

# **ISOLEMENT ET SOLITUDE CHEZ LA PERSONNE AGEE**

Par le docteur Louis MOUTON LE 02 avril 2007

## **I / PROBLEMES GENERAUX**

**Isolement** et **solitude** ne sont pas des termes synonymes :

La **solitude** est un état psychique concernant l'état d'être seul tandis que **l'isolement** désigne une situation physique de retranchement vis-à-vis du monde.

Ces deux états ne sont pas nécessairement liés ; on peut se sentir isolé sans être en solitude, comme on peut être en solitude tout en vivant bien entouré.

Donc, deux éventualités qui peuvent coexister ou être indépendantes.

La solitude est inhérente à la nature humaine, qui, par définition et d'évidence, est essentiellement sociale ; mais à tous les âges, l'homme peut - sporadiquement – s'isoler ou se réfugier dans la solitude pour se soustraire à des sollicitations extérieures trop prégnantes ou pour trouver un temps de réflexion profonde utile ou encore pour méditer.

Le type même de l'isolement et de la solitude maximal est représenté par la vie « érémitique ».

En un tel choix de vie, peut être la solitude est-elle relative puisque la coupure du monde extérieur est remplacée par un lien très fort avec Dieu ou d'autres maîtres spirituels et la souffrance morale éprouvée par intermittence n'est pas celle de la personne seule sans le secours d'une personne gratifiante.

Les conditions de vie des personnes âgées – du 3<sup>ème</sup> au 9<sup>ème</sup> âge et même au-delà créent des modifications importantes de leurs statuts :

- essentiellement des changements de vie socioprofessionnelle
- altérations plus ou moins prononcées et évolutives de leurs potentialités physique, psychique, intellectuelle, etc.

La vieillesse est la phase de « déclin » de la vie succédant obligatoirement aux phases de développement de maintien de la jeunesse et de l'état adulte.

Ce n'est pas une vision pessimiste de l'âge tardif, c'est une réalité.

De plus, l'augmentation de la longévité actuelle accroît sensiblement le taux de la population âgée et très âgée.

-1/10ème de la population actuellement dont 20 % sont atteints de démence.

Devant ce lourd problème, il importe d'analyser tous les facteurs générateurs de l'isolement et de solitude des personnes âgées, ainsi que toutes les conséquences délétères à tous égards pouvant aboutir à une véritable exclusion sociale. Seule, cette analyse peut aider à en pallier l'éventualité par une mise en œuvre de moyens préventifs et curatifs (sociaux, psychologiques, médicaux). Une nouvelle terminologie concerne cette assistance :

Il s'agit de la « solidarité contre la précarité ».

## **II / LES FACTEURS FAVORISANTS ET DETERMINANTS DE L'ISOLEMENT ET DE LA SOLITUDE DES PERSONNES AGEES**

### **A – LES FACTEURS SOCIO-PROFESSIONNELS**

Le repère traditionnel marquant le début du 3<sup>ème</sup> âge (60 – 65 ans) est l'âge de la retraite.

Désirée, voire souhaitée ardemment, la retraite signifie la cessation de diverses astreintes qui peuvent engendrer, au long cours, une « pénibilité » de travail professionnel, mais c'est également une véritable rupture d'avec le milieu social habituel où on a beaucoup investi au point d'y ressentir une véritable appartenance et d'en retirer une réelle valorisation. La retraite peut constituer un changement radical de statut difficile à compenser ; les solutions de rechange sont parfois difficiles à trouver.

Ne dit-on pas qu'il faut « savoir préparer sa retraite » ?

Celle-ci peut entraîner des changements financiers gênants, voire très contraignants, limitant les possibilités de vie correcte, entraînant des restrictions et des modifications des conditions d'habitat et d'environnement social.

Dans les cas majeurs on peut voir survenir « Isolement et Solitude »

### **B- LES FACTEURS SOCIO-FAMILIAUX ET ENVIRONNEMENTAUX**

#### **1- LES FACTEURS SOCIO- FAMILIAUX**

##### **a) LA FAMILLE**

L'harmonie du couple est un facteur important de la réussite de la vieillesse. Les vieux couples heureux existent mais se raréfient ; souvent il ne s'agit plus de cohabitation compréhensive et affectueuse mais de confrontations et même des affrontements regrettables surgissent.

On assiste actuellement en Europe à une augmentation sensible des divorces chez les sexagénaires et même les heptagénaires. C'était impensable voici 40 à 50 ans.

## b) LE VEUVAGE

Est une circonstance très favorisante de solitude. Il est rarement, pour le conjoint restant, une libération. Pour d'autre c'est un « deuil » insurmontable, source de régression générale de l'existence. Mais pour la majorité des gens, après le choc affectif initial, puis le travail de deuil plus ou moins long, une certaine rééquilibration s'opère : reprendre goût à la vie n'exclut pas de garder le souvenir ou la pensée affectueuse pour le (ou la) défunt(e).

## c) LES PERTES RELATIONNELLES FAMILIALES

Pour des raisons très diverses, les liens intra-familiaux surtout transgénérationnels peuvent se relâcher voire se rompre. Dans bien des cas, la dispersion spatiale, une véritable diaspora des divers parents, crée une rupture familiale : on ne se connaît guère plus – on se voit très rarement, et l'ignorance des uns et des autres s'opère.

Il en est de même des liens d'amitié, mais la personnalité même du sujet âgé est souvent en cause : personnalité sociable ou non, volonté de maintenir des liens par tous les moyens, désir de créer des amitiés au sein d'associations récréatives, sportives ou culturelles.

Les études diverses de psychologie et de psychosociologie en milieu âgé confirment le rôle prévalent du caractère dans la qualité du vécu des vieillards – un caractère tient de l'inné et de l'acquis ; une éducation parentale de l'enfant dans un climat d'équilibre affectif et d'autorité qui sera comprise, joue un rôle majeur dans les conduites de l'adulte et du sujet âgé. Le rôle de la mère y est fondamental. Une enfance malheureuse engendre souvent une personnalité perturbée où la vieillesse ne fait que raviver les blessures préalables de la vie et des réactions inadaptées.

## 2- LES FACTEURS ENVIRONNEMENTAUX

Les changements de lieux de vie et des conditions d'habitat sont parfois créateurs de perturbations psychologiques : ainsi en est-il de rupture de proximité avec les parents, d'où l'isolement et une possible solitude.

La décision de transfert en Maison de Retraite ou Institution Médicalisée peut engendrer tristesse, dépression, confusion mentale par perte de repères habituels.

Un changement de lieu d'existence peut être délétère : nombre de gens aisés cédant au mirage du climat et de la beauté de la côte d'Azur y ont connu une grande solitude avec dépression – à une époque le taux de suicide en Provence Alpes Côtes d'Azur était élevé.

Changer de lieu d'habitat peut être préjudiciable : on ne vit pas dans une maison individuelle comme on vit dans un immeuble collectif. On peut très bien « y vivre et mourir » sans être connu des voisins.

Le repérage de l'existence des personnes âgées est capital : la canicule de 2003 en a fourni un exemple saisissant par le décès des gens non secourus parce qu'ignorés.

### C – LE FACTEUR SANTE dans l'isolement et la solitude :

Principalement les troubles locomoteurs, les troubles du comportement, la malnutrition qui entravent les connexions sociales.

### D – enfin UN NOUVEAU FACTEUR SOCIAL préoccupant : « L'insécurité »

Celle-ci conduit trop souvent à une restriction d'activité sociale. Par crainte d'agressions, de vols, etc. Le sujet peut des claquemurer au plein sens du terme.

## **III / LES CONSEQUENCES DE LA SOLITUDE ET DE L'ISOLEMENT DE LA PERSONNE AGEE**

Elles sont souvent assez fréquentes, de natures variées, parfois difficilement repérables car peu ou mal extériorisées par le sujet.

Le vieillard est un être vulnérable.

### *A- CONSÉQUENCES PHYCHO-INTELLECTUELLES*

Le sujet âgé ne fait plus gère d'acquisition mais il doit autant que possible maintenir l'acquis des années passées.

Pour cela il doit recourir à des moyens variés :

Maintenir les connexions inter-individuelles, des activités de groupes de lecture, auditions diverses. Tout ceci doit contribuer à développer les stimulations nécessaires aux diverses activités cérébrales : mémoire, activités cognitives, aptitude aux décisions. En cas de défaut de stimulations, c'est la régression certaine.

### **Isolement et solitude peuvent-ils mener à la démence ?**

Selon une étude prospective américaine récente, l'état de solitude peut doubler le risque d'aboutissement à la démence de type Alzheimer.

Un type de comportement particulier a été décrit en France par le Pr LAPLANE (Paris). Il s'agit de « la perte d'autonomie de l'activation psychique » : patients ayant perdu la possibilité de passer à l'action, d'agir sans avoir pour autant une réelle déficience mentale. Il suffit de l'incitation à agir par l'intervention d'un tiers pour dissiper ce trouble, mais cette incitation est à répéter presque sans cesse. Il est évident que isolement et solitude ne peuvent qu'aggraver cet état.

Au pire vivre en solitude et isolement conduit à la démence d'Alzheimer, fléau social, de plus en plus fréquent et avançant en âge, > 80 ans. Cette maladie réclame de multiples interventions préventives. Il n'existe pas de traitement curatif d'autant qu'on en ignore l'exacte cause. Les perspectives d'un vaccin basé sur le développement immunologique d'anticorps contre les constituants de plaques séniles et de dégénérescence neurofibrillaire fondent un réel espoir de lutte efficace contre cette affection.

### B- CONSEQUENCES PSYCHIATRIQUES DE LA SOLITUDE

Elles sont fréquentes avec

- troubles du caractère : renfermement, ressassements, interprétations erronées à consonance paranoïaque entraînant de la misanthropie, agressivité, hostilité.

Plus graves sont les véritables dépressions ayant souvent un aspect « masqué » avec somatisation importante : fatigue chronique, troubles digestifs, anorexie, douleurs diffuses, troubles locomoteurs. Ces dépressions réclament un traitement psychologique et médicamenteux (prudence avec les antidépresseurs pouvant créer confusion mentale et raptus anxieux). Le syndrome de « Cotard » est un délire de négation du vieillard.

D'autre type de troubles peuvent surgir :

- état confuso-anxieux
- délires hallucinatoires visuels souvent vespéraux
- délires interprétatifs paranoïaques
- états d'agitation psychomotrice

### C- CONSEQUENCES PHYSIQUES DE L'ISOLEMENT ET DE LA SOLITUDE

- Aggravation d'atteintes somatiques par manque de soins appropriés,
- Malnutrition,
- Survenue d'un véritable syndrome de « glissement », progressif, pouvant conduire au décès.

Ce catalogue des risques courus par la personne âgée isolée et en solitude montre sa grande vulnérabilité.

La prise en charge doit viser à rompre cette situation. Une solidarité individuelle, collective et nationale, doit s'exercer avec efficacité contre cette « précarité ». N'oublions pas le fameux adage des anciens de « VE SOLI » (malheur au solitaire).

La prise en charge individuelle peut s'exercer par la famille, les amis, les visiteurs bénévoles qui auront à charge de rétablir la connexion interindividuelle.

Au niveau social, collectif, ce sera le recours aux Associations et réseaux divers qui recréeront un climat de « solidarité ». La prise en charge par le corps médical est apparente :

Médecins traitants, médecins psychiatres surveillent l'évolution par des tests psychologiques, aide soignants à domicile, avec soins et aide psychologique, rééducateurs : orthophonistes, kinésithérapeutes, rééducateurs de « mémoire et ou de langage ».

L'aide de certains médicaments peut être utile et nécessaire, mais prudence car le métabolisme du vieillard n'est pas celui de l'adulte sinon gros risques d'accumulation des médicaments par dosages excessifs et altérations rénales. De même des antidépresseurs peuvent créer des « raptus anxieux » avec autolyse.

Mais un apport essentiel dans la prise en charge de l'isolé et du solitaire est celui de « la parole ».

Dans son ouvrage intitulé « Le goût de vivre – retrouver la parole perdue » le professeur ZARIFIAN (Caen) prône la réutilisation de la parole, actuellement trop délaissée au profit des progrès technologiques modernes. Selon lui, la PAROLE et non les simples langues et langages, est l'élément essentiel de la « connexion interhumaine » car seule elle permet de s'exprimer à l'autre et de comprendre l'autre. C'est un véritable échange, fondement du lien interhumain.

Quant au grand Rabbín de Paris Joseph HAIN SITRUK, dans son livre « Rien ne vaut la vie », il démontre l'aide considérable et efficace apportée par sa communauté et ses divers rééducateurs (hémiplégié, aphasie) il souligne avec force l'importance de la PRESENCE et de la PAROLE des tiers pour reprendre forces physique et mentale et réaction à sa charge religieuse.

Nous voici au terme d'un parcours assez panoramique, donc on exhaustif, au sein de l'isolement et de la solitude avec leurs conséquences dommageables éventuelles. La description en a peut être

été pessimiste mais elle veut surtout faire prendre conscience à tous de la vulnérabilité des sujets qui y sont exposés et de leur nécessaire prise en charge à tous niveaux.

L'assistance par la présence, la parole et d'autres moyens psychologiques a une place primordiale ; le médicament est très secondaire. Ainsi peut-on aider le patient à cesser d'être en situation de naufrage et à lui faire regagner les rives d'une vieillesse plus heureuse.

#### CITATION

Professeur ZARIFIAN

« L'hyperindividualisation, tendance actuelle, centre l'individu sur lui-même, distend les liens d'appartenance et favorise l'isolement et la solitude. »

## REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

### 1- LIVRES

- Simone de BEAUVOIR  
« La vieillesse » Edition Gallimard – 1970
- H. DRERA et P. BOCKER  
« Vivre et comprendre un tabou nommé Alzheimer »
  
- A. HESNARD  
« La psychanalyse du lien interhumain »
- J.H. SITRUK  
- « Rien ne vaut la vie » Collection Biblioghane
- E. ZARIFIAN  
« Le goût de vivre - Retrouver la parole perdue »  
Edition O. Jacob 2005

### 2- ARTICLES

- Dossier sur l'isolement - Revue du CODERPA de l'Isère
- Gérontologie et Société 1998 Université du 3<sup>ème</sup> âge de Genève
  - « Il y a tant de façons de vivre la solitude »
  - « Jeunesse heureuse, solitude bien vécue »
- « La solitude multiplie le risque Alzheimer par deux »  
Archives Générales Psychiatric publiée le 7 février 2007 par Martine Pérez