEMOGRAPHIQUES

II- 1 AGE ET ISOLEMENT

Avec l'avance en âge l'isolement fait courir un risque croissant en cas d'accident. Habiter une maison isolée ou à un étage élevé d'un immeuble ancien, c'est aggraver ce risque que l'installation du téléphone ne suffit pas à écarter.

Isolement dans le recensement

En 1975, on constatait que sur 4 millions de personnes vivant seules, la moitié avait au moins 65 ans dont 1,6 millions étaient des femmes..

En France, être femme équivaut à finir sa vie veuve et isolée, conditions souvent associées à un faible niveau de vie.

L'isolement « démographique » peut effectivement être associé à des conditions de vie défavorables, comme absence de chauffage central, wc à l'extérieur des logements.

Le contraste entre les isolés et les autres est frappant au moins autant que celui entre la France entière et sa composante rurale (6) dont heureusement le sous équipement s'atténue. Le téléphone en particulier est l'un des éléments essentiels de ces dernières années dans l'effort entrepris pour favoriser le maintien à domicile (7).

1-ISOLEMENT DANS LES ENQUETES

Parmi les personnes âgées vivant seules, il semble que les citadines sont les plus concernées du côté féminin, les agricoles le moins tandis que du côté masculin, les citadins échappent plus à l'isolement que les ruraux non agricoles.(8)

2-PEUT-ON ISOLER L'ISOLEMENT ?

La production régulière et systématique de données grâce aux recensements offre un cadre à toute étude faisant intervenir l'isolement, par exemple comme facteur de risque. Ainsi on pourra noter le risque que représente la combinaison isolement/handicap. De la même façon on pourra associer un risque important de la combinaison isolement / faible niveau de vie.

3-LES FACTEURS DEMOGRAPHIQUES ET SOCIAUX DE L'ISOLEMENT

La surmortalité masculine est le facteur clé pour les femmes mariées qui aggravent leur risque en épousant des hommes plus âgés qu'elles.

Vient ensuite le taux élevé de célibats :, tenant souvent à un déséquilibre local de la structure en âge et en sexe : à ce niveau, les hommes des zones rurales en voie de dépeuplement sont particulièrement touchés.

L'urbanisation désordonnée de la population, en attirant les jeunes ruraux d'une part puis en repoussant les jeunes ménages vers la périphérie, démantèle les familles :On observe des îlots de vieillesse au cœur des villes et là, la vétusté des habitations aggrave le tableau. Habiter au 4^{ème} sans ascenseur n'est pas propice aux visites et aux échanges.. C'est en outre un frein à l'action sociale et médicale.

C'est à la suite de conjonction de cet ordre qu'on enregistre dans les villes des cas de décès ignorés du voisinage indifférent..

II-2 LES MIGRATIONS DE RETRAITES ET LE DERACINEMENT GEOGRAPHIQUE

Il ne fait pas de doute que la mobilité de la population française va en s'accroissant. En 1975, 32,6% de la population ne résidait pas dans la même commune qu'en 1968. Les migrations des retraités sont de motivations diverses : fuite des villes oppressantes, attrait pour le calme des campagnes, attirance pour les villes moyennes assez bien équipées, voire pour Paris, départ vers des structures d'hébergement collectif, regroupement familial.

Donc, pour résumer : une population diversifiée, des mouvements ne ralentissant pas avec l'âge, différents types de motivations évoluant avec l'âge et des destinations variées. Ainsi, on évoque le déracinement géographique et aussi le déracinement familial.

L'isolement est une réalité pour la population déracinée, car si la migration des jeunes retraités, en tout cas, s'effectue en couple, la mort d'un conjoint souvent masculin ramène au problème de l'isolement.

Le début de la retraite s'accompagne fréquemment d'un changement de résidence.

D'après un sondage de septembre 1978 la moitié de la population retraitable seulement souhaiterait passer la retraite où elle vit. Beaucoup aimerait se diriger vers la campagne. La migration de retraite correspondant à une association entre un événement unique du cycle de vie, la cessation définitive du travail, et une migration est pour beaucoup la dernière grande décision de la vie.

Selon Françoise Cribier (9) : « La migration s'explique par les conditions de vie dans les lieux quittés, celles qu'on pense trouver dans les lieux choisis, par les représentations des uns et des autres, par les images de la vieillesse qui leur sont associées et en même temps par le rapport entre un milieu de vie et un mode de vie »

La migration vers la campagne, la plus fréquente, peut se faire dans une non-préparation parfois presque totale. La vie paisible, le repos bien mérité, la pêche à la ligne, le jardinage constituent autant de motivations ; Mais aussi la campagne, inconnue parfois, c'est un éloignement des proches, des difficultés d'intégration, dans un village où l'on a pu être vacancier. C'est parfois la maison de campagne qui devient l'habitation principale et on évoque les joies passées en couple.

On migre en couple en oubliant que la dégradation de l'état de santé peut intervenir, et la mort d'un des conjoints aussi.

De plus, caractéristique de la population des retraitables, ils ont souvent acheté ce domicile alors après...

La migration peut aussi être imposée à la retraite pour des gens dont le logement était gratuit, lié à la fonction.

La migration peut correspondre à un rapprochement familial qui n'est pas toujours désiré par les plus jeunes. Les conséquences ne sont pas toujours positives.

Au total, on note beaucoup de déracinés, sans compter la migration s'achevant par l'accueil en hébergement collectif !

III ASPECTS PSYCHOLOGIQUES

III- 1 LE SYNDROME D'ENFERMEMENT

Cette idée d'enfermement est emprunté à M. Foucault (10), marque certaine de rejet social et d'exclusion.. On trouve des analogies entre le sort fait au « fou » et celui fait aux « vieux ». On repère le même mécanisme d'exclusion sociale lié à l'angoisse de la mort. Les personnes âgées elles-mêmes parlent de « ségrégation » .

C'est cette perception sociale qui constitue une première dimension du syndrome d'enfermement.

1- L'ENFERMEMENT EXOGENE

Les personnes âgées ne sont pas dans la norme sociale de jeunesse, d'activité et de productivité. La retraite, le départ des enfants, les signes du vieillissement matérialisent l'entrée dans ce groupe social.

- L'enfermement social

Il existe certes une reconnaissance mais aussi une ségrégation, un premier enfermement caractérisé par une identité de situation sociale. La retraite est pourtant souvent perçue par les actifs comme le temps de la libération et du loisir.

Pourtant assortie de contrainte , la situation du retraité est celle que la société lui accorde : d'individu diminué et assisté.

- L'enfermement dans les structures

Il s'agit de mise à l'écart par certains avantages dont les personnes âgées ne peuvent bénéficier que dans certaines tranches horaires. par exemple. Ainsi il n'est pas possible de se mélanger aux autres tranches d'âge.

En mettant en place ces structures d'encadrement qui protègent et enferment les vieux à tous les niveaux et sur tous les plans, on cherche nous-mêmes une protection.

- L'enfermement par restriction des rôles et des statuts

Sur le plan professionnel, il s'agit de la retraite. Il est important d'investir pendant la vie active ailleurs que dans le travail.

Sur le plan familial, on passe des rôles de parents à ceux de grands-parents, plus ou moins satisfaisants à l'époque actuelle.

Sur le plan sexuel

Les tabous, le vieillissement parfois le veuvage réduisent les rôles sexuels privant les personnes âgées de possibilité d'investissement affectif valorisant.

Tous ces faits font que la personne vit des modifications importantes de leurs relations à autrui. Elles vont dans le sens d'une restriction de ces relations. Ces changements modifient simultanément la perception que les autres ont d'eux. Les deux composantes du concept de soi sont ainsi ébranlées (image propre et image sociale).

2- L'ENFERMEMENT ENDOGENE

Il se caractérise par une sorte d'aspiration, de retour sur soi et en soi. On le perçoit par les idées sur les personnes âgées telles que, égoïsme, avarice, indifférence, refuge dans le passé...

- L'enfermement physiologique

La diminution de l'acuité des organes sensoriels met la personne à distance par rapport à son environnement.

L'affaiblissement des performances physiques amènent une réduction du champ d'action.

Ainsi la personne se retrouve enfermée dans un environnement restreint.

- L'enfermement de l'être a-social

Il existe une « Relation Hérisson » (11), expression d'un conflit entre désir de liberté et crainte de l'engagement. Se manifestant par une distance et une réserve concernant les nouvelles relations.

- L'enfermement défensif ou narcissique

Selon Cl. Balier (12) : « La limitation du temps, la présence de la mort fait que chaque transformation du corps, chaque déficit, chaque blessure imposée par l'environnement est vécu comme une atteinte de soi ». Indifférence, égoïsme ... sont des expressions de ce retrait défensif.

- L'enfermement dans le corps

Conséquence du fait précédent, il se traduit par un comportement hypocondriaque.

- L'enfermement symbolique

Un nombre de personnes même valides exprime ce retrait sur soi en refusant de sortir de chez elles. Au repli en soi correspond le repli chez soi. Cet intérieur est le dernier témoin de leur être passé, dernier refuge aussi.

- L'enfermement dans la relation à l'autre (13)

Il s'agit de l'enfermement dans la relation à ses aidants et la dépendance par rapport à l'un d'entre eux. C'est une dépendance relationnelle.. Elle apparaît en particulier chez les personnes âgées qui ont dépendu affectivement d'autrui au cours de leur existence (14). Elle peut s'expliquer aussi par le mode d'intervention des aidants lorsque l'aidant dépossède la personne âgée de son autonomie.

3- L'ENFERMEMENT TOTAL

Cet enfermement endogène renforcé par l'enfermement exogène peut aller jusqu'à la régression, le refuge dans le passé, mais aussi l'enfermement dans la maladie mentale : enfermement total.

La plupart du temps on assiste à une accélération par un événement traumatique portant atteinte à l'autonomie et à l'image de soi. Ce traumatisme matérialise un désinvestissement narcissique massif et le glissement plus ou moins rapide vers la perte d'autonomie totale.

III-2 SOLITUDE ET DEMENCE

Le mot démence recouvre une polysémie. Il s'agit dans le langage courant de la folie. Ce mot date du XV^{ème} siècle, il vient du mot latin « mens » qui signifie esprit ; « démens » donc déraisonné, aliéné, fou.(15)

Il s'agit d'autre part d'une définition psychiatrique.

« Démence » est utilisé comme un terme scientifique ayant un statut et pouvoir, tout en véhiculant des connotations diverses, subjectives voir idéologiques.

Les sociologues présentent actuellement l'isolement et la solitude comme une maladie sociale. Est-ce que la démence serait un symptôme de cette maladie sociale ?

Le dément s'exprime. Et sa parole porte le sens d'un appel. Reste à savoir décrypter ce signe.

La démence est-elle le symptôme d'une société qui isole et discrimine le fou ? Est-elle aussi le symptôme d'une société qui refoule la vieillesse et la mort ?

Exprime-t-elle le fait de se sentir étranger à soi-même ? C'est aussi la condition de celui qui ne s'appartient plus, condition imposée par le discours psychiatrique de notre société.

En enfermant le dément physiquement ou dans ce diagnostic, on affirme par là : nous qui ne sommes pas enfermés avec lui, nous ne sommes pas fous et rassurés de ne pas l'être. Le diagnostic de la démence condamne à la solitude, de celui en fait radicalement autre par sa différence angoissante et inacceptable.

Dans un rêve tout est possible, il n'y a plus de logique plus de contradictions, plus de notion de temps ou d'espace. Est-ce que ce ne sont pas les caractéristiques que nous retrouvons dans les paroles et conduite du dément ?

Est-ce que la démence ne serait pas à comprendre comme émanant de l'inconscient venant dire quelque chose sur le sujet qui ne peut pas se dire autrement ?

Est-ce qu'on peut parler de facteurs psychiques déclenchant ou favorisant les états démentiels ? Ainsi, des événements aboutissant à l'isolement peuvent-ils déclencher ou aggraver les processus démentiels malgré leur support anatomique indéniable ?

La parole du dément erre ; errance à la recherche d'un passé ; répétition, peut-être fonction sécurisante pour le dément ; recherche d'identité et d'orientation.

Que ce soit l'attitude euphorique ou le repli dépressif sur lui-même, le dément se retire dans l'indifférence par rapport au monde qui l'entoure, et se réfugie dans sa réalité. La désorientation dans le temps et l'espace, les souvenirs du passé substitués au présent et les états délirants semblent également pouvoir se résumer dans une attitude de détachement, ou de fuite de la réalité. Est-ce que la vieillesse, avec ce qu'elle représente pour certains de solitude, de déchéance, d'angoisse est insupportable au point de fuir dans le monde du passé ?

IV LES FEMMES AGEES

IV-1 UNE VIE PLUS LONGUE MAIS UNE VIE PLUS SOLITAIRE

On ne peut nier que la vieillesse est un phénomène essentiellement féminin.

L'espérance de vie est différente selon qu'on est homme ou femme. La surmortalité des hommes due aux abus pratiqués, aux accidents et suicides plus fréquents, aux méfaits des guerres mondiales expliquent la vie solitaire que les femmes sont amenées à vivre au fur et à mesure de l'avance en âge. On peut y ajouter le fait de la différence d'âge entre époux.

1- L'ISOLEMENT DE LA FEMME AGEE

Il existe une spécificité de la condition de la femme âgée due au type de rôle que la société lui a imposé dans la phase antérieure de sa vie : fille de son père, femme de son mari, mère de ses enfants, éternellement subalterne et privée d'une autonomie et d'un rôle actif au sein de la société.

La non-reconnaissance des carrières féminines, souvent interrompues pour l'éducation des enfants, les inégalités des salaires entre hommes et femmes, la perception d'une seule pension de réversion pour les veuves n'ayant pas travaillé dans le passé, entraînent des chutes de revenus considérables au moment de la vieillesse.

Ainsi, elles subissent de façon plus aigüe le processus de marginalisation parce qu'elles sont vieilles et femmes. La condition de l'isolement et de la solitude des femmes âgées est renforcée, non en tant que conséquence de la vieillesse, mais en tant que conséquence de leur vie antérieure en relation avec leur condition de femme, aggravée par l'âge, la pauvreté et souvent une santé précaire. (16)

Ces femmes sont essentiellement confrontées aux problèmes financiers et de solitude. Se retrouvant seules elles trouvent difficiles de garder des contacts avec les autres.

Elles ont un sentiment de rejet pensant que les couples reçoivent moins facilement les personnes seules, qu'elles n'intéressent pas les amis et connaissances qu'avaient le couple. Elles acceptent le jeu de leur propre dévalorisation.. Si les personnes n'ont en plus, plus d'enfant vivant ou si ceux-ci sont géographiquement éloignés leur isolement est encore plus grand.

2- LES DIFFICULTES DU VEUVAGE

- Les difficultés rencontrées au début du veuvage sont d'ordre matérielles mais sont aussi constituées par un isolement et une solitude,

Plus la femme est âgée quand elle devient veuve, moins grandes sont ses possibilités d'adaptation à ce nouvel état, plus elle se replie sur elle-même et moins elle semble avoir la possibilité de rester dans un réseau relationnel satisfaisant (visites de voisins, d'amis, fréquentation de clubs, d'associations, loisirs, voyages, lecture du journal..).

A noter aussi une corrélation nette entre les difficultés de solitude et d'isolement et celles de la santé confirmant que facteurs psychologiques et physiques sont imbriqués.

- Au fil des ans ce sont les difficultés de santé qui priment dans les problèmes rencontrés bien que l'isolement et la solitude restent toujours très présents.

3- LES MODIFICATIONS DU FAIT DU VEUVAGE

La situation de veuvage apporte des modifications à plusieurs niveaux. : Changement de logement, priorités financières différentes avec restrictions, modification de l'intensité des relations et du réseau relationnel. La consommation des médias, télévision, radio et presse quotidienne semble se conserver identiquement.

Et que dire du remariage ? Le surnombre et la dévalorisation dont elles sont victimes font que les femmes ont une moindre chance que les hommes de retrouver un compagnon (17). Sans compter qu'il faudrait que la situation soit acceptée par les proches ce qui est loin d'être le cas. Combien de couples âgés reformés se retrouvent alors coupés de leurs proches du fait de leurs désaccords ?

Ainsi conclure qu'être femme est un avantage simplement parce que l'on vit plus longtemps serait céder à une généralisation hâtive lorsque l'on sait les difficultés auxquelles la femme âgée est confrontée du fait de sa vie solitaire..

IV-2 VIEILLESSE ET SOLITUDE DE LA FEMME

La tristesse, le désintérêt, le repliement sur soi, l'agressivité, ne sont pas toujours les effets de la seule sénescence, mais bien plus souvent ceux de la solitude et de l'abandon, ou d'un environnement maladroit ou hostile.

Or ce sont les femmes qui sont les principales victimes dans leur corps et leur cœur de ce statut, parce qu'elles sont plus nombreuses que les hommes mais surtout parce que ce qui compte le plus pour elles, c'est la vie affective, la chaleur du foyer, l'entourage amical. Quand elles en sont dépossédées, un vide se creuse.

La vie de ces femmes âgées a été le plus souvent une vie pour les autres. Cette vie a pris une place plus importante que le travail salarié. Plus que l'activité professionnelle, ce qu'elles regrettent ce sont les contacts, les bavardages, les copinages, la solidarité

L'être humain a besoin d'aimer et d'être aimé. Si personne ne m'aime, si personne ne vient c'est que je ne suis pas digne d'être aimée.

La solitude des femmes vieillissantes dépend aussi de leur apparence., dans la mesure où une publicité obsédante impose le culte de la jeunesse et de la beauté pour cacher l'image indécente de la vieillesse et de la mort. L'idée que la vieillesse puisse apporter un enrichissement semble devenue incompréhensible. Et comme écrit Lévi-Strauss dans « Tristes tropiques », la société ne connaît qu'un seul mot pour dire « joli et jeune » et un autre pour dire « laid et vieux »..

Pour pouvoir parler quand même tout haut sans passer pour un peu fofolle, beaucoup d'isolées ont recours à un animal de compagnie. Le repas est moins triste. La femme devenue seule qui n'a plus personne à nourrir est dépossédée de son rôle de pourvoyeuse et de rassembleuse. C'est pourquoi le repas est un moment particulièrement triste pour ces isolées dont la place à table est entourée d'invisibles chaises vides.

Surtout, c'est la mort sans aide, ni témoin qui est redoutée par les isolées.

IV-3 LES VEUVES ET LA SOLITUDE

Pour une veuve, la solitude commence le jour où elle perd son mari.

Pour la veuve de 50 ans et plus de quoi est faite la solitude ?

Elle s'installe insidieusement. La vie active continue.

Peu à peu la solitude prend corps.. Les amis et relations de ménage espacent leurs visites.

Vient ensuite le départ des enfants. C' est la solitude devant l'assiette, l'ombre de la vieillesse que l'on sent se rapprocher.

Viennent aussi les problèmes physiologiques de la ménopause.

Sur le plan financier la situation est loin d'être brillante pour toutes.

La solitude , ce peut être le désarroi d'une femme qui n'a su vivre qu'à travers les autres et qui en a besoin pour exister.

La solitude certaines la refusent cherchant dans l'agitation extérieure, les sorties, les voyages, une fuite devant une réalité qui les épouvante.

Tout simplement il n'existe pas de « solitude » au singulier mais « des » solitudes qu'il faut savoir discerner pour aider ceux qui s'y sentent enfermés.

V ENQUETE A NEVERS SUR L'ISOLEMENT ET LA SOLITUDE DE PERSONNES AGEES DANS LE CADRE DE DEMANDES APA, EN EHPAD ET A DOMICILE

V-1 PREAMBULE A L'ETUDE

Ces données ci –dessus sont en partie étayées par des études et des enquêtes.

Le besoin d'approfondir le problème est fortement ressenti par les divers intervenants. En travaillant pour le Conseil Général de la Nièvre, dans l'attribution de l'APA (Allocation Personne Autonomie), aide attribuée aux personnes âgées de plus de 60 ans dans le secteur dépendance évaluée au moyen de la grille AGGIR (Autonomie Gérontologie Groupe Iso Ressource) (annexe I), le facteur isolement est apparu frappant.

En effet bien que n'intervenant pas directement comme élément d'attribution, l'état d'isolement ou non des personnes vivant à domicile , en particulier si elles y vivent seules, est fondamental quand à la possibilité d'un maintien à domicile ;

dans le cas, d'une part de personne âgée présentant un handicap tel qu'elle ne bénéficiera pas de l'allocation et qui manifestement du fait de l'association isolement/handicap nécessite cette aide ; d'autre part dans le cas de personne âgée présentant un handicap tel qu'elle bénéficiera d'une aide mais tout à fait insuffisante (à moins d'en avoir les moyens financiers !) du fait aussi de son isolement.

Dans les deux cas le maintien au domicile sera compromis du fait de l'isolement..

Sensibilisée par cette difficulté que représente l'isolement, j'ai tenté de mener une enquête sur un petit groupe de gens à domicile et en EHPAD, demandeurs d'APA.

Je n'ai pas étudié l'état d'isolement géographique puisque toutes les personnes enquêtées habitent de principe Nevers, ville de soixante mille habitants environ. Sur Nevers, au domicile, l'importance de l'aide à la personne handicapée apportée par des non professionnelles. est assez corrélée à l'importance de son environnement relationnel. C'est cet environnement relationnel que j'ai essayé d'évaluer, et pour aller un peu plus loin, j'ai cherché à connaître aussi le sentiment de solitude de ces personnes.

En effet si l'isolement est un des facteurs intervenant dans la décision d'entrée en EHPAD, est-ce pour cela que les gens, plus entourés, percevront moins le sentiment de solitude ?

V-2 MATERIEL ET METHODE

Pour faire cette enquête, pour des raisons pratiques, je me suis cantonnée à la ville de Nevers.

- Présentation de l'EHPAD

Pour ce qui est de l'EHPAD, j'ai choisi la Maison d'Accueil pour Personnes Agées Dépendantes « Emile Clérget », établissement public implanté à Nevers, rattaché au Centre Hospitalier de Nevers.

La capacité d'accueil de cet EHPAD est de 80 lits en chambres individuelles.

Il comprend en outre un salon de coiffure, une salle de kinésithérapie, un oratoire, une salle d'animation. Huit de ses chambres sont communicantes deux à deux afin d'accueillir des couples.

Dans son fonctionnement, il a prévu outre les séjours permanents des personnes âgées, d'assurer un accueil de jour pour personnes atteintes de maladie d'Alzheimer ou affections apparentées.

L'établissement est agréé et les résidants peuvent bénéficier de l'aide sociale et de l'aide personnalisée au logement.

Il admet les personnes âgées de plus de soixante cinq ans ayant perdu la capacité d'effectuer seules les actes de la vie quotidienne et/ou atteintes d'une affection somatique stabilisée.

Au niveau des loisirs, les prestations à la disposition des résidants, assurées par l'EHPAD sont : salon de détente, jeux, musique, bibliothèque, télévision, organisation de diverses animations et sorties favorisant le contact avec l'extérieur.

Une messe de culte catholique est célébrée à l'oratoire une fois par semaine.

A la charge du résidant l'EHPAD propose : un salon de coiffure, l'accueil des familles en chambre d'hôte ; trois chambres sont mises à disposition pour une ou deux nuits s'il existe une nécessité de leur présence sur place liée à l'état de santé des parents.

Au niveau du personnel :

- les aides soignants ont environ six relations par jour par résidant.

- Les agents de service interviennent quatre fois par jour, en chambre ou dans les lieux communs.
- Une animatrice est là les après midi cinq jours sur sept, avec une action d'animation collective mais aussi individuelle par écoute, conversation, lecture du journal, à la demande des résidants, dans leur chambre. Elle organise aussi des sorties et échanges avec intervenants extérieurs.
- Une psychologue pour les résidants intervient une journée par semaine, en général à la demande des équipes soignantes. Elle a essentiellement un rôle de soutien psychologique du résidant, parfois soutien de famille, aide à l'évaluation des troubles et rarement fait des bilans neuropsychologiques.
- Des bénévoles de l'aumônerie de l'hôpital de Nevers participent à la messe du jeudi une fois par semaine, aidant à l'accompagnement des résidants. Ils font aussi des visites individuelles en chambre à la demande des résidants et animent un loto une fois tous les deux mois.
- Des bénévoles du groupe VMEH (Visite des Malades dans les Etablissements Hospitaliers) interviennent une fois par semaine, individuellement auprès des résidants signalés par la surveillante en situation d'isolement.
- Un salon de coiffure, lieu d'échanges primordial, fonctionne deux jours par semaine tous les quinze jours.

- Présentation des résidants de l'EHPAD

Ayant à intervenir dans le cadre de mon exercice professionnel, je n'ai pu interroger que les résidants demandeurs d'APA et en relevant, c'est à dire des personnes appartenant aux GIR (Groupe Iso Ressources) 1, 2, 3 ou 4. J'ai répertorié tous les bénéficiaires de l'APA ayant fait la demande dans l'année 2002. J'ai fait adresser un courrier à ces résidants et à leur famille (annexe II), les informant de ma visite pour les questionner sur leur réseau relationnel et sentiment de solitude. Cela concernait vingt huit personnes. Le questionnaire (annexe III) que je leur ai proposé a été établi en fonction des caractéristiques de l'établissement décrit ci dessus. et permet d'apprécier entre autres :

- la situation familiale existante
- les intérêts du résidant
- leur réseau relationnel et la fréquence des relations
- leur sentiment de solitude
- leur handicap principal

Le questionnaire a été rempli en face à face, si besoin avec l'aide des familles ou des intervenants.

Par contre, la question du sentiment de solitude a été posée exclusivement à la personne concernée, et seule elle pouvait y répondre.

- Présentation du domicile

Toujours dans le cadre de mon exercice professionnel, j'ai sélectionné le même nombre de personnes qu'en établissement, soit 28, réparties dans les mêmes proportions de GIR 1,2,3 et 4. Leur demande APA avait été aussi faite en 2002. Je profitais de leur suivi périodique à un an pour les revoir et leur proposer complémentairement le même genre de questionnaire qu'aux résidents de l'EHPAD. Le questionnaire différait seulement par le type de réseau relationnel.(annexe IV). De la même façon qu'en EHPAD, les familles ou intervenants étaient amenés à aider au remplissage du questionnaire sauf concernant la question du sentiment de solitude.

Les gens ont été choisis parmi les allocataires de Nevers dans l'ordre de leur demande APA.

V-3 RESULTATS

1-En EHPAD

28 personnes ont été interrogées et ont toutes accepté de répondre au questionnaire.

Population

Sexe : 93% de femmes 7% d'hommes

Comme on pouvait s'y attendre la majorité féminine est écrasante.

Age : 61% > 89 ans 25% entre 80-89 ans 7% entre 70-79 ans 7% < 70 ans

Girage : 21% GIR 1 29% GIR 2 14% GIR 3 36% GIR 4

Type de handicap principal : 54% cognitif 39% physique 7% sensoriel

Condition de vie

Tous les résidents vivent en chambre seule ; il n'y a pas de couple

Situation familiale

Maritale

82% veuves (ou veufs) 14% célibataires 4% divorcée
aucun conjoint ne vit à l'extérieur

Enfant

68 % avec au moins 1 enfant vivant 32% sans enfant
à noter qu'une personne avait deux enfants tous deux décédés

Autre famille

1 personne ne mentionne aucune famille

1 personne mentionne 2 frères vivants ; pas d'autre fratrie signalée

Intérêt pour les éléments sonores

Télévision, radio, chaîne Hi-Fi

Il a été décrit (13) l'importance de ces éléments comme rôle de fenêtre sur le monde extérieur, occupation, substitut à une faible sociabilité, sentiment de présence comblant un vide.

50% s'y intéressent

Intérêt pour le journal ou la lecture

Le journal a aussi un rôle de fenêtre sur le monde extérieur

36% lisent

Intérêts pour d'autres activités et/ou fréquentation du lieu de culte

32% ne s'intéressent à rien

Utilisation du téléphone pour répondre ou appeler

Le téléphone peut être un lien vital, parfois seul moyen de maintenir une relation

18% l'utilisent

Selon l'étude citée en troisième, son utilisation va de paire avec l'importance de la sociabilité. Je ne peux pas le démontrer dans mon étude puisque j'ai déjà inclus certaines conversations téléphoniques comme relation en tant que telle.

Réseau relationnel

Il y a plusieurs points à préciser avant d'énoncer les résultats :

En cours d'enquête il m'a finalement paru très difficile de définir ce qu'est une « relation » ; dans l'étude citée par la suite en troisième, une relation est définie comme une conversation face à face d'au moins cinq minutes sans sujet professionnel. Cette définition n'engage pas la notion de qualité de l'échange.

Il était impossible dans le déroulement de cette enquête d'avoir une notion de durée de l'échange, que ce soit auprès des résidents, ou auprès des familles ou du personnel. Quand à la qualité de la conversation il m'a été impossible de la définir verbalement si ce n'est par la notion de « satisfaction »

Au cours de mes entretiens avec les aides soignantes, principales interlocutrices des résidents, et les agents de service, ont été relevées par résident, 6 relations considérées de qualité par jour avec les aides soignantes, et entre 2 et 4 relations par jour par résident avec les agents de service. Chaque résident pouvant répondre au questionnaire considérait lui-même que ces rapports étaient satisfaisants.

Et donc bien qu'on puisse se dire que les gens de cette EHPAD ne sont pas isolés relationnellement, je n'ai pas comptabilisé ce type de relation dans le suite de l'enquête.

Par ailleurs, pour les personnes dont l'utilisation du téléphone semblait primordial, j'ai pu être amenée à considérer certains échanges téléphoniques comme « relation de qualité ».

Enfin, ayant rencontré personnellement l'animatrice, la psychologue, les responsables bénévoles, les coiffeuses, j'ai pu déterminer pour chaque résident le nombre de « relation de qualité » que les différents intervenants entretenaient hebdomadairement avec chacun.

Nombre de relations hebdomadaires

5 est le chiffre retenu conventionnellement comme dans l'étude citée ci-après en quatrième pour décider que la personne n'est pas isolée relationnellement.

Elles incluent relations familiales, amicales voir autres résidents, animatrice, bénévoles, psychologue, coiffeuse.

54% > 4 relations/semaine 46% < 5 relations/semaine

Relations familiales

71% ont une relation au moins une fois par mois

29% n'ont aucune nouvelle de leur famille

14% n'ont de relation qu'avec un seul membre de famille

Ce dernier fait est à souligner car il montre la fragilité du lien ne tenant qu'à une personne.

Relation amicale

32% reçoivent un ami au moins une fois par mois

Le rôle de l'amitié est donc important et il est certainement à prendre en compte dans le choix du lieu d'hébergement.

Etude de certaines variables pouvant influencer la fréquence des relations

- J'ai négligé d'examiner la date d'entrée en EHPAD permettant d'avoir une durée de séjour, mais ce facteur semblerait selon la première étude citée ci-après avoir une influence péjorative sur la fréquence des relations.

-Avoir un enfant vivant protège t-il de l'isolement ?

56% des sans enfants ne sont pas isolés contre

53% des ayant au moins un enfant vivant

Ce facteur ne semble donc pas déterminant

-Age

53% des >89 ans ne sont pas isolés contre

55% des < 90 ans

L'âge ne semble donc pas non plus un facteur déterminant bien qu'on imagine que plus on est âgé plus le cercle relationnel rétrécit.

-Détérioration

Selon type du handicap prédominant

80% des handicap cognitifs sont isolés contre 8% des handicap physiques et sensoriels.

Cette différence est impressionnante.

Il faut préciser que seules 2 personnes des handicap cognitifs sont classées

GIR 3-4 et seule 1 handicap physique est classée GIR 1-2

Effectivement 79% des GIR 1-2 sont isolées contre

14% des GIR 3-4.

Donc est-ce le type de handicap ou son ampleur qui motive la différence de comportement ?

Sentiment de solitude

Avant de donner les résultats je dois dire que ces derniers ne seront pas fiables ; J'ai utilisé la question posée dans la troisième étude mais elle ne semble pas faire ses preuves ; Je me suis rendu compte à l'usage que les personnes ayant un déficit cognitif ne comprennent pas forcément la question . En effet, j'ai testé la présentation dans un ordre différent et il arrivait qu'on me réponde le dernier mot entendu selon que ce soit « seul » ou « entouré ». Classiquement la dernière proposition était « entourée ». Y a-t-il donc une surévaluation du nombre de gens qui ne ressentent pas de solitude ?

43% se sentent seuls
 39% se sentent entourés
 11% ni l'un, ni l'autre
 7% n'ont pas répondu

-Y a-t-il un lien entre isolement et la solitude ?

55% se sentant entourés ne sont pas isolés relationnellement contre

58% se sentant seuls

Il n'y aurait donc pas de relation entre isolement relationnel et sentiment de solitude
 Cette notion ne peut être que renforcée si il y a effectivement plus de gens qui se sentent seuls qu'on ne l'a noté dans l'étude.

-Y a-t-il un lien entre importance du handicap et solitude ?

55% se sentant entourés sont GIR 1-2 contre

33% se sentant seuls.

Ce résultat inattendu est-il le fait de réponse non fiable ?

Les handicap cognitifs ont-ils une philosophie différente des autres de la solitude ?

Y a-t-il un lien entre handicap sensoriel et solitude ?

On peut concevoir que le déficit sensoriel entraînant une difficulté de communication finisse par entraîner un isolement et une solitude.

42% se sentant entourés présentent un déficit sensoriel contre

58% se sentants seuls.

Il pourrait donc effectivement exister un lien entre handicap sensoriel et sentiment de solitude.

Au domicile, en comparant la situation en EHPAD

Comme en EHPAD 28 personnes ont été interrogées et ont accepté de répondre au questionnaire.

Population

Sexe. 86% femmes 24% hommes

Là encore la majorité féminine est écrasante.

Age : 39% >89 ans 29% entre 80-89 ans 25% entre 70-79 ans 7% <70 ans

La moyenne d'âge est donc plus élevée en EHPAD qu'au domicile comme on pouvait s'y attendre

Girage : 21% GIR1 29% GIR2 14% GIR 3 36% GIR4

Type de handicap principal : :57% physique 32% cognitif 11% sensoriel

Les pourcentages sont donc inversés par ceux observés en EHPAD.

Cela met en avant qu'il est plus difficile de rester au domicile avec un handicap cognitif qu'avec un handicap physique.

Condition de vie

58% seules 21% en couple 21% avec quelqu'un d'autre

Situation familiale

Maritale

58% veuves (ou veufs) 21% célibataires 21% couple

à noter, pas de divorcée

Enfant

71% ont au moins 1 enfant vivant 29% sans enfant vivant

soit des % identique à ceux en EHPAD

Autre famille

14% ne mentionne aucune famille

2 ont des relations avec leurs frères ou sœurs.

2 sœurs vivent ensemble et font toutes deux partie de l'étude

Intérêt pour les éléments sonores

79% s'y intéressent

soit une différence significative par rapport aux résidents de l'EHPAD (50%)

Intérêt pour le journal ou la lecture

36 % lisent

On semble donc autant lire en EHPAD qu'au domicile

Intérêt pour d'autres activités

18% ne s'intéressent à rien

soit nettement moins qu'en EHPAD (32%)

Utilisation du téléphone

43% l'utilisent

soit beaucoup plus qu'en EHPAD (18%)

Réseau relationnel

Je ne reprendrai pas la façon de décompter les relations, expliquée dans le chapitre EHPAD ;

Je signalerai juste que pour faire le parallèle avec l'EHPAD je n'ai comptabilisé ni les relations avec les aides à domicile ni celles avec les aides soignantes, bien qu'on connaisse le rôle relationnel particulièrement important qu'ont les aides à domicile auprès des personnes âgées.

Dans notre population, il y avait un minimum de 3 interventions par semaine jusqu'à 4 interventions par jour, voir des gardes de nuit.

Ont été prises en compte dans le calcul relationnel les conversations avec la coiffeuse, les voisins, les amis, les membres de la famille, une fois un boulanger, une fois un facteur, une fois la participation à un club, trois fois le portage de repas. De même certaines conversations téléphoniques jugées de qualité sont entrées dans le calcul.

Je n'ai par contre pas pris en compte les relations au sein du couple ou au sein des personnes habitant avec un autre membre de la famille bien qu'il soit évident que leurs relations sont capitales.

Nombre de relations hebdomadaires

68% > 4 relations / semaine 32% < 5 relations /semaine

Personne à domicile n'est noté sans visite. Il peut y avoir un biais à ce fait dans le sens que je pense que souvent les demandeurs d'APA ont un minimum d'entourage. En effet à mon avis un bon nombre de gens complètement isolés n'ont même pas la notion de cette possibilité ou ne savent pas comment faire cette demande.

Toujours est-il que le % de non isolés est > à celui en EHPAD (54%).

Relations familiales

75% ont au moins 1 relation /mois

25% n'ont aucune nouvelle de la famille

ce qui est à peu près similaire à l'EHPAD

14% n'ont une relation qu'avec un membre de famille

Relation amicale

50% ont au moins 1 relation /mois

ce qui est plus qu'en EHPAD (32%)

Etude de certaines variables susceptibles d'influencer la fréquence des relations

-Avoir au moins un enfant vivant protège-t-il de l'isolement ?

68% avec un enfant vivant ne sont pas isolés contre

75% sans enfant vivant

A noter qu'une personne vit avec sa fille unique et qu'elle est plutôt isolée par ailleurs.

Comme dans l'EHPAD on remarque que l'existence d'un enfant vivant n'est pas une protection contre l'isolement.

-Age

64% des plus de 90 ans ne sont pas isolés contre

71% des moins de 90 ans

ce qui montre une certaine différence entre les plus et moins âgés.

-Situation maritale

Les veuves (ou veufs) sont –elles plus ou moins isolées que les personnes vivant en couple ?

50% des personnes en couple ne sont pas isolées contre

70% des personnes veuves.

Les personnes veuves reçoivent elles plus la compassion de l'entourage que les couples ?

-Détérioration

selon type de handicap

68% des handicap physiques ou sensoriels ne sont pas isolés contre

67% des handicap cognitifs

Ces % sont comparables à l'inverse de ceux constatés en EHPAD.

Est-ce justement parce qu'ils ne sont pas isolés que les handicapés cognitifs peuvent rester au domicile ?

Selon l'importance du handicap

79% des GIR 1-2 ne sont pas isolés contre

57% des GIR 3-4

En moindre proportion qu'en EHPAD, on note là encore que les gir 1-2 sont plutôt avec handicap cognitif et que les gir 3-4 sont plutôt avec handicap physique. Pourtant ceux sont les GIR 1-2 les moins isolés. Cela va donc dans le même sens que la remarque précédente en élargissant au fait que pour rester au domicile très handicapé, il ne faut pas être isolé.

Sentiment de solitude

57% se sentent entourées

18% se sentent seules

11% répondent ni l'un, ni l'autre

14% n'ont pas répondu

En EHPAD 39% se sentent entourées ; cette différence avec le domicile n'est pas expliquée par l'isolement puisque 68% ne sont pas isolées au domicile contre 54% en EHPAD.. On peut dire qu'on est donc plus isolé en EHPAD qu'au domicile et qu'on s'y sent encore plus seules. Pourtant un des motifs d'orientation en EHPAD peut être l'isolement. C'est qu'en fait bien qu'il y ait plus d'environnement humain en EHPAD , le sentiment de solitude persiste.

-Au domicile y a-t-il un lien entre isolement et sentiment de solitude ?

81% des entourées ne sont pas isolées contre

60% de ceux qui se sentent seules

Ce résultat est logique puisque plus on est entourée moins on est censé se sentir seule

-Y a-t-il un lien entre importance du handicap et solitude ?

88% des GIR 1-2 se sentent entourées contre

67% des GIR 3-4

Ces chiffres sont pris parmi les personnes ayant répondu mais il faut noter l'absence de réponse de quatre personnes GIR 1-2..

50% des gens se sentant entourés sont GIR 1-2 contre

50 % qui sont GIR 3-4

On peut dire à première vue comme en EHPAD que les plus handicapés ne se sentent pas forcément les plus seuls.

-Y a-t-il un lien entre handicap sensoriel et solitude ?

67% de ces gens handicapés sensoriels se sentent entourés contre

13% qui se sentent seuls et

20% qui ont répondu ni l'un, ni l'autre

-Ma cohorte est trop petite mais il serait intéressant de savoir si les personnes vivant seules veuves ont plus ou moins un sentiment de solitude que les personnes célibataires vivant seules.

V-4 REVUE DES ETUDES DANS LA LITTERATURE

1- L'ISOLEMENT COLLECTIF ? LES RELATIONS AVEC L'EXTERIEURE DANS UNE POPULATION DE « LONG SEJOUR » (18)

Ce travail tente d'approcher l'univers relationnel de personnes âgées placées dans un établissement de long séjour, à travers l'étude des visites et des sorties des pensionnaires.

Il en résulte que le nombre de personnes âgées institutionnalisées, coupées de tout lien avec l'extérieur, est très important et pour ceux et celles qui ont encore un lieu, celui-ci s'avère ténu et fragile.

Trois facteurs péjoratifs se dégagent de l'étude : l'absence d'enfants, la durée de séjour dans l'établissement, et surtout l'existence d'une détérioration mentale.

2- LE SENTIMENT DE SOLITUDE CHEZ LES PERSONNES AGEES ; PREMIERS RESULTATS D'UNE ENQUETE A BRUXALLES ET A ANDERLECHT (19)

Lors d'une enquête réalisée en Europe sous l'égide de l'Organisation Mondiale de la Santé, on a interrogé des personnes âgées à propos de leurs sentiments de solitude, d'oubli et d'inutilité. A Bruxelles, les entretiens ont été réalisés en milieu urbain, à Bruxelles-ville et Anderlecht.

Les questions posées étaient : « Vous sentez-vous seul ? »-« Vous sentez-vous oublié ? »-« Vous sentez-vous inutile ? »

Les quatre possibilités de réponse étaient : « souvent »-« quelquefois »-« jamais »-« ne peut pas dire ».

Le pourcentage de sujets ayant répondu « ne peut pas dire » est très faible entre 1 et 4 %.

Un premier examen des chiffres montre que la majorité des personnes âgées, en milieu urbain, ne se sent pas seule, pas inutile et encore moins oubliée.

Dans tous les cas, les femmes répondent plus souvent « oui » que les hommes surtout en ce qui concerne le sentiment de solitude. Le sentiment d'oubli est le moins répandu.

On constate également que les veufs et les veuves se sentent plus oubliés et inutiles que les sujets mariés. Toutefois les veuves se sentent plus seules, plus oubliées et plus inutiles que les veufs.

L'isolement objectif (c'est à dire personne non entourée physiquement par un conjoint ou un descendant) n'explique pas entièrement les différences observées dans les chiffres relatifs aux sentiments de solitude, oubli et inutilité. Dans quelle mesure, la santé interviendrait dans l'apparition de ces sentiments ? Il est indéniable que plus la santé est jugée mauvaise, plus les sentiments de solitude, d'oubli et d'inutilité sont forts.

3- ENQUETE « RELATIONS DE LA VIE QUOTIDIENNE ET ISOLEMENT »

Dans le cadre du dispositif d'Enquêtes Permanentes sur les Conditions de Vie des ménages (EPCV) mené par l'Insee auprès de 6000 ménages en mai 1997 (20)

les relations ont été appréhendées en dénombrant les conversations engagées avec les différents interlocuteurs au cours d'une semaine.

Est considérée comme interlocuteur toute personne vivant hors du foyer de l'enquêté avec qui celui-ci a eu une ou plusieurs discussions à caractère personnel d'au moins cinq minutes. Les discussions d'ordre strictement professionnel ou de service étaient exclues. L'enquête s'attache à recenser les fréquences des conversations et les différents types d'interlocuteurs mais ne renseigne pas sur la qualité de ces relations.

Il en ressort que les contacts des personnes âgées s'affaiblissent au fur et à mesure du vieillissement. Par la perte des envies, la fatigue, mais la réduction des contacts par « paliers » est surtout due aux différents événements qui interviennent à cette étape de vie : cessation d'activité professionnelle, réduction de l'activité privée et de l'autonomie des personnes âgées, diminution du réseau des connaissances par décès. L'absence de descendance est un facteur aggravant d'isolement. Avec l'apparition des handicaps pénalisants, la sociabilité du groupe se restreint et les femmes qui montraient une activité relationnelle plus développée avant 70 ans reviennent au niveau de leur conjoint. Ainsi en vieillissant, les relations deviendraient plus dépendantes du couple et moins personnelles. La sociabilité des personnes âgées reste marquée, comme celle des plus jeunes, par le niveau de diplôme obtenu et par la profession exercée. La faiblesse des contacts téléphoniques ne vient que confirmer la faiblesse des contacts téléphoniques ne vient que confirmer la faiblesse des contacts en face à face.

4- STATISTIQUE PUBLIQUE INSEE

DONNEES SOCIALES-LA SOCIETE FRANCAISE -PUBLICATION 2002-2003
(21)

Les célibataires pour les plus jeunes, divorcées pour les personnes d'âge mûr et veuves pour les plus âgées sont les trois catégories de personnes ayant contribué à la progression de la vie solitaire entre 1982 et 1999. Elles se démarquent par leur comportement relationnel mais aussi par leur sensibilité au sentiment de solitude.

Cette propension à l'isolement et à la solitude est aussi modulée par les caractéristiques sociales.

La plus forte contribution à l'augmentation des personnes seules est celle des divorcés. L'isolement relationnel caractérise les personnes défavorisées c'est à dire les personnes âgées ou handicapées ou peu diplômées ou au chômage ou aux revenus modestes.

Les personnes seules socialement sont les plus fragiles et les plus touchées par un sentiment de solitude.

Quand à l'union isolement et solitude, on remarque que les veufs ont une probabilité d'être moins isolés relationnellement que les divorcés, pour autant ils affichent la même probabilité au sentiment de solitude. A taux d'isolement relationnel identique, les chômeurs montrent un sentiment de solitude supérieur aux retraités. On note aussi que l'isolement relationnel progresse avec l'âge quand à l'inverse le sentiment de solitude diminue. Le modèle de personnes âgées avec peu de relations autour de soi est un modèle incorporé par l'ensemble de la population et devient alors normalité. Etre âgé et avoir peu de relations ne constitue pas alors un stigmate et entraîne une acceptation d'autant plus aisée de cette situation.

5- VIE RELATIONNELLE ET LONGEVITE DANS LA GRANDE VIEILLESSE : UN SUIVI DE 5 ANS D'UNE COHORTE D'OCTOGENAIRES (22)

L'impact de la vie relationnelle sur la longévité des personnes âgées a été évalué sur une cohorte de 295 octogénaires. Les analyses indiquent que le lien d'amitié a un impact direct sur la longévité des personnes très âgées et que l'investissement affectif de la relation prime sur la quantité des échanges. La qualité du lien implique des contacts réguliers mais pas nécessairement fréquents. Ces résultats apportent leur contribution selon laquelle la vie affective est un enjeu important jusqu'à la dernière étape de vie. Le lien d'amitié influence par ailleurs le style de vie, la santé et facilite les processus adaptatifs face à un événement perturbateur.

La présence de membres de la fratrie agit positivement sur la durée de vie. L'effet de la fratrie pourrait être soit d'origine génétique, soit sociale. Le lien fraternel est souvent considéré comme un support d'une relation de confiance et comme une source de bien-être pour la personne très âgée. Ce lien pourrait, au même titre que le lien d'amitié, avoir un effet protecteur sur la longévité.

Avoir des enfants n'influence pas la longévité. Cette absence d'effet pourrait s'expliquer par le fait que la question sur la présence d'un enfant ne cerne pas bien la dimension affective du lien entre les parents très âgés et leurs enfants. Les interactions avec les enfants n'impliquent en effet pas nécessairement une dimension affective.

La présence du conjoint semble agir quant à elle négativement sur la longévité. Outre le souci et le poids de son propre vieillissement, chacun porte également ceux de l'autre. Le statut d'aidant est source de stress et affecte la santé : on peut imaginer qu'il est psychologiquement et physiquement plus lourd encore à supporter dans le grand âge.

CONCLUSION

Dans le discours officiel, la solitude est citée comme le premier des maux qui affligent les personnes âgées.

La solitude n'est pas un problème spécifique à la vieillesse. C'est un phénomène né des modes de vie modernes et plus spécialement de l'anonymat des grandes villes. Des gens de tous âges peuvent se consumer de solitude dans un deux pièces avec des milliers de personnes autour d'eux..

La solitude n'est pas le fait de vivre seul mais essentiellement le sentiment de ne compter pour personne. Il faut la faculté de rencontrer des gens avec lesquels un certain dialogue est possible. ; puis un sentiment de valorisation personnelle. Une certaine richesse intérieure est nécessaire pour tirer parti des moments où l'on est seul : c'est une sorte de tournure d'esprit, une aptitude à se satisfaire de ce que l'on a.. Le besoin qu'a chacun de communiquer est très variable. Certaines personnes aiment être seules, souvent, avec elles-mêmes, et apprécient simplement un contact de temps à autre. Dans ces domaines nous vieillissons, comme nous avons vécu.

La retraite entraîne le plus souvent, la perte des relations professionnelles. Selon l'importance qu'elles avaient pour nous, le vide sera plus ou moins grand.

Le mariage et le départ des enfants ne rompent pas les relations avec eux, mais créent aussi un certain vide dans l'existence quotidienne. Beaucoup de personnes se voient proposer des activités associatives, bénévoles, culturelles ... trouvant ainsi une solution à l'isolement né de la retraite. Mais parfois elles n'accrochent pas. Alors il y a danger de repli sur soi et de confrontation avec la vraie solitude.

Puis, avec l'entrée dans le grand âge, et parfois un accident de santé qui diminue la mobilité, de nouveaux problèmes se posent..

Avec l'âge aussi on voit s'éclaircir les rangs des amis et des parents de la génération. Pour beaucoup de personnes âgées, le veuvage sera véritablement l'entrée en solitude. L'isolement grandissant avec l'âge risque de détacher la personne âgée de la réalité et de la vie, d'où une détérioration possible de ses fonctions cognitives.

Le respect pour les anciens, la valeur reconnue à l'expérience appartiennent au passé. L'action sociale en faveur des personnes âgées est assez récente. Il y a eu la fondation des Petits Frères des Pauvres essayant de redonner considération et affection à ces personnes seules. Puis la situation a évolué. Les services publics, les œuvres privées, dans le développement des mesures pour le maintien à domicile, s'efforcent de tenir compte aujourd'hui, de l'indispensable respect de la dignité et de la volonté de chacun. La mise en place de l'APA, les initiatives telles que « Essentiel »(annexeV), Accueil et service S.O.S-3^{ème} âge (à Paris et Lille) y contribuent.

Parfois, du fait du handicap et ou de l'isolement on finit par choisir la solution de l'EHPAD. Mais l'absence d'isolement n'évitera pas une possible et douloureuse sensation d'indifférence dont souffrent ces gens.

Pour lutter contre cette solitude se sont implantés de nouveaux espaces de communication et de créativité dans les domaines de la peinture, de la sculpture et de la musique à Charles Foix d'Ivry suivant le principe bien énoncé par I. Pelboit-Pirabot dans un colloque à Lyon en 1982 : « Si, dans le regard de l'autre, le malade ne rencontre que son image, celle de sa maladie, il n'y a pas d'espace extérieur. Il n'y a pas d'environnement, il n'y a pas d'autonomie... L'espace extérieur naît de la relation à une présence qui n'encombre pas l'espace, l'activité thérapeutique naît de

« l'inactivité » du thérapeute qui n'est là que comme « cadre » générateur, présence attentive aux signes d'une relation. ». En effet la fonction de l'intervenant est primordiale et la responsabilité doit être confiée à des artistes professionnels vivant eux-mêmes le processus de la création. Les personnes âgées arrivent ainsi à rêver, élaborer des projets, renouer à travers leur démarche artistique des contacts humains avec leur entourage.

Il se crée aussi des centres de jour comme celui d'Edith Kremsdorf dans le 3^{ème} arrondissement de Paris qui comme le Professeur Lucien Israël définissait une bonne psychothérapie, « fait bon ménage avec le symptôme et permet de s'accepter tel qu'on est ». Il est question d'éviter de laisser la personne s'installer dans le silence, d'essayer de freiner l'évolution démentielle et de conserver les possibilités intellectuelles restantes.

L'image de la vieillesse peut être tout à fait insupportable pour son environnement car elle est une projection de notre future vieillesse. La société, c'est nous et le regard qu'elle porte sur la personne âgée, c'est celui de chacun de nous. Il faut faire l'effort d'améliorer cette image de la personne âgée.

La multiplication des rencontres au sein des EHPAD entre personnes âgées et groupes scolaires, comme cela se pratique dans quelques établissements, pourrait bien y contribuer.