

Université René Descartes – Paris V

Faculté Cochin – Port Royal

***Approche de l'institutionnalisation
des couples en EHPAD***

Docteur Danielle DOLET-FERRATON

**Diplôme Inter Universitaire de
Médecin Coordonnateur en EHPAD**

Année universitaire 2007-2008

Remerciements

◇ à Madame Linda Benattar, directrice médicale du groupe ORPEA et instigatrice de ce travail

◇ à Mesdames Carzon et Pilibjian, directrices de la Résidence Saint Rémy

◇ aux équipes médicales, paramédicales, de vie et d'administration de la Résidence pour leur mémoire collective précieuse en la circonstance

◇ à Régina et Elisabeth

◇ à Evelyne

SOMMAIRE

Introduction	Page 2
Préambule	Page 3
1°) <i>Le site de la Résidence Saint Rémy</i>	Page 3
2°) <i>Quelques éléments statistiques</i>	Page 4
3°) <i>Réflexion sur le contexte</i>	Page 5
4°) <i>Sigles et codes employés</i>	Page 6
Chapitre I : Etude générale des couples	Page 7
1°) <i>La population des couples de la Résidence Saint Rémy</i>	Page 7
2°) <i>L'analyse de ces couples</i>	Page 8
3°) <i>Le devenir des couples</i>	Page 9
4°) <i>L'âge des couples lors de leur institutionnalisation</i>	Page 11
5°) <i>La dépendance de ces couples</i>	Page 12
Chapitre II : Etude particulière des couples	Page 14
1°) <i>Couples de la 1^{ère} catégorie/ l'un est en bonne santé, l'autre est malade</i>	Page 14
2°) <i>Couples de la 2^{ème} catégorie : l'un est atteint de la maladie d'Alzheimer, l'autre est malade</i>	Page 15
3°) <i>Couples de la 3^{ème} catégorie : l'un est atteint de la maladie d'Alzheimer, l'autre est en bonne santé</i>	Page 15
4°) <i>Couples de la 4^{ème} catégorie : les deux sont atteints de la maladie d'Alzheimer</i>	Page 16
5°) <i>Couples de la 5^{ème} catégorie : le couple est en bonne santé</i>	Page 16
6°) <i>Couples de la 6^{ème} catégorie : ils sont tous deux malades</i>	Page 17
7°) <i>Cas particulier</i>	Page 17
Conclusion	Page 19
Annexe	Page 21

INTRODUCTION

L'homme, par nature, n'est pas un « animal solitaire ». Aussi loin que remonte notre connaissance de l'Histoire de l'Humanité, quelque soit la contrée, il a formé des tribus plus ou moins élargies, mais surtout il a éprouvé le besoin de créer des cellules familiales dont la plus représentative est le couple.

Le *GRAND LAROUSSE encyclopédique*, dans son édition de 1960, définit le couple comme « Homme et femme unis par les liens du mariage ou de l'amour ». Tout est dit. A l'occasion du mariage, l'homme et la femme se promettent, entre autre, amour, fidélité ... jusqu'à ce que la mort les sépare. Si le divorce a changé cette dernière expression, certains couples ont résisté dans leur union aux épreuves de la vie et peuvent espérer vieillir ensemble.

L'espérance de vie s'est améliorée à tel point que le mariage peut durer plus de cinquante ans voire bien au-delà. Cependant, la vieillesse et les maladies qui évoluent avec le temps rendent le quotidien au domicile difficile, voire précaire et même dangereux. Le couple doit se résoudre, parfois avec déchirement, à entrer en Etablissement d'Hébergement pour personnes Agées Dépendantes. Si cela reste la minorité des hébergements, il n'en demeure pas moins qu'il s'agit d'une réalité qu'il est bon de prendre en considération.

Les études en cours, les préoccupations des différents responsables et les statistiques ne prennent pas en compte les couples vieillissants et leur devenir. Pourtant, ils existent bien et méritent que nous nous intéressions à ce qui a pu les motiver, voire les contraindre à quitter leur maison ou leur appartement dans lequel ils ont vécu parfois plusieurs décennies.

Nous tenterons donc de voir dans un EHPAD de grande dimension, la Résidence Saint Rémy du groupe ORPEA située dans les Yvelines où les couples sont bien représentés, ce qui peut nous éclairer sur les circonstances de leur entrée en institution. Cette population, particulière, est toute nouvelle quant à son évolution démographique mais elle prend une importance à ne pas négliger pour les quinze à vingt ans à venir.

Leur étude, ici, peut également nous surprendre au regard des statistiques habituellement reconnues et de leur histoire de vie.

* * *

PREAMBULE

1°) Le site de la Résidence Saint Rémy

Le site de la Résidence Saint Rémy, où cette étude a pu être effectuée, est à Saint Rémy-lès-Chevreuse, dans les Yvelines. Il est remarquable pour les possibilités qui s'offrent à des couples de personnes âgées devenant plus ou moins dépendantes et qui souhaitent entrer en institution. Il est l'un des EHPAD du groupe ORPEA (groupe privé).

Conçu initialement pour de jeunes retraités dynamiques, il a l'aspect d'un village avec de petits immeubles et des pavillons de plein pied autour d'une place, *l'Agora*. Celle-ci accueille les restaurants, une salle de concert et de réunion, un salon de coiffure et d'autres aménagements, dans un parc paysager et largement arboré.

L'histoire naturelle de ces jeunes retraités en a fait des personnes âgées devenues plus ou moins dépendantes. Ils ont donc nécessité un environnement de plus en plus médicalisé pour respecter, autant que faire se peut, une vie la plus « aimable » possible qui tenait compte des exigences de leur santé et de l'évolution de leur(s) handicap(s) lié(s) au vieillissement et à la maladie.

La Résidence peut accueillir trois cent quatre-vingt résidents qui se répartissent en trois cent quarante quatre « résidence retraite » et trente six « résidence services ». Cette caractéristique est donc un élément favorable à l'étude des couples en EHPAD puisqu'un large panel de situations peut s'offrir à notre attention dans le temps et dans l'espace.

En effet des personnes arrivées en « résidence services » peuvent voir modifier leur prestation contractuelle en fonction des besoins exigés par leur dépendance et leur maladie et bénéficier de la solution « résidence retraite » traditionnelle, voire celle du secteur protégé.

Cette spécificité de la Résidence a inspiré, certes, ce travail mais celui-ci pourrait être élargi, voire adapté à d'autres résidences accueillant des couples, même si l'environnement n'est pas forcément comparable.

2°) Quelques éléments statistiques

Pour situer ces couples en EHPAD, il est bon de les replacer dans l'histoire contemporaine et dans le contexte particulier du vieillissement de la population en ce début de XXIème siècle.

Quelques chiffres* peuvent illustrer notre propos :

- ▶ en 1911, la population était de 41 479 006 personnes recensées,
- ▶ elle n'était plus que de 39 209 518 en 1921 (la « grande guerre » avait fait ses ravages démographiques)
- ▶ pour remonter à son chiffre de 1911 en 1931
- ▶ et atteindre le chiffre de 58 518 395 en 1999.

** Chiffres de l'INSEE 2008-10-28*

Les couples de notre étude sont nés dans cette période de début du XXème siècle qui a vu la population masculine fluctuer de façon notable (celle des femmes restant stable). Des enfants ont pu naître et vivre malgré cet événement, mais en moins grand nombre. Ceci a eu un retentissement certes majeur sur l'économie mais également sur les mentalités et la société faite pour l'essentiel de femmes veuves ou restées célibataires sans les enfants qui ont « manqué » sur le plan démographique.

Les couples de notre étude, issus de cette période ont été marqués par les événements rappelés succinctement au travers des chiffres fournis par l'INSEE. Ils ne méritent ici aucun commentaire mais doivent être rappelés pour bien situer ces personnes dont l'âge pour l'essentiel est de plus de 85 ans.

Cependant, les progrès de la médecine de la deuxième moitié du XXème siècle, les conditions de vie et d'hygiène et l'heureuse absence de grande guerre pour l'Europe sur ces soixante dernières années ou de conflit majeur impliquant la France ont permis l'explosion de la démographie des personnes de plus de 75 ans qui ont pu vivre plus longtemps et en meilleure santé que les générations précédentes, avec une progression prodigieuse depuis environ trente ans.

Ainsi, le dernier recensement des centenaires, en 2008, a permis d'en compter 20 000*.

De même, en 1950, s'il y avait 200 588 personnes âgées de plus de 85 ans, il y en avait 1 267 516 en 2000, et selon les derniers chiffres, 1 414 920 en 2008*.

Dans le même temps, les personnes âgées de 75 à 84 ans étaient :

- 2 977 615 en 2000
- et 3 907 008 en 2008*.

**Chiffres de l'INSEE 2008-10-28*

L'espérance de vie, en France, est de 77,6 ans pour les hommes et de 84,5 ans pour les femmes, avec une moyenne de 81 ans sans distinction de sexe. Dans le même temps, au niveau de l'Europe, elle est de 71 ans pour les messieurs et de 79 ans pour les dames*.

**Chiffres de l'INSEE 2008-10-28*

Enfin, sur les plus de 85 ans recensés de fin 2007 - début 2008, la répartition des 1 314 789 personnes âgées était comme suit :

- 100 095 célibataires,
- 290 890 mariés,
- 37 894 divorcés
- et 885 936 veufs et veuves*.

**Chiffres de l'INSEE 2008-10-28*

Une telle revue de la population des personnes âgées de plus de 80 ans dans le contexte de leur naissance et de leur vie nous permet de situer les résidents d'EHPAD qui font l'objet et la pertinence de ce travail. Nous n'entrerons pas dans la polémique sur le niveau socio-économique de la population étudiée qui a, en effet, les revenus nécessaires pour entrer dans un établissement privé à but lucratif. Ce n'est pas l'objet de notre propos. Mais nos propres statistiques sur ces couples nous éclaireront sur ce qu'ils sont aujourd'hui.

3°) Réflexion sur le contexte

La population de notre étude appartient donc à ces catégories de gens nés dans un contexte différent de celui qui les voit vieillir, ce qui n'avait pas été le cas sur les générations précédentes. Ils ont traversé ce XXème siècle qui les a vu naître en son début avec ses lots de changement de mode de vie, de pensée, de repère. Lorsqu'ils étaient enfant, les grands-parents vivaient dans la famille ou dans un lieu proche, les maisons de retraite n'existaient pas. Les indigents allaient et mouraient à l'hospice quand ils n'étaient pas déjà morts de pathologies qui se traitent en toute simplicité aujourd'hui.

L'espérance de vie était alors largement en deçà de ce que nous connaissons : avoir soixante ans a été longtemps un « grand âge ». Ils ont donc vécu un changement qui est une réelle révolution pour eux alors que cela nous paraît normal, naturel et adapté aux exigences de notre siècle puisque nous y sommes nés, nous, les accompagnants de leur vie, dans ce contexte qui est devenu le leur.

Il est naturel que, dans une résidence de la taille de celle de Saint Rémy, nous puissions trouver matière à réflexion sur ces couples qui ont pu partager plusieurs décennies de vie commune et qui réagissent selon les critères de leur génération et non comme leurs enfants et petits-enfants.

4°) Sigles et codes employés

Nous avons utilisé des sigles couramment admis dans le domaine médico-social de la prise en charge des personnes âgées dépendantes :

- **EHPAD** : établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes
- **GIR** : le groupe iso ressources est le degré de dépendance d'une personne. Des valeurs *A*, *B* ou *C* sont attribuées aux variables de la grille AGGIR. Ce logiciel de primo évaluation, établi par le Syndicat National de Gériatrie Clinique, qui sert de référence, détermine la valeur du GIR en six niveaux. Le niveau 1, le plus lourd, exprime une dépendance totale, physique et mentale. Le niveau 6, le plus léger, exprime l'absence de dépendance notable (l'autonomie étant préservée).
- **DTA** : démence de type Alzheimer
- **DID** : diabète insulino dépendant

La liste des différents couples, objet de cette étude, figure *en annexe* pour illustrer, dans un premier temps, les éléments chiffrés qui situent cette population. Ils ont servi de base aux réflexions comparatives et à une meilleure compréhension de ce que sont ces couples en EHPAD et de leur devenir général. Quelques exemples illustreront dans un deuxième temps l'histoire de vie et la problématique particulière que cela peut entraîner sur leurs dernières années de vie. Cela nous conduira à réfléchir, certes, sur ces couples mais également sur ce que pourra être une partie de la population à venir.

* * *

CHAPITRE I : Etude générale des couples

1°) La population des couples de la Résidence Saint Rémy

Cinquante cinq couples font l'objet de ce travail :

- l'un ou les deux étaient encore présents entre janvier et mai 2008,
- ils sont arrivés sur le site entre 1993 et mai 2008 (date limite de la prise en compte des couples).

Ils ont pu être recensés à partir de la situation globale et administrative mais également sur l'effort de mémoire collective des personnels (un ou deux couples, tout au plus, peuvent avoir « échappé » au recensement). En effet, lorsque l'un des conjoints est mort depuis plusieurs mois voire plusieurs années, le travail de mémoire dans ses multiples interprétations est indispensable et justifie que nous nous y intéressions.

Nous avons pu identifier plusieurs catégories de couples dont les motivations de vivre en institution pouvaient être différentes et semblables à la fois :

- 1^{ère} : un conjoint malade et l'autre en bonne santé
- 2^{ème} : un conjoint « Alzheimer » et un malade d'une autre affection
- 3^{ème} : un conjoint « Alzheimer » et l'autre en bonne santé
- 4^{ème} : les deux « Alzheimer »
- 5^{ème} : les deux en bonne santé
- 6^{ème} : les deux malades (non « Alzheimer »)

Dans la 1^{ère} catégorie, lorsque l'un des membres du couple est trop lourd médicalement parlant et que l'autre ne peut y faire face seul, ils choisissent ensemble d'entrer en institution et vivent soit dans le même appartement ou le même pavillon soit séparés sur le site avec le loisir de se voir autant qu'ils le souhaitent.

Dans la 2^{ème} catégorie, la maladie d'Alzheimer de l'un et la maladie évoluée de l'autre rendent le maintien à domicile difficilement gérable voire impossible et dangereux, imposant une institutionnalisation qui peut tenir compte des exigences de prise en charge adaptées à chacun, ce qui serait inenvisageable au domicile.

La 3^{ème} catégorie est particulière également comme peut l'être la 1^{ère} puisque l'un des conjoints est autonome et en bonne santé et qu'il choisit délibérément de vivre en institution pour accompagner celui (ou celle) qui est atteint d'une démence de type Alzheimer. Ils restent ensemble en pavillon et en appartement le plus souvent aussi longtemps que les troubles cognitifs le permettent jusqu'à ce que le placement en bâtiment médicalisé, voire protégé, soit devenu indispensable.

Dans le cas de la 4^{ème} catégorie, le placement en institution ne se pose pas réellement puisqu'il est inéluctable compte tenu du fait que ni l'un ni l'autre ne peuvent mutuellement s'accompagner et se soutenir. L'expérience montre que le couple continue d'exister dans toute ce que cela peut représenter dans leur mode de fonctionnement.

Il est intéressant de voir que des couples autonomes et en bonne santé (5^{ème} catégorie) sont déjà en institution. Leur histoire de vie a souvent été intense mais ils ont choisi ensemble de s'installer en « résidence service » c'est-à-dire qu'ils ont choisi de bénéficier de toutes les infrastructures de la Résidence même s'ils ne sont pas encore malades et dépendants. Ils font ce choix le plus souvent par anticipation ou à titre préventif, soit parce que leurs enfants sont dispersés en France et à l'étranger, soit parce qu'ils n'ont pas d'enfants ou que la vie les en a séparés.

La 6^{ème} catégorie est également intéressante lorsque le couple, le plus souvent parfaitement conscient des difficultés qu'il rencontre au quotidien, décide d'entrer en EHPAD parce que l'un et l'autre ne peuvent s'accompagner mutuellement dans la maladie et dans la dépendance. Dans ce cas, le choix est plus volontaire que pour ceux de la 4^{ème} catégorie car ils sont à même de prendre en compte les enjeux et les implications que cela entraîne sur leur vie.

Globalement, nous pouvons être tentés de faire deux grands groupes de ces six catégories, à savoir les couples où l'un des deux, voire les deux sont en bonne santé et ceux où les deux sont malades et ce quelque soient le type de l'affection.

2°) L'analyse de ces couples

Les six catégories identifiées précédemment se répartissent selon une certaine fréquence en fonction des difficultés rencontrées, voire des circonstances particulières et sont présentées dans le tableau suivant qui brosse rapidement notre population avec quelques chiffres étonnants sur les personnes en bonne santé qui accompagnent leur conjoint :

Catégories	Nombre	Pourcentage
1 ^{ère} : malade* + bonne santé	20	36.4%
2 ^{ème} : Alzheimer + malade*	7	12.7%
3 ^{ème} : Alzheimer + bonne santé	12	21.8%
4 ^{ème} : 2 Alzheimer	2	3.6%
5 ^{ème} : 2 bonne santé	9	16.4%
6 ^{ème} : 2 malades*	5	9.1

** par malade, il faut entendre malade non atteint de la maladie d'Alzheimer*

Nous remarquons, en effet, que deux grandes tendances se font jour dont une partie qui concerne les résidents atteints de la maladie d'Alzheimer et qui font l'objet des préoccupations légitimes de nos gouvernants mais également de notre société :

- ▶ 36.4% des couples impliquent un malade et son conjoint en bonne santé

- ▶ 39.1% des couples impliquent un Alzheimer
- ▶ 58.2% de personnes en bonne santé acceptent d'entrer en institution pour accompagner leur conjoint malade.

Ainsi, **six personnes sur dix dans les couples** ne justifient pas réellement d'entrer en institution de type EHPAD, il faut donc en rechercher les causes et les motivations.

La simple analyse de ces quelques chiffres permet de voir que la notion de couple est fondamentale dans le désir de finir leur vie ensemble quelque soient les difficultés et les efforts financiers que cela peut représenter pour l'accompagnant que l'on désigne le plus souvent sous le terme d'**aidant** actuellement. Mais ce désir tient également compte de leur histoire de vie, voire de leur conjugopathie.

Nous avons parlé de couples à l'entrée en institution, celle-ci se répartit en deux grandes périodes :

- ▶ de 1993 à 2001 : treize couples dont il ne ressort pas forcément de répartition particulière, sur les pathologies ou la notion de bonne santé, même si nous gardons à l'esprit les conditions qui étaient celles de l'origine de la Résidence de Saint Rémy.

- ▶ de 2001 à 2008 : quarante deux couples avec une acmé entre 2004 et 2006 qui représentent 48% d'entrée sur trois ans dans une période de sept ans avec une forte concentration de personnes en bonne santé accompagnante.

Si les motivations d'entrée en institution pour un couple peuvent être catégorisées globalement en six types différents, nous avons vu que l'accompagnant a fait un choix et qu'il serait intéressant d'en voir l'évolution. Le devenir au vu du temps qui s'écoule et des effets du vieillissement des pathologies peuvent nous éclairer sur ces duos qui survivent aux épreuves de leur vie.

3°) Le devenir des couples

Sur nos cinquante cinq couples, il n'en reste que vingt trois qui n'aient pas été atteints par la perte de l'un des deux. L'analyse des décès survenus à ce jour est intéressante pour plusieurs raisons et peut être appréhendée dans un premier temps sur un tableau que nous analyserons. En effet, l'entrée en institution semble donner souvent un deuxième souffle à la personne âgée malade parfois au-delà de ce que l'on pouvait espérer.

Tableau récapitulatif des 55 couples

Catégorie Et nombre de couples	Couples en vie	« Alzheimer » décédés	Malades décédés	Aidant en bonne santé et décédé
1 ^{ère} catégorie de 20 couples	3	-	14*	3
2 ^{ème} catégorie de 7 couples	2	3	2	-
3 ^{ème} catégorie de 12 couples	7	3	-	2
4 ^{ème} catégorie de 2 couples	-	3**	-	-
5 ^{ème} catégorie de 9 couples	8	-	1***	-
6 ^{ème} catégorie de 5 couples	3	-	2	-

**une malade décédée dans un accident
de la voie publique*

*** les 2 conjoints sont décédés*

****1 résident, en bonne santé initialement,
est décédé d'une maladie d'Alzheimer*

Sur les trente deux couples dans lesquels un décès est survenu, il y a neuf personnes qui avaient un **GIR 6** à l'entrée dont six qui étaient en bonne santé et qui accompagnaient leurs conjoints dans leur maladie et l'institutionnalisation. Ces derniers sont, quant à eux, toujours vivants mais très dépendants comme ils l'étaient déjà plus ou moins à leur arrivée dans la Résidence. Une situation particulière a été celle du décès d'une dame dans un accident de la circulation alors qu'elle était en compagnie de son mari. Ils avaient choisi de vivre en « résidence services », donc dans une alternative à la « maison de retraite » en toute liberté (avantage de l'EHPAD et liberté d'un domicile privé).

Un couple atteint de démence de type Alzheimer est décédé à quelques jours d'intervalle, Madame ayant précédé Monsieur. Ils partageaient la même chambre dans le bâtiment protégé où ils avaient dû être accueillis.

Pour neuf couples, c'est celui des conjoints qui avait un **GIR 1 ou 2** qui est décédé, comme cela pouvait paraître légitime au moment de leur arrivée et compte tenu de la sévérité de la maladie et/ou de la dépendance.

Dans le cas des treize autres couples, dans quelques situations, le conjoint qui était le moins malade est décédé rapidement. Il semble à l'examen des dossiers médicaux que l'aidant se soit épuisé pour accompagner son conjoint malade et ait « lâché » prise lorsque leur environnement était devenu favorable, n'ayant plus à faire face de façon permanente et 24 heures sur 24 à la maladie et surtout à la dépendance qui impose un accompagnement de tous les instants. Cela durait la plupart du temps depuis des années, pour certains au-delà de quinze ans avec des exigences de l'un du fait de son caractère ou de sa maladie. Mais un excès de

dévouement de l'autre n'était pas rare et première source de cet épuisement constaté chez des personnes elles-mêmes âgées et naturellement moins résistantes.

Intervient donc la notion de l'âge qui peut prendre un aspect péjoratif au regard des exigences de la situation et à l'entrée dans la Résidence de ces couples, ce que nous allons donc voir dans la suite de ce chapitre.

4°) L'âge des couples lors de leur institutionnalisation

L'étude des moyennes d'âge et des différents événements qui émaillent la vie et la mort de ces couples est un élément intéressant à étudier. En effet, ils sont arrivés avec une histoire de vie que nous envisagerons plus tard dans notre travail, ils ne sont plus de jeunes retraités comme cela a pu être le cas pour certains parmi les premiers qui se sont installés sur le site de Saint Rémy-lès-Chevreuse au début des années 1990, période où le terme de résidence avait sa signification la plus courante et ne s'appliquait pas encore à un EHPAD qui est devenu du fait du vieillissement de ses résidents..

Lors de l'arrivée et de leur installation dans la Résidence, les couples répertoriés dans notre étude avaient tous en moyenne plus de 80 ans. Cela témoigne de la pertinence du fait qu'ils avaient légitimement besoin d'une aide ou d'une assistance et qu'ils n'ont pas choisi le maintien à domicile coûte que coûte.

Plus qu'une longue explication qui ne clarifierait pas le propos, un tableau récapitulatif des âges moyens des différents événements de leur vie dès leur entrée dans la Résidence en tenant compte de chaque sexe et de quelques commentaires pourra nous renseigner sur le profil démographique de nos couples.

Tableau des âges des différents événements depuis l'entrée dans la Résidence

	Moyenne d'âge à l'entrée de ces couples	Moyenne d'âge des résidents en couple en 2008	Moyenne d'âge de survenue des décès	Remarques particulières
Chez les femmes	81.42 ans	88.2 ans	83.67 ans	La femme la plus jeune à l'entrée avait 66 ans*
Chez les hommes	84.05 ans	87.76 ans	88.95 ans	L'homme le plus jeune à l'entrée avait 69 ans*

**il s'agit du même couple où l'époux était atteint de maladie d'Alzheimer*

Comme nous pouvons le voir sur ce tableau, les chiffres sont plus élevés que ceux fournis par le site de l'INSEE qui a fait l'objet d'un bref rappel dans le préambule. Il est légitime de penser que ces couples font partie d'une population « privilégiée » qui a accepté la médicalisation de son environnement malgré l'image pas toujours positive dans l'inconscient

de cette génération pour laquelle l'institutionnalisation était assimilée à l'hospice et à une fin de vie désolante. La réalité des chiffres montre que leur espérance de vie est meilleure.

L'entrée en institution se fait pour des raisons médicales sérieuses, il est donc raisonnable d'évaluer les intervalles qui existent entre cette entrée et la date de la mort qui survient à plus ou moins brève échéance.

Espérance de vie dans l'institution après l'entrée

	Moyenne des temps de vie dans l'institution	Décès dans l'année d'entrée	Nombre de résidents ayant vécu plus de 5 ans en institution
Chez les femmes	2.08 ans	1 résidente	0
Chez les hommes	3.66 ans	3 résidents	7 résidents

Ce tableau très court nous montre que les hommes vivent plus longtemps après leur entrée en institution lorsque leur état de santé le permettait et leur GIR n'était pas forcément parmi les plus péjoratifs, en particulier pour les « aidants », cela semble bien avoir été un deuxième souffle dans la maladie.

Faut-il s'interroger pour ces couples sur les bénéfices :

- d'un milieu adapté à leurs besoins,
- d'un environnement plus favorable par la vigilance des personnels paramédicaux et des auxiliaires de vie,
- d'une alimentation étudiée et équilibrée,
- de l'absence de préoccupation et d'angoisse sur leur lieu de vie,
- sur l'absence de souci matériel immédiat (excluant les conflits avec les autres membres de la famille) ?

5°) La dépendance de ces couples

Par contre, l'examen des âges de l'ensemble de cette population ne montre pas réellement une longévité accrue et remarquable :

-chez les hommes, un seul résident a atteint l'âge de 100 ans en 2008, il était entré avec un **GIR 6** en 2005 et son épouse avec un **GIR 4** est décédée à 94 ans en 2006 ;

- chez les femmes, une seule dame a 99 ans et son époux est décédé en 2004, l'année de son arrivée dans l'institution, il avait 94 ans. Ils avaient respectivement un **GIR à 6 et 2**.

Ceci nous invite à rechercher s'il existe des différences de GIR entre les deux sexes. Pour cela le GMP ou GIR moyen pondéré n'apporte pas de réel intérêt ici puisque ce chiffre nous indique le niveau de dépendance pris en charge à des fins réglementaires, administratives et financières. L'intérêt d'une moyenne simple nous permet d'évaluer le

niveau de dépendance particulière ramené au nombre de couples, ce qui n'est ni le but, ni le renseignement fourni par le GMP.

Cela nous donne pour les femmes un GIR moyen de 4.20 et pour les hommes de 4.45. Ainsi il semble, en analyse rapide, que les épouses puissent accompagner plus longtemps leurs conjoints au domicile, tandis que les messieurs aient besoin de recourir plus tôt à une aide en institution. Dans tous les cas, ils gardent une relative bonne autonomie moyenne à leur entrée en institution.

Ces chiffres, ces moyennes d'âge peuvent nous interpeller et ouvrir un débat qui n'est pas l'objet de notre travail...

Nous nous attacherons donc maintenant à la vie particulière de certains de ces couples, soit parce que leur histoire est représentative de la population des gens de leur génération, soit parce qu'elle est particulière et mérite d'être étudiée. Il sera bon de mettre en évidence les signes remarquables qui peuvent faire l'objet d'une réflexion.

* * *

CHAPITRE II : Etude particulière des couples

L'intérêt du site de la Résidence de Saint Rémy est la concentration de couples comme nous l'avons vu dans le chapitre précédent qui donne une bonne image de cette population de personnes de plus de 75 à 80 ans, dont la majorité était issue d'un milieu favorisé.

Pour illustrer notre propos, nous avons sélectionné quelques couples représentatifs de ceux qui sont accueillis à la Résidence Saint Rémy et qui appartiennent aux différentes catégories.

Nous étudierons donc chaque couple particulier dans la catégorie à laquelle il appartient et nous verrons ce qu'il peut y avoir de commun entre eux nonobstant leur différence lors de leur arrivée dans la Résidence.

1°) Couples de la 1^{ère} catégorie :

l'un est en bonne santé, l'autre est malade

Deux couples présentent un certain intérêt dans leur devenir :

Le premier cas est celui d'un couple qui est arrivé à 78 ans pour la dame et 79 pour le monsieur, mariés au sortir de la deuxième guerre mondiale, ayant eu plusieurs enfants. Ils ont eu un mode de vie confortable avec des séjours professionnels à l'étranger et un adultère de l'époux qui a entraîné au fil des années une rancœur de l'épouse dans un contexte de relation de dépendance et d'idéalisation qui a évolué vers une conjugopathie complexe. L'épouse a fait des complications hypertensives qui a nécessité son transfert en bâtiment médicalisé trois ans après leur arrivée. L'époux est décédé à l'âge de 87 ans dans un contexte d'épuisement physique et moral avec reproches et rejet mal vécu de la part de la dame.

Le deuxième cas est quelque peu similaire quant à l'environnement, mais sans problème relationnel du couple. Entrés à 80 et 81 ans, dans le cadre d'une pathologie neurologique de l'épouse (GIR 4), à type de syndrome dépressif, l'encéphalopathie ischémique et la perte d'autonomie de la dame ont eu raison du mari qui est décédé brutalement, par épuisement après quatre ans de vie en EHPAD. Le couple était uni et « sans histoire ». Seules les difficultés de santé ont été la motivation de l'institutionnalisation.

2°) Couples de la 2^{ème} catégorie :

l'un est atteint de la maladie d'Alzheimer, l'autre est malade

Deux exemples illustrent cette catégorie.

Le troisième cas est celui d'un couple âgé de 83 ans pour l'épouse, atteinte d'une démence vasculaire et de 87 ans pour l'époux qui présentait une démence de type Alzheimer (ou DTA) et un cancer digestif opéré à un stade avancé. Ils ont été **institutionnalisés** par tous leurs enfants (sauf une fille, infirmière en psychiatrie) dans un grand consensus, avec le souci d'offrir un environnement optimal à leurs parents (nombreuses rencontres, anticipation de la discussion pour la prise en charge du couple). Ainsi, alors que le choix initial était celui du mode pavillonnaire en « résidence retraite », il a été rapidement nécessaire de les faire admettre ensemble en secteur protégé pour troubles du comportement et déambulation, sans conflit familial. Le **décès dans l'année** de l'époux fait partie de ces cas, en nombre non négligeable de personnes qui décèdent dans l'année de leur institutionnalisation, que ce soit en couple ou seul.

Le quatrième cas est celui d'un **couple jeune** puisque l'époux avait 69 ans et l'épouse 66 ans à leur entrée en pavillon jusqu'à ce que les troubles cognitifs du mari rendent impossible la vie en secteur non protégé. Si la dame présentait une affection neurologique avec perte partielle d'autonomie (GIR 4), elle pouvait prétendre à demeurer dans son appartement. Elle a délibérément **choisi d'accompagner** son **mari en secteur protégé**. Il est décédé après six ans de vie en institution à l'âge de 72 ans. Lorsqu'il lui a été proposé de quitter le bâtiment en secteur protégé, bien adaptée, reconnue et estimée par le personnel, elle n'a pas souhaité regagner un bâtiment en « résidence retraite ». Le couple était uni et le fils unique très présent.

3°) Couples de la 3^{ème} catégorie :

l'un est atteint de la maladie d'Alzheimer, l'autre est en bonne santé

Pour illustrer cette catégorie, trois types de couples sont représentatif ;

Le cinquième cas est assez **exemplaire** de bon nombre de couples rencontrés : ils sont entrés à 77 ans pour l'épouse qui présentait une DTA et 79 ans pour l'époux, diabétique insulino requérant depuis plus de 24 ans (nous pouvons l'admettre comme étant en bonne santé car son DID non compliqué n'est pas en soi un motif d'institutionnalisation). La démence a évolué chez la dame avec **aggravation des troubles cognitifs** ne permettant plus une **vie de couple en appartement** comme cela s'est passé durant neuf années. Il s'est avéré nécessaire de séparer le couple en admettant l'épouse en secteur protégé pour une meilleure prise en charge des troubles et pour préserver le mari qui commençait à présenter des signes d'épuisement à 88 ans. Il s'ensuit actuellement une souffrance du couple qui était fusionnel et une **agressivité de l'épouse** face à cette séparation dont elle ne comprend pas totalement le bien-fondé.

Le sixième cas met en évidence une autre problématique rarement abordée. Le couple est arrivé à 89 ans pour la dame qui présentait une DTA et à 92 ans pour le monsieur en excellente santé malgré son âge. Ils vivaient en pavillon mais ont dû être rapidement séparés devant **l'aggravation des troubles du comportement** de l'épouse qui était perturbée par les **exigences sexuelles de son mari**. L'époux n'a pas eu la carrière qu'il aurait souhaité et s'avère **très exigeant** vis-à-vis de son entourage et de l'équipe soignante alors qu'il est toujours en « résidence services » compte tenu de sa santé et de ses facultés restées intacte à 95 ans.

Le septième cas est celui d'un **couple fusionnel** qui est arrivé à un stade de faible dépendance (GIR 5) dans lequel l'épouse, d'un caractère très angoissé naturellement, a **accepté de suivre son époux** atteint d'une DTA, elle-même souffrant pour l'essentiel d'une artériopathie globale. Le monsieur, après un cancer du colon opéré avec succès il y a quatre ans a présenté progressivement dans le cadre de son affection neurodégénérative une perte d'autonomie et un ralentissement psychomoteur. La dame très proche de lui a, peu à peu, présenté une perte d'autonomie également. Le comportement du couple a persuadé l'équipe soignante d'une **maltraitance psychologique de l'époux** compte tenu du fonctionnement fusionnel pathologique dans lequel ils vivent depuis très longtemps, mais une **séparation pourrait être préjudiciable** aux deux.

4°) Couples de la 4^{ème} catégorie :

les deux sont atteints de la maladie d'Alzheimer

Le huitième cas évoqué à plusieurs reprises dans le chapitre précédent mérite d'être remarqué. En effet, il s'agit d'un couple atteint d'une DTA avec l'épouse à 89 ans déjà dépendante à l'entrée avec un GIR 2 et l'époux de 95 ans avec un GIR 4. Ils ont **évolué ensemble** jusqu'en 2008, où ils sont **décédés à quelques dizaines de jours** d'intervalle. Très **fusionnel** dès leur arrivée, ils ont cheminé ensemble jusqu'à leur fin.

5°) Couples de la 5^{ème} catégorie :

le couple est en bonne santé

Ce neuvième cas peut étonner, cependant il s'agit de l'un de ces couples arrivé en 1993 à 76 ans pour l'épouse et 79 ans pour l'époux. Ils étaient en excellente santé et faisaient partie des bénévoles actifs de la résidence. Le **mari, très autoritaire** et ancien officier supérieur des armées, accompagnait **sa femme dans ses activités de bénévolat** et les multiples activités qui s'offraient à eux. Leur lien le plus marquant est les valeurs familiales. A la onzième année de vie dans la résidence, la dame a commencé à présenter des plaintes multiples avec chutes, syndrome dépressif, anxiété puis des troubles mnésiques. Un diabète insulino requérant s'est révélé il y a deux ans chez l'épouse avec complications à type de neuropathie qui a évolué vers **une démence vasculaire**. Il s'agit donc d'un couple traditionnel de son époque avec un mari très omnipotent (même avec les équipes soignantes) et une

femme soumise à son autorité. Ils sont âgés de 91 et 94 ans. Ils sont dans ce que nous pourrions appeler la normalité de leur génération.

6°) Couples de la 6^{ème} catégorie :

ils sont tous deux malades

Les deux couples que nous allons évoquer sont aux extrêmes de ce que nous pouvons rencontrer dans un EHPAD.

Le dixième cas est celui d'un couple qui a vécu très longtemps sur le mode du conflit, le mari reprochant des écarts à son épouse mais n'ayant ni divorcé (cela ne se faisait pas) ni pardonné. La conjugopathie ne les a pas empêché de vivre dans un pavillon ensemble, alors qu'il avait été proposé à la dame d'entrer en bâtiment médicalisé. Celle-ci a refusé, son état le lui aurait permis compte tenu de ses problèmes cardiaques (pace maker, antécédents de cancer du sein opéré et radiothérapie, séquelles de fracture du fémur et sa détérioration vasculaire et dégénérative. Elle a accepté l'attitude maltraitante de son conjoint jusqu'à la fin de sa vie. Elle est décédée à l'âge de 86 ans, quatre ans après leur arrivée dans la résidence. Le mari ne parle pas de son veuvage mais semble regretter sa compagne.

Le onzième cas est celui d'un couple malade et déjà très âgé de 90 et 92 ans. L'époux souffrait d'une maladie de Parkinson devenue très invalidante (GIR 2) et l'épouse était porteuse d'un pace maker et s'était épuisée auprès de son conjoint à tel point que son GIR à l'arrivée était à 2 alors qu'il était à 6 l'année suivante. Ils sont toujours vivants mais ils ont dû être séparés pour préserver la santé de la dame qui après avoir vécu en pavillon, avec une certaine indépendance est à ce jour en bâtiment médicalisé. L'évolution se fait dans le sens d'une aggravation de l'état de santé du couple mais surtout avec l'apparition d'un syndrome de persécution de l'épouse et une perte de ses repères, qui rendent l'accompagnement mutuel du couple difficile.

Le choix de ces onze cas peut paraître arbitraire mais il illustre bien ce qui se retrouvait le plus souvent de façon dispersée sur l'ensemble de la population des couples entrés en EHPAD pour les multiples raisons que nous avons évoquées.

7°) Cas particulier

Sortant de l'épuration, nous pouvons évoquer le cas d'un couple venant de Grande Bretagne et arrivé en relative urgence du fait de l'état de santé de l'époux âgé de 83 ans qui présentait une affection cardiaque et une maladie d'Alzheimer. L'épouse de 76 ans, d'origine anglo-saxonne, était en bonne santé. Elle a choisi de l'accompagner, en vivant dans un pavillon de la résidence, tout au long de sa maladie, tandis qu'il bénéficiait d'un hébergement en bâtiment protégé jusqu'à son décès à 85 ans. Elle est repartie quelques mois plus tard en Nouvelle Calédonie pour se rapprocher de ses deux enfants installés dans cette région du monde. Le séjour en France métropolitaine n'aura duré que le temps pour le couple de se poser pour la fin de vie de Monsieur.

Il n'est pas impossible qu'une telle situation se reproduise mais ceci est l'exemple d'une famille dispersée comme il y en aura de plus en plus avec nos nouveaux modes de vie. En effet, lorsque nous examinons l'histoire de vie des familles, il est fréquent que les enfants vivent dans des régions éloignées en France mais également à l'étranger. Même si cette dispersion géographique n'est pas une entrave aux relations affectives, elle complique singulièrement la prise en charge familiale des parents vieillissants qui perdent peu à peu leur autonomie. Cela peut être un puissant élément motivant les couples à entrer en institution.

* * *

CONCLUSION

Plus que conclure nous sommes tenter de réfléchir sur ces couples âgés.

En effet les moyennes d'âges sont pour certaines attendues : les couples entrent en EHPAD le plus tard possible puisqu'ils ont en moyenne tous plus de 80 ans avec 81,41 ans pour les femmes et 84,05 pour les hommes.

Mais ils vivent également plus longtemps que ne l'indique l'INSEE dans l'ensemble avec 88,2 ans pour les dames et 87,76 ans pour les messieurs. Les moyennes d'âges au moment du décès sont également plus favorables avec 83,67 ans pour les unes et 88,95 ans pour les autres. Nous pouvons donc raisonnablement penser que vivre en institution permet d'augmenter de façon non négligeable l'espérance de vie.

Cet aspect est particulièrement vrai pour les hommes qui vivent plus longtemps que leur compagne de plus de cinq ans. Ce résultat est étonnant et va à l'encontre des idées reçues et communément admises. L'INSEE ne nous donne à aucun moment de telles indications. S'agit-il d'un biais de notre population ou bien un nouvel aspect de la vie des couples en EHPAD ?

Il est raisonnable de s'interroger sur un tel résultat :

- la population est suffisamment large avec cinquante cinq couples
- des statistiques même à minima sont significatives
- il n'y a pas d'interprétation abusive des données.

Il n'y a qu'un chiffre : les hommes vivent cinq ans et deux mois plus longtemps que leurs épouses lorsqu'ils entrent en institution à la Résidence Saint Rémy.

Certains esprits chagrins pourront dire pour des résidents d'EHPAD : « oui, mais à quel prix ! » que le renoncement à leur domicile et à leurs repères. Or chez eux, bien des couples vivent isolés de leur famille, de leurs amis qui eux-mêmes vieillissent et s'éteignent. Leurs seules visites se limitent à une auxiliaire de vie quelques instants et à l'agent du portage des repas. Un EHPAD peut être une alternative à cet isolement et à une fin de vie solitaire, voire même à une hospitalisation de longue durée dans un environnement plus anonyme, quand les nécessités l'exigent et surtout le couple n'est pas séparé selon ses souhaits.

Les motivations des couples, même si nous les avons classés en plusieurs catégories mettent en évidence des points qui reviennent et qui peuvent interpeller en cette période où les conflits conjugaux trouvent leur solution dans le divorce.

En effet, la conjugopathie, l'autoritarisme, la soumission de l'épouse sont des éléments de fonctionnement du couple que nous retrouvons dans plusieurs histoires de vie. Certains perdent leur autonomie en même temps que le malade qu'ils ont suivi, acceptant même une forme de maltraitance. Un psychiatre, le Dr Boris Cyrulnik, parle « *d'abnégation morbide*

dans le couple ». Ce terme un peu « pompeux » exprime une réalité que nous pouvons constater dans certains des couples sélectionnés.

De même, plusieurs conjoints de malade d'Alzheimer acceptent de les suivre en institution, voire même en secteur protégé ! D'un point de vue rationnel, cela peut paraître étonnant, mais si nous nous remettons dans le contexte affectif des uns et le sens du devoir des autres, cela va de soi. Rappelons qu'ils sont nés à une époque où les convenances et le mode de vie faisaient que, quels que soient les contentieux, les reproches qu'ils pouvaient avoir les uns vis-à-vis des autres, seul le décès de l'un des deux pouvait les séparer.

Un autre aspect, plus heureux est celui des couples fusionnels, même dans la maladie voire la mort. Cependant, la souffrance n'est pas exclue quand l'un ne comprend pas les décisions de l'autre, comme lorsqu'il faut admettre le malade atteint de DTA en secteur protégé. Le conjoint épuisé se sent coupable de la séparation alors que c'est l'équipe soignante qui l'en a persuadé pour le bien du couple. Nous avons vu que dans certains cas, c'est l'épuisement qui a eu raison de l'aidant.

Un aspect qui est peu évoqué ou avec beaucoup de gêne dans notre civilisation judéo-chrétienne est celui de la sexualité. En effet, nous avons illustré cela avec l'exemple d'un couple qu'il a fallu séparer pour préserver l'épouse démente des exigences de son époux. Cela n'est pas une exception, d'autres couples présentent les mêmes difficultés dans ceux de notre étude (ils n'ont pas tous été sélectionnés dans les cas présentés au chapitre II). Lorsque l'épouse n'est pas consentante, nous voyons apparaître ou s'aggraver des troubles du comportement. La séparation du couple est parfois la seule solution.

Enfin, dans les couples qui entrent en EHPAD, il y a le problème de l'aidant, celui qui a vécu pendant plusieurs années, souvent, aux côtés de son conjoint malade exigeant une attention de tous les instants. Nous avons évoqué leur épuisement à l'arrivée, l'aggravation de leurs propres affections (cardiopathie, affections rhumatologiques ...). A l'évidence, cela est connu et reconnu. D'autres travaux se sont appliqués à le mettre en évidence, nous ne reprendrons donc pas cet aspect, nous nous sommes contentés de le rappeler.

A la lumière de l'étude du devenir de ces différents couples, quelques résultats nous ont étonné, ils ne correspondent pas à ceux qui sont couramment admis sur l'ensemble de la population des personnes âgées, sans doute ne nous sommes nous jamais posé la question sous cette forme. Les couples dont l'histoire de vie qui n'a pas été relatée ont fait l'objet d'un examen soigneux, il semble exister un trait commun à tous dont le listing n'aurait eu aucun intérêt pour cette approche

Si ce trait n'a pas forcément la signification que nous lui prêtons aujourd'hui, il figure dans la définition que nous donnions en introduction : « Homme et femme unis par les liens du mariage ou de l'amour » (Le *GRAND LAROUSSE encyclopédique*, édition de 1960), Tout est dit : le lien de ces couples qui entrent en institution est celui du mariage et/ou de l'amour, même si cela est synonyme de souffrance, voire de culpabilité ou de peur de l'outrage des ans et de séparation.

ANNEXE

*Liste anonymée des couples qui ont fait l'objet de cette étude
Sur le site de la Résidence Saint Rémy du groupe ORPEA
A Saint Rémy-lès-Chevreuse dans les Yvelines.*

Année de naissance femme	GIR à l'entrée	Année de naissance homme	GIR à l'entrée	NOM	Décédé	Année décédé féminin	Année décédé masculin	Année entrée	Malade + Bonne santé	Alzheimer + Malade	Alzheimer + Bonne santé	Deux Alzheimer	Deux en bonne santé	Deux malades
1912	4	1908	6	COUPLE 1	F	2006		2005	F					
1923	5	1921	6	COUPLE 2				2005					F/M	
1922	3	1921	2	COUPLE 3	M		2007	1998			F			
1920	2	1918	6	COUPLE 4	F	2001		1999	F					
1936	4	1933	4	COUPLE 5	M		2008	2002		M/F				
1916	6	1911	1	COUPLE 6	M		2003	2001	F					
1917	6	1916	4	COUPLE 7	M		2007	2006	M					
1927	6	1918	6	COUPLE 8				1999					F/M	
1925	3	1928	6	COUPLE 9				2008			F			
1926	6	1922	6	COUPLE 10				2008			M			
1920	2	1919	6	COUPLE 11	M		2006	1998	F					
1921	4	1920	4	COUPLE 12				2007						
1923	6	1923	6	COUPLE 13				2006					F/M	
1921	2	1913	6	COUPLE 14	M		2008	2001	F					
1924	5	1923	4	COUPLE 15				2004						
1926	6	1921	6	COUPLE 16	F	2004		2002	F					
1922	6	1920	2	COUPLE 17				2000	M					
1916	5	1916	6	COUPLE 18	M		2006	2005	F					
1916	2	1913	6	COUPLE 19				2005			F			
1926	5	1922	3	COUPLE 20	M		2008	2003	M					
1928	2	1923	6	COUPLE 21				2006			F			

Année de naissance femme	GIR à l'entrée	Année de naissance homme	GIR à l'entrée	NOM	Décédé	Année décédé féminin	Année décédé masculin	Année entrée	Malade + Bonne santé	Alzheimer + Malade	Alzheimer + Bonne santé	Deux Alzheimer	Deux en bonne santé	Deux malades
1917	4	1917	2	COUPLE 22	M		2003	1999			M			
1920	4	1916	6	COUPLE 23	M		2005	2005			F			
1922	4	1920	6	COUPLE 24				1999			F			
1925	6	1924	4	COUPLE 25				2005	M					
1925	3	1921	3	COUPLE 26	M		2008	2008		M/F				
1921	1	1919	6	COUPLE 27	F	2006		2006	F					
1923	4	1925	2	COUPLE 28	F	2000		1998						F/M
1915	2	1909	4	COUPLE 29	M/F	2008	2008	2004				F/M		
1922	2	1914	2	COUPLE 30	F	2008		2004						F/M
1924	3	1923	4	COUPLE 31	F	2004		2000	F					
1918	5	1915	6	COUPLE 32	M		2007	1996					F/M	
1926	4	1926	6	COUPLE 33				2004						F/M
1909	6	1910	2	COUPLE 34	M		2004	2004			M			
1922	5	1924	6	COUPLE 35				2005	F					
1920	6	1919	2	COUPLE 36	M		2003	2001	M					
1926	6	1923	6	COUPLE 37	F	2008		2005	F					M/F
1915	2	1913	2	COUPLE 38				2005						
1921	1	1922	2	COUPLE 39				2008						
1929	4	1928	2	COUPLE 40				2003						F/M
1921	6	1911	3	COUPLE 41				2000			M			
1925	6	1914	6	COUPLE 42				2006					F/M	
1924	3	1922	3	COUPLE 43	F	2004		2002				F/M		
1918	6	1915	5	COUPLE 44	M		2008	2001	M					
1919	4	1917	6	COUPLE 45	M		2008	2006		F				

Année de naissance femme	GIR à l'entrée	Année de naissance homme	GIR à l'entrée	NOM	Décédé	Année décédé féminin	Année décédé masculin	Année entrée	Malade + Bonne santé	Alzheimer + Malade	Alzheimer + Bonne santé	Deux Alzheimer	Deux en bonne santé	Deux malades
1920	6	1920	5	COUPLE 46	F	2006		2005		M/F				
1914	5	1913	5	COUPLE 47				2002			M			
1922	4	1921	4	COUPLE 48	M		2006	2002	F					
1913	1	1912	4	COUPLE 49	M		2000	1998	M					
1926	1	1921	4	COUPLE 50	F	2008		2005		F				
1936	4	1929	4	COUPLE 51				2005					F/M	
1919	6	1913	4	COUPLE 52	M		2006	2004	M					
1930	5	1923	5	COUPLE 53	M		2008	2006			M			
1921	6	1925	6	COUPLE 54				2008					F/M	
1917	6	1914	6	COUPLE 55				1993						