



UNIVERSITE DU DROIT ET DE LA SANTE – LILLE 2

FACULTE DE MEDECINE HENRI WAREMBOURG

Année 2017

THESE POUR LE DIPLOME D'ETAT DE DOCTEUR EN MEDECINE

**RESSENTI DE LA PERSONNE AGEE EN EHPAD SOUFFRANT DE
DEPRESSION : ETUDE QUALITATIVE.**

Présentée et soutenue publiquement le 06 avril 2017 à 18h au Pôle
Formation

Par Clémence Gavois

JURY

Président :

M. le Professeur Boulanger

Asseseurs :

M. le Professeur Thomas

M. le Professeur Lefebvre

Directeur de thèse :

M. le Professeur Wartel

**Travail de la Faculté de Médecine et Maïeutique de l'institut
catholique de Lille**

Avertissement

« La Faculté n'entend donner aucune approbation aux opinions émises dans les thèses : celles-ci sont propres à leurs auteurs »

TABLE DES MATIERES

RESUME	1
INTRODUCTION	3
MATERIEL ET METHODE	5
I- CHOIX DE LA METHODE.....	5
A- ENQUETE QUALITATIVE.....	5
B- ENTRETIENS INDIVIDUELS SEMI-DIRIGES.....	5
II- L'ECHANTILLON.....	6
A- CARACTERISTIQUES DE L'ECHANTILLON.....	6
B- RECRUTEMENT.....	6
C- TAILLE DE L'ECHANTILLON.....	7
III- ENTRETIENS.....	7
A- CANEVAS D'ENTRETIEN.....	7
B- ORGANISATION DES ENTRETIENS.....	7
IV- ANALYSE.....	8
V- ASPECT ETHIQUE.....	8
RESULTATS	9
I- LE SUJET AGE.....	9
A- PRESENTATION DE L'ECHANTILLON.....	9
B- ETAT DE SANTE.....	11
C- ETAT DU MORAL.....	12
D- PARALLELE SANTE / MORAL.....	13
E- BANALISATION DU SYNDROME DEPRESSIF.....	14
F- RAISONS DE L'ENTREE EN EHPAD.....	15
II- L'ENTOURAGE.....	16
A- IMPORTANCE DU COUPLE.....	16
B- IMPORTANCE DE L'ENTOURAGE FAMILIAL.....	17
C- SENTIMENT D'ISOLEMENT.....	19

III- LE MEDECIN TRAITANT.....	20
A- LA RELATION MEDECIN/PATIENT.....	20
B- LA DEPRESSION NE CONCERNE PAS LE MEDECIN TRAITANT.....	21
IV- LES MEDECINS GERIATRES, PSYCHIATRES ET COORDONNATEURS.....	22
A- LES GERIATRES.....	22
B- LES PSYCHIATRES.....	23
C- LES MEDECINS COORDONNATEURS.....	24
V- LE PERSONNEL DE L'EHPAD.....	24
A- LES INFIRMIERES ET AIDES SOIGNANTES.....	24
B- LES PSYCHOLOGUES.....	27
VI- LE TRAITEMENT MEDICAMENTEUX.....	29
A- CONNAISSANCES SUR LEUR TRAITEMENT.....	29
B- EFFETS DU TRAITEMENT.....	30
C- ALTERNATIVES NON MEDICAMENTEUSES.....	31
VII- L'EHPAD.....	32
A- UNE PHASE D'ADAPTATION DIFFICILE.....	32
B- RESENTI GLOBAL AU SEIN DE L'EHPAD.....	33
C- IMPORTANCE DU CADRE DE VIE.....	34
D- AUTONOMIE AU SEIN DE L'EHPAD.....	35
E- IMPORTANCE DES ACTIVITES.....	36
F- RESENTI VIS-A-VIS DES AUTRES RESIDENTS.....	38
DISCUSSION.....	40
I- FORCES ET FAIBLESSES DE L'ETUDE.....	40
A- LES FAIBLESSES.....	40
B- LES POINTS FORTS.....	41
II- ANALYSE DES PRINCIPAUX RESULTATS.....	41
A- HYPOTHESE N°1 : LES SUJETS AGES BANALISENT LEURS SYMPTOMES DEPRESSIFS ET N'OSENT PAS EN PARLER.....	42
B- HYPOTHESE N°2 : MECONNAISSANCE SUR LES PRISES EN CHARGE POSSIBLES DE LA DEPRESSION.....	43

C- HYPOTHESE N°3 : IMPORTANCE DE CHAQUE INTERVENANT AU SEIN DE L'EHPAD	44
D- AUTRES RESULTATS	45
III- PISTE D'AMELIORATION	47
CONCLUSION	49
BIBLIOGRAPHIES	51
ANNEXES	54
I- ANNEXE N°1 : CRITERE D'UN EPISODE DEPRESSIF MAJEUR, DSM-V	54
II- ANNEXE N°2 : CANEVAS D'ENTRETIEN	55
III- ANNEXE N°3 : CONSENTEMENT DE PARTICIPATION A UNE ETUDE MEDICALE	56
IV- ANNEXE N°4 : INFORMATION POUR PARTICIPATION A UNE ETUDE MEDICALE	57
V- ANNEXE N°5 : ECHELLE GERIATRIQUE DE DEPRESSION : GDS	58

RESUME

AUTEUR : Nom : GAVOIS

Prénom : Clémence

Date de la soutenance : 06 avril 2017

Titre de la thèse : Ressenti de la personne âgée en EHPAD souffrant de dépression : Etude qualitative.

Thèse – Médecine - Lille 2017

Cadre de classement : DES de médecine générale.

Mots-clés : Sujet âgé, EHPAD, dépression, médecine générale.

Introduction :

La dépression est un problème de santé publique. Chez la personne âgée celle-ci est plus compliquée à prendre en charge. D'après certaines études, la prévalence de la dépression serait plus importante dans les EHPAD. Ce travail consiste à recueillir le ressenti de personnes âgées résidentes d'EHPAD et souffrant de dépression sur leur prise en charge et le rôle de chaque intervenant pour ainsi obtenir des pistes d'amélioration.

Méthode :

Etude qualitative par entretiens semi-dirigés réalisés dans des EHPAD.

Résultats :

Quinze entretiens ont été réalisés dans quatre EHPAD différents du Nord. Les personnes âgées pensent que leurs symptômes dépressifs sont soit normaux, soit inintéressants. Elles mettent beaucoup en relation les plaintes somatiques et les troubles du moral. On retrouve l'importance qui est donnée au soin du corps et à la proximité qu'elles ont avec le personnel. Pour ces résidents, le médecin généraliste est une personne de confiance, pour autant ils éprouvent des difficultés à lui parler de leur dépression. Le rôle de la psychologue est trop méconnu par certains résidents. Les patients sont globalement satisfaits de leurs traitements antidépresseurs, n'évoquant que peu d'effets secondaires mais au contraire un effet

bénéfique sur le moral. L'environnement de l'EHPAD, par le côté familial de leur chambre, est rassurant, ils se sentent moins isolés qu'ils ne l'étaient parfois au domicile. L'entourage, lorsqu'il est présent, est un vrai facteur protecteur du syndrome dépressif. Malheureusement les personnes interrogées sont pour la plupart isolées.

Conclusion :

Cette thèse a permis de mettre en lumière tous les intervenants et facteurs entrant dans la prise en charge de la dépression chez une personne âgée en EHPAD. Ces résultats permettent un début de piste d'amélioration dans la prise en charge des personnes âgées souffrant de dépression en EHPAD. C'est à nous, médecin généraliste, de faire le lien avec tous ces intervenants. Il est, par exemple, important que le médecin traitant pose des questions sur l'état du moral des patients à chaque consultation, que l'intérêt d'entretiens avec la psychologue soit régulièrement évoqué et de préserver la qualité des soins du corps.

Composition du jury :

Président : Monsieur le Professeur Eric Boulanger

Assesseurs : Messieurs les Professeurs Pierre Thomas et Jean-Marc Lefebvre

Directeur de thèse : Monsieur le Professeur Philippe Wartel

Adresse de l'auteur :

114, rue des martyrs de la résistance

59160 LOMME

INTRODUCTION

La personne âgée est définie par l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) comme toute personne de 65 ans et plus. La définition proposée de la Haute Autorité de Santé (HAS) comprend les personnes de plus de 75 ans, ou de plus de 65 ans et poly-pathologiques (1).

L'espérance de vie en France arrive en 2015 en moyenne à 85 ans pour les femmes et 78,9 ans pour les hommes (2). Dans la population française, 9.2% des habitants avaient 75 ans ou plus en 2014 contre 4.3% en 1960 (3). La population française vieillit, selon l'Institut national de la statistique et des études économiques (Insee), les plus de 75 ans pourraient atteindre plus de 11 millions d'individus en 2040 (4) et le Nord n'est pas épargné par le vieillissement de sa population.

La proportion de personnes âgées dépendantes augmente et donc le nombre de personnes institutionnalisées en Établissement d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes (EHPAD). Ce nombre représente 9% des plus de 75 ans (5).

Qualifiée par l'OMS de bombe à retardement économique et sociale, la dépression est mondialement, et pour les deux sexes, une des principales causes d'invalidité ou de décès précoce (6). Le diagnostic d'épisode dépressif majeur se réalise à l'aide des critères Diagnostic and Statistical Manual (DSM) V (Annexe 1). Malgré les développements importants dans le domaine de la psycho-gériatrie, la dépression du sujet âgé reste souvent sous-diagnostiquée et traitée de manière inappropriée. Elle est même parfois considérée comme une conséquence du vieillissement (7, 8).

Les estimations de la prévalence de la dépression du sujet âgé varient sensiblement selon les études et en fonction des instruments d'évaluation et des populations recrutées. En population générale, les taux sont de 1 à 4% lors d'études basées sur les critères DSM ou d'instruments standardisés. Ces taux atteignent 11 à 16% lorsque les évaluations reposent sur des instruments spécifiques des populations âgées. Les taux de prévalence varient de 7 à 36% parmi les patients ambulatoires, pour atteindre 42 à 51% des patients en institution (9, 10, 11). Certains travaux mettent en évidence le fait que dans la première année suivant l'admission en

institution, un épisode dépressif survient chez 10 à 15% des résidents (7). Il s'agit là d'un véritable problème de santé publique (12).

Plusieurs articles mettent en garde sur les symptômes souvent atypiques qui doivent faire évoquer un syndrome dépressif (13, 14). Mais une fois la dépression diagnostiquée, que ressentent les personnes âgées face à leur prise en charge ? La prévalence de la dépression semble plus élevée en institution qu'au domicile : quel rôle peut avoir l'environnement de l'EHPAD dans ce ressenti ?

Les médecins généralistes sont une figure importante dans une maison de retraite. La grande majorité suit des patients résidents, en moyenne 17 patients dans 3 établissements différents (15). Les visites y sont donc fréquentes et programmées tous les mois pour chaque résident, sans compter les contextes aigus. Leur durée est estimée en moyenne entre 5 et 20 minutes (16). Il est donc difficile d'aborder la problématique de la dépression dans sa globalité.

Les hypothèses que l'on peut faire avant de commencer cette étude sont :

- Les sujets âgés banalisent leurs symptômes dépressifs et n'osent pas en parler.
- Les patients ne connaissent pas assez les moyens pouvant être mis à leur disposition pour améliorer leur prise en charge.
- Chaque intervenant de l'EHPAD, quel qu'il soit, a un rôle important dans la prise en charge de la dépression des résidents.

Il est alors intéressant de rencontrer ces personnes âgées souffrant de dépression et résidant en EHPAD. Cette thèse a pour but, par le biais d'entretiens semi-dirigés et d'une analyse qualitative, de faire un état des lieux, une évaluation du ressenti qu'ont ces personnes sur la prise en charge de leur dépression, du rôle de chaque intervenant dans cette prise en charge et de l'impact de leur environnement.

MATERIEL ET METHODE :

I- CHOIX DE LA METHODE :

A- ENQUETE QUALITATIVE :

Inspirée des sciences humaines et sociales, la recherche qualitative regroupe une série de méthodes exploratrices, explicatives, et compréhensives des phénomènes observés (17).

La recherche qualitative est celle qui correspondait le mieux pour répondre aux attentes de cette étude. Cette méthode permet d'explorer les émotions, les sentiments des patients ainsi que leurs comportements et leurs expériences personnelles. À ce titre, la recherche qualitative est particulièrement adaptée à la recherche en médecine générale, car elle permet un abord large de la compréhension de la santé et des déterminants des soins (18).

B- ENTRETIENS INDIVIDUELS SEMI-DIRIGES :

L'entretien semi-dirigé est une méthode de recherche qualitative. Il est une conversation ou un dialogue qui a lieu généralement entre deux personnes. Il s'agit d'un moment privilégié d'écoute, d'empathie, de partage, de reconnaissance de l'expertise du profane et du chercheur. Ce dernier ayant établi une relation de confiance avec son informateur va recueillir un récit en s'appuyant sur un guide préalablement testé et construit à l'issue de travaux de recherche exploratoire (18).

L'entretien est partiellement structuré et utilise une grille préétablie de questions ouvertes appelée « canevas d'entretien ». Ce canevas d'entretien reprend la liste des termes à aborder. Pour chaque thème, des sous-questions dites « de relance » permettent d'amener les points importants si l'enquêté ne les développe pas spontanément. Ce plan reste souple, et l'enquêteur peut l'adapter au cours de l'interview, selon les personnes interrogées et en fonction du déroulement de la séance (19).

II- L'ECHANTILLON :

A-CARACTERISQUES DE L'ECHANTILLON :

Les critères d'inclusion étaient :

- Âge > 65ans
- Personne vivant en EHPAD
- MMS > 25
- Patient soigné pour dépression
- Informé et ayant donné son consentement.

Les critères de non-inclusion étaient :

- Refus de participer
- Patient sous tutelle ou curatelle.

L'échantillonnage, tout en étant le plus diversifié possible, n'est pas tenu en recherche qualitative d'être représentatif de la population générale.

B- RECRUTEMENT :

Afin de trouver des individus répondant aux critères d'inclusion, deux voies de recrutement ont été utilisées.

L'une où le médecin coordonnateur était directement contacté : il laissait alors accès aux dossiers des patients résidents ou lui-même cherchait les individus susceptibles de pouvoir participer à l'étude.

L'autre voie a été de s'adresser directement aux médecins généralistes qui avaient dans leur patientèle des résidents en EHPAD répondant aux critères de l'étude, puis d'ensuite demander l'accord au médecin coordonnateur de l'EHPAD concernée.

C- TAILLE DE L'ECHANTILLON :

En recherche qualitative, les échantillons sont le plus souvent composés de moins de trente individus. Ce n'est pas la taille de l'échantillon qui importe mais sa qualité. Dans ce travail de thèse, quinze entretiens semi-dirigés ont été réalisés. Cela a permis d'aborder toutes les thématiques du sujet, d'obtenir une bonne diversité des réponses ainsi que la saturation des données.

III- ENTRETIEN :

A- CANEVAS D'ENTRETIEN : (Annexe 2)

L'élaboration a été réalisée à l'aide des données bibliographiques recherchées. Ce guide s'articule autour de plusieurs thèmes :

- Caractéristiques de l'individu : son âge, ses antécédents, son traitement, ...
- Sa situation familiale et son entourage
- Le rôle de son médecin traitant
- Ses traitements, thérapies non médicamenteuses
- Le rôle du personnel de l'EHPAD
- Le rôle des médecins spécialisés en gériatrie ou psychiatrie et des médecins coordonnateurs
- Sa place au sein de l'EHPAD.

Cet entretien a été soumis une première fois à l'expertise d'un médecin généraliste spécialisé en gériatrie, puis après premières modifications à une psychologue, membre du comité d'éthique.

Cela a permis de modifier quelques tournures de phrases mal adaptées.

B- ORGANISATION DES ENTRETIENS :

Ces entretiens se sont déroulés de mars 2016 à janvier 2017. Ils ont été réalisés dans les EHPAD de Cysoing, Templeuve, Wattignies et Lille.

Leur durée variait de vingt minutes à trois quarts d'heure environ. Ils avaient lieu dans la chambre des résidents.

Avant chaque entretien oral, les objectifs de l'étude et le déroulement de l'entretien ont été expliqués.

L'ensemble des entretiens oraux a été enregistré à l'aide d'un dictaphone.

Les enregistrements ont ensuite été retranscrits dans leur intégralité avec le logiciel Microsoft Word.

Cette retranscription s'est faite dans les jours suivant l'entretien.

IV- ANALYSE :

L'analyse des données par codage qualitatif a été effectuée grâce au logiciel ©QSR NVivo Starter 11 for Windows et a débuté le 24 mars 2016 pour s'achever le 11 janvier 2017, il y a eu triangulation des chercheurs afin de n'oublier aucune information et d'éviter les mauvaises interprétations.

Il a été défini « des nœuds » correspondant aux différents thèmes de l'entretien et « sous-nœuds » caractérisant chaque idée.

V- ASPECT ETHIQUE :

Ce projet a été soumis au Comité Interne d'Ethique de la Recherche médicale (CIER) du GHICL le 14 janvier 2016, puis accepté après quelques reformulations des objectifs.

Un consentement éclairé ainsi qu'une fiche d'information pour participation à une étude médicale ont été signés par l'ensemble des participants (Annexe 3 et 4). Ces documents garantissaient l'anonymat de leur réponse et également la destruction des entretiens à la fin des travaux.

RESULTATS

I- LE SUJET AGE :

A- PRESENTATION DE L'ECHANTILLON :

Quinze entretiens ont été réalisés, soit douze femmes et trois hommes entre 66 et 93 ans. Les entretiens se sont déroulés dans la chambre des patients, dans quatre EHPAD du Nord.

Les caractéristiques de l'échantillon analysé sont synthétisées dans le tableau ci-dessous.

Tableau : Caractéristiques de l'échantillon :

Code entretien	Sexe	Age	Profession antérieure	Statut conjugal	Nombre d'enfants	Année d'entrée en EHPAD	Pathologies associées	Traitement antidépresseur
1	M	90	Métallurgiste	Veuf	1	2011	Diabète, HTA ¹ , perte d'autonomie	Deroxat, Alprazolam
2	M	82	Cadre technico-commercial	Marié (épouse à l'EHPAD)	1 (décédé)	2013	HTA	Norset, Zyprexa, Seresta
3	F	86	Mère au foyer	Veuve	1	2015	Diabète, insuffisance cardiaque	Zoloft, Seresta
4	F	87	Ménagère, secrétaire	Veuve	0	2016	Hypothyroïdie, insuffisance cardiaque	Paroxétine
5	F	85	Mère au foyer	Veuve	2	2014	HTA, insuffisance cardiaque	Miansérine
6	F	72	Mère au foyer, ménagère	Veuve	2	2013	HTA, perte d'autonomie	Seroplex
7	F	89	Institutrice	Mariée (époux à l'EHPAD)	2	2015	HTA, Rao ² , cancer de l'estomac	Escitalopram, Seresta
8	F	78	Couturière	Veuve	1	2006	Néphrectomie, éxogénose	Mirtazapine, Temesta, Zopiclone
9	M	66	Informaticien	Marié	2	2015	AVC ³ , éxogénose, HTA	Paroxétine
10	F	91	Ouvrière dans le textile	Veuve	1 (décédé)	2014	AVC, HTA	Seroplex
11	F	84	Confectionneuse	Veuve	7	1998	AVC, surdité	Deroxat, Tranxène, Zopiclone
12	F	88	Secrétaire, Commerçante	Veuve	2	2013	DMLA ⁴	Seroplex, Seresta
13	F	93	Directrice d'école	Veuve	1	2016	Insuffisance cardiaque	Homéopathie/ Euphytose
14	F	85	Religieuse	Célibataire	0	2016	HTA	Alprazolam, Stilnox
15	F	92	Opératrice de saisie	Veuve	2	2015	HTA, perte d'autonomie	Miansérine

¹HTA : Hypertension artérielle ; ²Rao : Rétrécissement aortique ; ³AVC : Accident vasculaire cérébral ; ⁴DMLA : Dégénérescence maculaire liée à l'âge.

B- ETAT DE SANTE :

A la première question du canevas d'entretien : « Comment vous sentez-vous en ce moment ? », les patients ont pour la plupart répondu en premier lieu sur leur état de santé physique.

N°5 : « *Oh pas trop bien, j'ai mal partout, il fait chaud...* »

N°4 : « *Oh pas bien du tout, quoi, pour la bonne raison qu'on m'a opérée à contresens en février [...] il en est ressorti tous des petits pics qui se sont mis dans la colonne vertébrale, et donc j'ai eu 2 cassures dans la colonne vertébrale et j'essaie de m'en sortir de ça.* »

N°9 : « *Bah j'ai eu pas mal de petits pépins, alors je viens de tomber, je viens de me casser le doigt, mais sinon ça va... C'est le mestascarpe ? J'ai des cachets pour la douleur ça va...* »

Les plaintes somatiques à type de douleur ou perte d'autonomie sont au premier plan.

N°6 : « *Mon fauteuil roulant m'embête en ce moment, et puis j'ai été opérée d'un cancer de la peau donc faut bien me couvrir, je ne peux pas trop sortir (Soupir).* »

N°4 : « *Ils m'ont opérée, et je suis toujours en train de me remettre de cette épreuve. (Soupir)* »

N°2 : « *Ça fait 2 mois que j'ai des diarrhées, on y fait rien.* »

N°7 : « *J'ai quand même des gros problèmes, et moi c'est surtout de l'arthrose, je suis bourrée de morphine, alors ... et puis le cœur qui est un p'tit peu fatigué.* »

N°15 : « *Et là ce qui me chagrinait, vous savez à côté de l'anus j'avais une blessure, j'ai essayé je ne sais combien de crèmes et là celle-ci a l'air de fonctionner. Alors la dame qui vient pour ma toilette me dit : Mme A ça va beaucoup mieux votre blessure, et je lui dis : Oh, vous ne pouvez pas me faire plus plaisir. On se contente de peu maintenant (rires).* »

N°9 : « *Parce qu'ils ont décidé que je pouvais plus rester chez moi, j'ai fait un AVC, heureusement chez ma sœur, donc j'ai été soigné tout de suite, et j'ai entre guillemets pas trop de séquelles quoi. La tête fonctionne bien, y a pas de problème, j'ai pas de perte de mémoire. Si de temps en temps j'oublie de mettre mes cale-pieds.* »

L'état de santé des résidents revenait régulièrement au cours de l'entretien. Surtout des plaintes douloureuses ou entravant leur autonomie, mais également des petits soucis entravant leur confort quotidien. La plupart se rendent compte que le personnel soignant fait son possible pour remédier à cela, d'autres avaient l'impression de ne pas être écoutés.

C- ETAT DU MORAL :

Lorsque les patients étaient relancés à la question « Comment vous sentez-vous en ce moment ? » en appuyant sur leur humeur, les réponses sont alors très diverses.

N°6 : « *Bah oui, ça va en ce moment, c'est pas trop mal.* »

N°3 : « *Oh bah, je me casse pas la tête, ça va ça va, ça va pas c'est la même. Le moral, ça dépend des moments...* »

N°2 : « *Bah pas bien du tout... (Attitude de retrait).* »

N°1 : « *Comme maintenant, c'est pas très très bon, parce que je ne me fais pas à la maison de retraite.* »

N°8 : « *Ça va ... Des fois je suis comme tout le monde, j'ai des coups de cafard. Après ça se remet. Y a des hauts et des bas, comme partout. »*

N°7 : « *Pas très gai (petit rire) ... pas très gai »*

N°10 : « *Bah une fois pas trop bien, le lendemain ça va, m'enfin y'a rien de grave. »*

N°13 : « *Mal, j'ai des angoisses, j'ai peur de l'avenir, je suis ici dans l'antichambre de la mort. [...] Il n'a jamais marché, mes antécédents sont dramatiques, mon passé est tragique. Alors c'est justifié au fond, je ne peux pas évoquer le passé. »*

On remarque des propos plutôt négatifs même si certains sont plus pondérés. Les résidents utilisent beaucoup ces termes : « pas trop mal ; pas très très bon ; pas trop bien, pas très gai ». Cela peut être considéré comme des euphémismes, une manière de minimiser leur ressenti. Beaucoup également évoquent « des hauts et des bas », des moments plus difficiles que d'autres. Lors de ces moments plus difficiles, osent-ils en parler ? Vers qui se tournent-ils alors ?

D- PARALLELE SANTE / MORAL :

Au cours des entretiens, les patients ont fait beaucoup de rapprochements entre leur état de santé physique et moral. L'état de santé physique semble influencer énormément sur leur moral, particulièrement ce qui est responsable d'une perte d'autonomie ou responsable d'un isolement vis-à-vis du monde extérieur, comme cette personne parlant de sa surdité et de sa DMLA.

N°4 : « *J'aurais chuté et j'aurais cassé 2 vertèbres dans le dos, mais moi je n'ai plus aucun souvenir.... Alors bon je me remets, j'ai eu un gros passage à vide, mais comme j'ai pas par habitude de me laisser, comment ... me laisser aller. [...] Quand y'a du lourd comme ça, j'essaie de ne pas en porter, je sens que je ne suis pas libre de mes mouvements. »*

N°5 : « *C'est dur d'avoir le moral quand on n'arrive presque plus à marcher. »*

N°7 : « *Et en plus ce qui est le plus gênant, c'est idiot, mais c'est que j'entends mal, et je vois mal, c'est la DMLA vous savez ? ... Alors ça gêne vraiment pour la vie quotidienne. »*

N°10 : « *Si j'avais encore mes jambes que je pourrais marcher, j'aurais pu encore rester chez moi. C'est ça qui m'embête le plus. »*

N°15 : « *Ça dépend des moments. Ça dépend aussi de comment je vais physiquement. Parce que j'ai été bloqué des 2 genoux en même temps alors si je ne me tenais pas, je tombais. »*

E- BANALISATION DU SYNDROME DEPRESSIF :

On a vu précédemment, l'utilisation d'euphémismes pour évoquer l'état du moral. D'autres termes employés par ces résidents, peuvent nous faire penser que certains banalisent leurs symptômes ou trouvent cela normal.

N°3 : « *Oh ça va ça va pas, ça va ça va pas....on prend ça comme ça vient. »*

N°4 : « *J'avais un ami qui s'était suicidé, euh comme c'est la mode maintenant. »*

N°5 : « *C'est normal d'avoir parfois pas le moral ici. »*

N°8 : « *Je suis comme tout le monde, j'ai des coups de cafard. »*

D'autres patients ont eu du mal à employer le terme « dépression » et préfèrent utiliser des mots moins durs, comme « moral », « humeur » ou ici « état de nervosité ».

N°1 : « *et elle continue de me soigner pour cet état de nervosité. [...] si je vais avoir une petite crise de moral »*

F- RAISONS DE L'ENTREE EN EHPAD :

Sur les quinze résidents interrogés, six sont entrés en EHPAD de leur propre chef.

N°10 : « *Vous savez j'étais seule chez moi, c'était grand. Vous savez quand on est seule bah c'est pas drôle. C'est pour ça que j'ai décidé d'aller dans la maison de retraite. Je l'avais dit à personne, alors tout le monde a été surpris. Mais je laisserai personne prendre de décision à ma place. »*

N°15 : (se montre du doigt) « *Oui par ce que je ne tenais plus debout, et j'ai dû être opérée de la hanche et là j'ai dû aller un peu en rééducation à la clinique, et là-bas ils ont fait mon dossier. Alors je suis venue en visite ici, et les murs étaient blancs, il y avait un grand soleil, j'ai dit oh oui ça me plaît ! »*

Pour deux des résidents interrogés, ils ont voulu suivre leur époux ou épouse respective qui avaient de gros problèmes de santé.

N°1 : « *Je suis rentré volontairement parce que ma femme est ici. »*

N°7 : « *Bah c'est les enfants, voyant que je ne pouvais plus, et mon mari fait la maladie de Parkinson. Alors il a un gros gros problème et il faut tout le temps qu'on s'occupe de lui, donc moi là je peux plus. [...] Ça devenait difficile oui. Et lui ne voulait pas venir si moi je n'y étais pas. »*

Les autres résidents évoquent une décision de leurs enfants, ou pour la religieuse interrogée, une décision de ses supérieurs.

Les raisons sont beaucoup liées à une difficulté de rester seul au domicile, de s'occuper de sa maison et d'une perte d'autonomie.

N°2 : « Bah avec ma fille handicapée, elle a la sclérose en plaque, mon beau-fils avait assez à faire avec elle, c'est lui qui a fait le nécessaire pour que je rentre ici. »

N°3 : « Bah j'étais toute seule à ma maison. »

N°5 : « Et puis je suis tombée plusieurs fois, mes enfants avec leur travail pouvaient pas s'occuper de moi tout le temps, donc du coup on a fait un dossier pour la maison de retraite. »

N°8 : « Alors mon garçon, m'a dit un jour je pourrais pas passer et tu resteras par terre. Un jour, j'étais allée me coucher et je suis tombée par terre jusqu'au lendemain matin. »

N°14 : « Ce sont mes supérieurs qui ont décidé de me mettre ici. Bon moi je n'ai pas vu d'inconvénient mais bon à part mon genou qui va un peu moins bien, je reste autonome, je n'ai pas ma place ici. »

II- L'ENTOURAGE :

A- IMPORTANCE DU COUPLE :

Sur les quinze patients interrogés, onze sont veufs ou veuves. Deux vivent à l'EHPAD avec leur conjoint. Le décès du conjoint a été un événement dramatique pour ces résidents. Certains décrivent des épisodes dépressifs depuis la perte de leur conjoint.

« Depuis quand avez-vous des problèmes de dépression ? »

N°13 : « Oh depuis que mon mari est mort. On avait 63 ans de mariage. Je ne m'en remets pas »

N°6 : « Oh ça fait longtemps, à la mort de mon mari peut être. »

N°10 : « *Depuis que j'ai perdu mon époux. Je me suis retrouvée toute seule à la maison. [...] Mon mari je l'ai pas laissé mourir à l'hôpital, ils ont dit qu'il avait encore 8 jours à vivre, et bien je l'ai repris chez moi et 1 semaine de plus. »*

Pour une résidente qui vit à l'EHPAD avec son époux, la situation est difficile également, malgré l'aide du personnel soignant, l'épouse se sent épuisée, et déprimée également par le déclin physique et cognitif de son époux.

N°7 : « *Il faut forcément que je sois ici pour mon mari. Parce que moralement, c'est lui à ce moment-là. Ma fille m'avait dit, si tu n'y va pas, il va se laisser mourir. Toute façon il est tout le temps collé contre moi. Il passe la journée ici. Il a une chambre mais il faut tout le temps qu'il soit ici. Il est dans une bulle. Alors ça c'est lourd. Pour moi c'est lourd, parce que (sourir) et puis il ne comprend plus. »*

B- IMPORTANCE DE L'ENTOURAGE FAMILIAL :

La réalité familiale des sujets âgés interrogés est très diverse, allant de célibataires sans enfant à ceux qui ont une nombreuse descendance, ce qui ne présage pas de la qualité des liens. On voit tout de suite l'importance que prêtent les patients à leur famille, et ce dès l'entrée dans leur chambre. Les murs et tables de chevet sont remplis de photos : mariage, enfants, petits-enfants.

N°6 : « *Oui oui, pour ça ma fille en Allemagne m'appelle souvent et ma fille est dans le Pas de Calais, et vient me voir régulièrement, je suis bien entourée. Et oui elles se rendent compte quand ça ne va pas. Regardez derrière vous il y a des photos, et là (montre du doigt) c'est mes petits enfants ! »*

N°7 : « *Mon fils vient souvent, en ce moment il s'occupe de tous les papiers, il vient au moins deux fois par semaine. Et ma fille maintenant qu'elle est en retraite elle vient aussi deux fois par semaine. Elle vient le week-end, elle m'apporte des petites provisions pour manger entre deux, des caramels par exemple (rires), et elle me téléphone aussi bien-sûr. »*

N°11 : « *Oh oui ils viennent me voir souvent. Regardez (pointe son index vers des meubles) ça c'est arrivé en planches. Mes 2 fils ils ont tout monté, eh oui. Il y en a un qui a donné un rein à son frère. Il se faisait tout le temps opérer et ça ne tenait jamais. Alors mon fils a dit écoute moi je te donne un rein de mon vivant, et ça fait 10 ans que ça tient. Je prie le bon dieu que ça dure toujours. [...] Du moment que mes enfants ça va... moi ça va »*

N°15 : « *Mon fils de Lyon et ma belle-fille viennent très souvent, et les petits enfants. Regardez derrière vous la photo de famille : enfants, petits-enfants et arrière-petits-enfants... »*

La proximité de l'entourage familial est un réel facteur protecteur, pour autant, les résidents ne vont pas parler d'eux-mêmes de leurs symptômes dépressifs à leur entourage, pour la plupart, dans un souci de les préserver.

N°13 : « *Non, enfin ma fille le sent, mais je ne développe pas, car elle a son bagage à porter, elle a sa propre valise à porter. Je ne veux pas l'embêter avec ça. »*

N°12 : « *Ma fille oui, mon fils ça ne l'atteint pas beaucoup. »*

N°6 : « *Et oui elles se rendent compte quand ça ne va pas, mais je ne lui en parle pas, je ne veux pas l'inquiéter avec ça. »*

N°5 : « *Ma famille je la vois pas souvent, alors quand je les vois forcément j'ai le sourire, donc non ils se rendent pas bien compte. »*

C- SENTIMENT D'ISOLEMENT :

Bien que ces résidents soient en EHPAD, où ils rencontrent d'autres résidents, du personnel médical et participent à des activités, il existe un réel sentiment d'isolement. Cet isolement impacte fortement le moral et le bien être en EHPAD.

N°3 : « *Ah bah mon fils je ne le vois plus en ce moment, il a dit qu'il ne venait plus, je sais pas quoi qu'il y a, il a dit qu'il venait plus, eh bien il a qu'à rester là-bas. J'ai un petit-fils qui vient de temps en temps, mais on les a empêchés de venir, alors je ne vois plus personne, je ne sais pas pourquoi, je ne peux rien leur donner, j'ai rien, alors je ne sais pas. Y'a plus personne qui vient ici, eh bien ils resteront à leur maison ! [...] Ce qui me rend le plus triste, c'est de ne voir plus personne. »*

N°9 : « *C'est plus lié à des problèmes de famille... Comme je ne vois plus personne... »*

N°12 « *Le moral est mauvais, parce que je n'ai pas assez de visite. »*

Certains des résidents n'ont malheureusement plus beaucoup de personnes dans leur entourage.

N°2 : « *Entourage ? J'ai plus d'entourage. Mon beau-fils a assez à faire avec ma fille handicapée, j'ai un de mes neveux qui est venu une fois, y'a que ma belle-sœur qui me laisse pas tomber. »*

N°4 : « *Non du tout, je viens d'enterrer ma grand tante qui avait 98 ans, alors maintenant je suis seule et abandonnée, car je n'ai plus aucune famille. »*

N°12 : « *Tous mes amis sont décédés. Donc je n'ai plus personne. [...] Le fait d'être toujours seule à regarder la télé, ça ne m'apporte pas grand-chose. Je me trouve esseulée. Quand j'étais commerçante, j'avais beaucoup de contacts. Il faut que je m'y fasse. Vous voyez ça me fait du bien de parler. C'est triste de vieillir. »*

Ce sentiment d'isolement est surtout rencontré chez les personnes ayant une petite cellule familiale. Les enfants habitent parfois à distance, l'entourage des résidents vieillit également et ne peut se rendre à l'EHPAD. L'isolement est responsable d'un véritable mal-être qu'il est difficile de pallier, même en EHPAD.

III- LE MEDECIN TRAITANT :

A- LA RELATION MEDECIN/PATIENT :

La plupart des patients connaissent leur médecin traitant depuis des années. Il existe alors un véritable rapport de confiance, il n'y a pas de tabou, les patients se confient sans difficulté à lui.

N°6 : « *Oh mon docteur je le connais depuis des années, il m'appelle Brigitte et s'occupe bien de moi. (Souriante) Non non je n'ai pas à me plaindre. »*

N°7 : « *Il a eu un rôle important dans cette prise en charge ?*

Oh oui, c'est quelqu'un de ... vraiment il s'occupe de nous, des papiers, il ne dit jamais non. Il est très très bien. Le docteur que j'avais avant était quelqu'un exactement du même genre. Quand on est venu ici il m'avait dit, vous savez le Dr M. est très gentil et effectivement il l'est vraiment... gentil. »

N°9 : « *Oh il m'a bien aidé aussi dans les problèmes de déprime. Je le prends comme un docteur privé quoi, je vais tout lui dire. »*

N°10 : « *C'est le Docteur D, je le connais bien alors la moindre chose je lui dis, mon mari aussi il lui disait tout. [...] C'est un bon médecin. Pas comme ami hein, comme médecin. »*

N°8 : « *Oui, je lui dis tout, je lui demande permission, je fais rien sans lui demander, je ferai rien derrière son dos. »*

Lors de l'entrée à la maison de retraite, ce médecin de famille a parfois dû être remplacé, pour raison géographique bien souvent. Cette relation de confiance n'est alors pas encore établie.

N°14 : « *Je ne le connais que depuis 4 mois, il ne m'a jamais parlé de mon moral. C'est un médecin déjà un peu âgé. »* »

B- LA DEPRESSION NE CONCERNE PAS LE MEDECIN TRAITANT :

Malgré cette relation de confiance, qui existe entre certains patients et leur médecin, d'autres pensent que la dépression n'est pas une maladie que peut soigner le médecin généraliste. D'autres aussi pensent que ça ne le concerne pas ou que de toute manière, il ne prendra pas en compte leurs plaintes.

N°5 : « *Il m'a jamais posé la question sur mon moral, il s'occupe plus quand j'ai des douleurs, que de mon moral. Toute façon je vais pas l'embêter avec ça. Il y peut rien.»* »

N°2 : « *Je peux lui dire que ça va mal, il s'en fout, il prend ma tension, écoute avec son bazar et c'est tout. »* »

N° 12 : « *Oh oui parfois je lui en parle, mais de toute façon il s'en fiche. »* »

N°13 : « *C'est-à-dire que lui, il me trouve bien. »* »

N°15 : « *Eh bien c'est toujours le même, je ne lui parle pas des problèmes de moral, il le sait... enfin je crois »* »

Ce sentiment de ne pas être écouté par leur médecin revient dans presque la moitié des entretiens.

Un autre résident interrogé trouve au médecin généraliste, toujours vis-à-vis de la maladie dépressive, un rôle consultatif par rapport au médecin psychiatre ou gériatre.

N°1 : « *Euh bah c'est-à-dire que, il a eu un rôle, un rôle plutôt... consultatif vis-à-vis d'Armentières. [...] c'est-à-dire lui il augmente ou il baisse le traitement suivant mon état. »*

IV- LES MEDECINS GERIATRES, PSYCHIATRES ET COORDONNATEURS :

A- LES GERIATRES :

Pour de nombreuses personnes interrogées, leur dépression a été diagnostiquée au cours d'une hospitalisation, soit dans un service de gériatrie, soit dans un autre service où ils ont rencontré une équipe mobile de gériatrie. Souvent le traitement médicamenteux a été instauré à la suite de cette hospitalisation.

N°2 : « *A l'hôpital, j'y suis allé trois fois, une fois 13 jours, une fois 3 jours et une fois 6 semaines, c'est là-bas qu'ils m'ont mis tout ça contre la dépression. »*

N°5 : « *Euh bah je crois que j'ai des médicaments, ils m'en ont mis après que je sois allée à l'hôpital, là-bas j'avais passé des tests. »*

B- LES PSYCHIATRES :

Peu des patients interrogés sont suivis par un psychiatre. Seuls deux d'entre eux l'étaient. Pour eux, leur suivi en externe est très important, et les aide à se sentir mieux, il s'agit là de consultations spécialement dédiées à leurs symptômes dépressifs.

N°9 : « *Je vais aussi au CMP (centre médico-psychologique) à Seclin là, et ça me fait beaucoup de bien, je suis suivi par un psychiatre aussi. »*

N°1 : « *Eh bien je suis suivi par un psychiatre, donc j'ai un médicament. [...] Et de ce fait là, elle m'a pris un petit peu, parce que moi aussi de ce fait là, j'en ai pris un coup aussi, et elle continue de me soigner pour cet état de nervosité, j'ai encore été la voir hier, donc c'est récent. »*

Les patients qui ne sont pas suivis en externe, sont réticents à l'idée de voir un psychiatre. Certains parce qu'ils n'y voient pas l'intérêt, d'autres de peur qu'on leur trouve des troubles plus graves que ceux qu'ils ont.

N°13 : « *Non, mon neveu est psychiatre et je lui ai dit de laisser sa psychiatrie au seuil de la porte. Mon mari aussi était dépressif et il avait affaire à des psychiatres, et je trouvais que eux avaient besoin de psychiatrie aussi, ils en voyaient là où il n'y en avait pas. La psychiatrie et moi ça fait deux, je suis dure hein ? »*

N°5 : « *Quand j'étais à l'hôpital je crois que j'en ai vu, mais c'est tout, et j'ai pas envie qu'on m'embête avec tout ça, qu'est-ce que ça va changer ? »*

C- LES MEDECINS COORDONNATEURS :

Peu des résidents interrogés connaissent le médecin coordonnateur de leur EHPAD. Pourtant son rôle y est indispensable dans la prise en charge du bien-être. La plupart des patients l'ont déjà croisé, mais ne connaissent pas son nom. Pour d'autres il est plutôt l'interlocuteur, souvent par le biais de la famille, lorsqu'un résident a un souci, par exemple pour cette dame pour un changement de chambre.

N°14 : *« Oui je l'ai rencontré dans un couloir. Il est très accueillant et très sympathique. »*

N° 12 : *« Ma fille oui elle en a même parlé au médecin qui s'occupe de la maison de retraite. Parce que j'étais dans la chambre 000 au bout d'un couloir. C'était très calme, trop isolé, du coup ils m'ont changé de chambre, je suis ici depuis 2 jours. »*

V- LE PERSONNEL DE L'EHPAD :

A- LES INFIRMIERES ET AIDES SOIGNANTES :

Il s'agit du personnel médical le plus proche des patients. Il est présent quotidiennement, et entre dans l'intimité des patients. Globalement, une relation de confiance les lie, et même de sympathie.

N°8 : *« Oh elles sont gentilles, on peut plaisanter avec elles, je me confie à elles. [...] Ici il y a toujours quelqu'un de disponible, les filles elles nous embrassent, hésitent pas à demander si ça va. C'est des gestes importants, comme tout à l'heure Mr Mo qui me donne la main, pour vous c'est rien mais pour nous c'est Vous pouvez pas savoir. C'est des marques d'importance. »*

N°7 : « *Oh très très bien, je n'ai aucun problème, je me confie à elles. Moi je n'ai aucun problème avec le personnel, les infirmières non plus, dès qu'on a quelque chose les infirmières viennent voir. Non du point de vue santé, c'est bien. Les dames sont très gentilles, je n'ai pas de difficulté à parler avec elles. Il y a pas de problème. »*

N°9 : « *Et ici, avec les filles de salle, le service, tout ça c'est impeccable. [...] Oh oui, j'ai beaucoup de ... je vais pas dire des copines par ce que c'est du domaine professionnel, mais il y a un lien qui s'est tissé, j'ai bien confiance. »*

N°10 : « *Oh elles sont bien. Et j'aime bien parce qu'il y a des étudiantes, alors je continue un peu comme à mon ancien métier. »*

Le dialogue est parfois plus facile avec ce personnel que les résidents connaissent mieux, mais pour certains il reste difficile de se dévoiler aux autres.

N°1 : *(En parlant des symptômes dépressifs)* « *Oh pfff, plutôt les infirmières et même les aides-soignantes, enfin c'est un peu, elles s'en rendent compte parce qu'on travaille avec elles, c'est-à-dire qu'elles travaillent avec nous. »*

N°5 : « *Je discute plus avec les dames qui m'aident pour la toilette, on se connaît mieux. »*

N°13 : « *Vaguement, j'ai une certaine pudeur, et puis ça ne servirait rien, personne ne peut rien faire pour moi. »*

Les résidents accordent beaucoup d'importance aux soins du corps, ils apprécient l'aide à la toilette, les massages, les frictions, le choix des vêtements.

N°2 : *(En demandant ce qui est important pour lui à l'EHPAD)* « *Bah on est bien propre. »*

N°3 : « *On est bien arrangé, on est propre, si on demande quelque chose on va nous l'apporter. »*

N°5 : « *On est bien aidé pour qu'on soit apprêté, il y a la coiffeuse qui passe. »*

Ils aiment ce sentiment de disponibilité du personnel, qui contraste avec le sentiment d'isolement qu'ils avaient parfois à leur domicile.

N°4 : (En parlant du personnel médical) « *Ne m'oubliez pas et n'allez pas trop loin... »*

N°5 : « *Quand on a besoin il y a quelqu'un pour nous aider. »*

Les seules remarques négatives à leur sujet sont le peu de temps dont elles disposent pour s'occuper d'eux. Beaucoup parlent d'un personnel débordé, qui ne néglige pas les soins, mais les résidents aimeraient qu'on puisse leur consacrer plus de temps.

N°11 : « *Je m'entends bien avec les infirmières, les aides-soignantes je les vois moins, j'ai pas beaucoup de contact, à part au repas. Mais elles ont pas le temps hein, elles sont tout le temps débordées. Mais je me sens bien ici, je serais pas restée si longtemps sinon hein. »*

N°12 : « *Oh bah oui, mais elles ont beaucoup de travail toutes, alors c'est pas des choses qui les concernent beaucoup (parle des symptômes dépressifs) [...] Mais depuis un moment ça se détériore. Parce qu'ils prennent de plus en plus de monde, et ont de moins en moins le temps de s'occuper de nous. »*

N°14 : « *Très gentils et disponibles. Mais ils sont persécutés, n'ont le temps de rien. »*

N°15 : « *Et le personnel ici est super, ils ont beaucoup de patients, de malades, et des sérieux. »* »

B- LES PSYCHOLOGUES :

Dans les quatre EHPAD où ont eu lieu les entretiens, une psychologue est disponible à la demande des patients ou du personnel médical un à deux jours par semaine.

Les résidents apprécient ces entretiens avec la psychologue, c'est une partie importante de la prise en charge de la dépression. Les entretiens sont réguliers et permettent également une coordination des soins entre toute l'équipe médicale. Certains même apprécieraient de la rencontrer plus souvent.

N°7 : « *Il y a une psychologue qui vient tous les 15 jours, elle est venue spontanément, elle doit faire l'intermédiaire entre les patients et le médecin. Elle passe un petit moment, 1/2h à peu près. Elle vient pour tout le monde, elle m'aide à améliorer le quotidien. Pour les repas par exemple, j'ai des repas spéciaux car j'ai eu un cancer de l'estomac et on m'a enlevé l'estomac complètement, alors pour manger... Je mange uniquement de la purée et du jambon mixé, à tous les repas. Alors elle a essayé de voir comment on pourrait diversifier un peu les choses. »* »

N°9 : « *Ah oui, j'ai été au CMP, et elle l'avait su, alors elle est tout de suite venue me voir.»* »

N°13 : « *J'ai recours à une psychologue tous les 15 jours environ. Elle sert excusez-moi l'expression de poubelle aux mauvaises idées. »* »

N°15 : « *Oh oui, elle est déjà venue me voir, mais je préfère ne pas en parler... »* »

N°12 : « *Justement pendant un moment j'en ai vu une, ça me faisait beaucoup de bien. Et elle a arrêté, je ne vois plus personne, alors je l'ai signalé à la directrice, elle a dit qu'elle allait s'en occuper. Parce que c'était fort bien, elle me faisait des tests et puis on discutait beaucoup toutes les deux. Même elle, elle trouvait que c'était fort bien. »* »

Certains des résidents au courant de la disponibilité de la psychologue, ne préfèrent pas y avoir recours ou n'y voient pas d'intérêt.

N°1 : « *Euh une fois, enfin je sais que je peux la rencontrer facilement, mais elle parle à mon épouse. »* »

N°2 : « *Oui, elle est encore passée tout à l'heure, elle dit qu'il faut pas perdre le moral, moi je veux qu'on me laisse tranquille. »* »

N°3 : « *Je l'ai jamais rencontrée, mais je sais qu'il y en a une, j'en ai pas eu besoin, je me plains pas. »* »

N°5 : « *Oui y'en a une ici je crois, mais j'ai jamais vu l'intérêt, je vois pas ce que je pourrais lui raconter. »* »

N°8 : « *Oui, elle vient me voir, je lui ai dit ce que j'avais à dire, mais je vais pas lui répéter toujours la même chose. »* »

N°14 : « *Il paraît que oui. Mais je n'y ai pas eu recours. Je gère mes peurs toute seule. »* »

D'autres patients encore méconnaissent le rôle de la psychologue ou ne sont pas au courant de la possibilité de la rencontrer.

N°6 : « *La psychologue, c'est pas pour les pieds ça ? »* »

N°10 : « *Non je pense pas qu'il y ait une psychologue ici, enfin je m'y suis jamais intéressée. »* »

VI- LE TRAITEMENT MEDICAMENTEUX :

A- CONNAISSANCE SUR LE TRAITEMENT :

Sur les quinze résidents interrogés, treize bénéficient d'un traitement antidépresseur. Les plus utilisés ici, avec neuf résidents traités, sont les inhibiteurs de la recapture de la sérotonine avec notamment PAROXETINE ou SEROPLEX. Six résidents bénéficient également d'un traitement anxiolytique par Benzodiazépine. Pour les deux patientes ne bénéficiant pas de traitement antidépresseur, l'une utilise des méthodes homéopathiques, l'autre bénéficie d'une benzodiazépine uniquement.

Globalement, les patients sont au courant qu'ils sont traités par un antidépresseur. Son nom par contre n'est pas toujours connu.

N°1 : « *J'ai un médicament, ça doit être le Xanax, que je prends à ma demande. Y'a pas de traitement continu.* » (Ce patient a en fait un traitement par Norset en continu).

N°2 : « *Oui y'en a mais je sais pas lesquels* »

N°4 : « *Oh oui, mais lesquels j'en sais rien, ici on ne manipule rien* »

N°5 : « *Euh bah je crois que j'ai des médicaments, ils m'en ont mis après que je sois allée à l'hôpital.* »

N°7 : « *Oui oui j'en ai. (Vous connaissez leur nom ?) Non je connais pas, je sais qu'il y a Dafalgan et la morphine. [...] Et après j'en ai un pour la dépression et le soir pour dormir on me donne Seresta.* »

N°10 : « *Oh oui mais je sais pas lesquels.* »

N°11 : « *Bah j'ai du Tranxène. J'en prends 3 par jour, Tranxène 10, avant j'en prenais du 50. Ça m'endort un peu.* »

B- EFFET DU TRAITEMENT :

Les patients sont satisfaits du traitement antidépresseur qu'ils reçoivent. Leur efficacité n'est pas totale, mais ils avouent que cela serait pire sans ce traitement. Voici ce qu'ils répondent à la question : « Et le traitement antidépresseur, le jugez-vous efficace ? »

N°1 : « *Ah oui, ah oui, ça c'est sûr. »*

N°2 : « *Sûrement, sinon j'en prendrais pas... »*

N°5 : « *Je dors mieux la nuit, sinon je peux pas vous dire. »*

N°6 : « *Bah oui, regardez, ça va bien en ce moment. J'en prends un pour dormir aussi. »*

N°10 : « *Oh oui, je ne m'en plains pas. Sauf que j'ai jamais vu l'ordonnance mais bon ils savent ce qu'ils font. »*

N°7 : « *Je suis satisfaite, il n'y a pas eu d'effet indésirable. C'était mon médecin traitant qui les avez mis en place, Dr M. a pris le relais mais finalement c'est resté la même chose. »*

Quelques effets secondaires ont été décrits, mais chez deux patients seulement. Et pour un des patients, ces effets indésirables sont maintenant résolus.

N°2 : « *Ça me donne envie de dormir »*

N°8 : « *Oh oui j'en ai. J'ai eu un mauvais traitement une fois, j'en ai parlé à Mr M, il l'a arrêté. Il était trop fort pour moi le médicament, alors je voyais des petites bêtes, des voitures dans ma chambre, c'était trop fort. Il me l'a retiré tout de suite et ça a été. »*

Il y a même un patient qui gère lui-même son traitement anxiolytique.

N°1 : « *Je prends à ma demande, je le prends que quand j'en ai besoin, je le sens, par exemple si je vais avoir une petite crise de moral, ça me calme pour l'après-midi par exemple. [...] On essaie toujours de me donner le moins possible de calmants, parce que forcément on se rend compte que sinon je peux être complètement endormi dans ma voiture. »*

La patiente qui bénéficie d'un traitement homéopathique, refuse un traitement antidépresseur, pourtant elle ne juge pas efficace son traitement actuel.

N°13 : « *Il voudrait me donner des médicaments antidépresseurs. Mais comme j'ai déjà un lourd traitement cardiaque, je ne veux pas en prendre d'autres qui pourraient interagir et donc je n'ai rien pris. J'ai de l'homéopathie à la demande, mais ça ne fonctionne pas. »*

C- ALTERNATIVE NON MEDICAMENTEUSE :

Dans la prise en charge de la dépression, les résidents ne voient pas d'autres moyens thérapeutiques qui pourraient compléter le traitement médicamenteux. En leur posant la question, je voulais évoquer des moyens comme la sophrologie, des méthodes de relaxation ou encore des groupes de parole. Les patients n'étaient pas du tout ouverts sur le sujet, ou ne connaissaient pas tout simplement ces autres méthodes thérapeutiques.

N°2 : « *Non, je vois pas quoi d'autre. »* »

N°5 : « *Je vois pas quoi. »* »

VII- L'EHPAD :

A- UNE PHASE D'ADAPTATION DIFFICILE :

L'entrée en EHPAD est un changement difficile dans la vie de ces résidents. Ils ont passé leur vie à travailler, à construire leur foyer, et abandonner le lieu où ils ont élevé leurs enfants est compliqué. Cette phase d'adaptation a été pour certains un moment où les symptômes dépressifs ont été plus marqués.

N°1 : « *Je ne me fais pas à la maison de retraite. »* »

N°5 : « *C'est pas comme à la maison. Là-bas j'avais un jardin avec un petit chien. Que je l'aimais bien ce petit chien. »* »

N°7 : « *C'est ça oui, Et on a dû quitter la maison, on a dû quitter... on a dû vendre la maison pour pouvoir payer l'EHPAD... donc c'est... c'est en route d'ailleurs, c'est mon fils qui s'en occupe. Alors tout ça, ça tourne un petit peu dans la tête bien sûr. Il faut tout lâcher, c'est toute une vie qui.... »* »

N°9 : « *Depuis quand ça va moins bien le moral ? Oh depuis le temps que je suis ici... »* »

N°11 : « *Oui ça va mieux le moral, maintenant je m'habitue à la chambre, depuis que mes enfants ils ont fait ça, je me sens mieux, je m'y habitue. »* »

N°13 : « *Je suis ici dans l'antichambre de la mort. »* »

N°14 : « *Maintenant ça va mieux, je suis arrivée ici il y a 4 mois et l'adaptation a été très difficile. [...] Je n'ai pas ma place ici. »* »

B- RESENTI GLOBAL AU SEIN DE L'EHPAD :

Après cette phase d'adaptation difficile, de manière globale, les résidents se sentent bien au sein de l'EHPAD. Ils apprécient ce sentiment de sécurité, la disponibilité du personnel et le fait de se sentir moins seul. La nostalgie de l'ancien domicile par contre demeure.

N°4 : « *Ah ben c'est quand même mieux que d'être toute seule. »*

N°6 : « *Je suis vraiment bien ici, regardez j'ai une belle chambre avec mes affaires, toute la journée je suis en bas et on fait des activités avec les animatrices. »*

N°3 : « *On est bien Hier j'ai été promener, avec un garçon, faire un tour, ça fait du bien, je sais pas qui c'est ce garçon, je lui ai même pas demandé comment il s'appelle. Mais bon parfois je suis malheureuse, ici, on est bien, c'est pas ça, je dis pas du mal de la maison, c'est moi qui ne va pas, on est bien ici, on est bien arrangé, on est propre, si on demande quelque chose on va nous l'apporter. »*

N°5 : « *Je dis pas, on mange bien, on est bien aidé pour qu'on soit apprêté, il y a la coiffeuse qui passe, quand on a besoin il y a quelqu'un pour nous aider, mais c'est pas comme à la maison. »*

N°8 : « *Oh oui je me sens bien je vivais dans un appartement, et je tombais toujours, dès que je marchais et ben je tombais. »*

Les patients accordent beaucoup d'importance aux soins qui leurs sont prodigués.

N°7 : « *Ça, euh, comment je vais dire... Physiquement ça me fatigue moins, car je n'ai à m'occuper de rien. Quand j'étais chez moi on avait quelqu'un pour m'aider à la toilette des trucs comme ça, mais il fallait quand même m'occuper du repas de mon mari. Ici je n'ai rien à faire. Donc au point de vue physique, je vais mieux, ça c'est certain, du point de vue général je vais mieux, ça c'est certain. Alors c'est simplement que c'est pas marrant d'être euh, pas chez nous. »*

N°9 : « *Et maintenant comment vous vous sentez ici ? : Bah je me sens bien aidé. »*

N°10 : « *Chez moi c'était tellement grand. Pour mon moral ça a été mieux, comme je ne savais plus faire grand-chose, je baissais ma vue. Comme j'ai eu un AVC. D'abord ici quand il y a quelque chose à faire c'est eux qui le font, je m'occupe pas de l'argent ni rien. [...] Oh ils s'intéressent à nous, ils viennent voir si tout va bien. »*

N°11 : « *Oh je suis bien, je n'ai plus rien à faire. Avant j'avais plein de travail, je travaillais jour et nuit. Ici je me repose enfin. Hier je suis même tombée endormie dans le fauteuil où vous êtes. »*

N°15 : « *Vous savez on est heureux, on est soigné, et la nuit quand on a besoin ils sont là. »*

C- IMPORTANCE DU CADRE DE VIE :

Le cadre de vie dans lequel évoluent les résidents est un élément important à leur bien-être. Ils sont sensibles à l'architecture de la structure, la luminosité, l'arrangement des pièces. Leur chambre, pièce où ils passent beaucoup de leur temps, reçoivent leurs visites, sont toutes décorées. On y voit des photos, des cadres accrochés aux murs, certains meubles de leur ancien domicile accompagnent le mobilier déjà présent dans la chambre.

N°1 : « *Et puis il y a quelques meubles que j'ai ramenés, et ça, ça fait que l'on se sent mieux. »*

N°6 : « *Je suis vraiment bien ici, regardez j'ai une belle chambre avec mes affaires. »*

N°14 : « *Ça va mieux depuis que j'ai pu décorer ma chambre, je me sens un peu mieux chez moi. Mais les rangements ne sont vraiment pas pratiques ici. »*

Les quatre EHPAD où je me suis rendue possédaient un petit jardin, ouvert les beaux jours. Bien-sûr l'EHPAD ne peut se substituer complètement à l'ancien domicile des résidents :

N°9 : « J'ai pu décorer ma chambre, mettre des photos, mais je me sens un peu à l'étroit ici, j'avais une maison plain-pied avec mon salon salle à manger faisait 45m2, et puis j'avais 3 chambres, j'avais un jardin. Ça, ça me manque. »

D- AUTONOMIE AU SEIN DE L'EHPAD :

L'autonomie des patients est préservée au maximum en fonction de leur état de santé.

N°1 : « Heureusement, j'ai encore ma voiture donc je peux me promener, faire des courses, alors ça, ça me calme un petit peu, parce que je vois des personnes autres que les résidents de la maison. [...] Souvent quand ça ne va pas, le mieux c'est que je monte dans ma voiture, que je me change, que je me sente un peu indépendant. »

On s'arrange pour que des moments agréables, comme un rendez-vous chez le coiffeur, ne soient pas entravés.

N°8 : « Et puis la semaine prochaine, je vais chez le coiffeur, alors on va retirer ma sonde Mr Mo a dit, parce que j'ai ma fierté, je veux pas y aller comme ça. »

Chez les patients plus dépendants, le fait d'être tributaire du personnel est difficile à admettre.

N°4 : « *Je sens que je ne suis pas libre de mes mouvements. »*

N°5 : « *Je suis en fauteuil roulant, alors on fait quelques balades mais jamais très loin. On est tout le temps dépendant de quelqu'un. »*

N°6 : « *Oui enfin pas souvent en promenade parce que mon fauteuil roulant m'embête en ce moment. »*

N°7 : « *La perte d'autonomie oui, on bouge plus, on fait plus les courses, on fait plus rien hein, enfin je peux plus, toute façon je pourrais pas. »*

E- IMPORTANCE DES ACTIVITES :

Dans chacune des EHPAD, des activités sont proposées aux résidents. D'ailleurs le planning était souvent affiché dans le hall d'entrée et dans les ascenseurs pour être visible de tous les résidents. Ces activités sont réalisées avec joie par les résidents, elles font passer le temps, les stimulent cognitivement et permettent de faire de nouvelles connaissances, notamment avec les autres résidents.

N°3 : « *Hier j'ai été promener, avec un garçon, faire un tour, ça fait du bien. »*

N°6 : « *Ce matin c'était tricot, mais je peux pas avec ma main, du coup j'ai épluché les poireaux, on fait des jeux, des balades, je suis dans le salon toute la journée, je vois du monde, le temps passe plus vite comme ça. [...] toute la journée je suis en bas et on fait des activités avec les animatrices. »*

N°8 : « *Ah oui (sourire), ici après-midi de 14h30 à 16h. On a des ateliers sur la mémoire. Par exemple quand est-ce que Napoléon il est mort, c'est bien mais parfois barbant, alors derrière son dos on fait... (mime une grimace) »*

N°9 : « *De la peinture, un peu du bricolage, on participe aux fêtes de Noël. Regardez ça je l'ai fait là-bas, je l'ai pris pour donner à mes petits-enfants. »*

N°13 : « *Oui, le plus possible. Ça me change les idées. Et tout le monde est d'une grande gentillesse. Les gens font ce qu'ils peuvent pour me faire plaisir. »*

N°15 : « *Oui oui, un jour j'y suis allée c'était la gymnastique. Mais alors, il fallait voir toutes les personnes, c'était admirable, je les regardais avec des yeux...Je ne ferai pas le dixième de ce qu'elles faisaient. »*

Le profil des résidents des EHPAD est très diversifié, certains reprochent des activités qui ne leur sont pas adaptées, et qui les renvoient alors à leur dépendance. Certains encore reprochent d'être infantilisés par des activités qui pour le coup se voudraient adaptées à tout le monde.

N°1 : « *Ce que je reproche, dans cette maison, c'est que par exemple du point de vue animation, on se retrouve vraiment avec des animations d'enfants, pour s'adapter, on joue encore à la bataille, aux petits chevaux, bah ce ne sont pas des jeux qui moi, m'intéressent hein. »*

N°9 : « *Seulement la mémoire, le lundi matin, là y'a la mémoire, on est qu'une dizaine de personnes alors ça c'est intéressant, c'est pas bruyant, mais les autres activités on est très nombreux et j'entends pas, sans les appareils j'entends rien et si je les mets ça hurle. Quand on a des appareils, faut pas avoir beaucoup de monde autour de soi. Alors là, y a une trentaine de personnes qui parlent toutes, qui.... Donc ça j'évite. »*

N°10 : « *Non ... J'avais essayé m'enfin C'est spécial pour moi... Ils sont très gentils hein. Mais je m'aperçois que pour moi, pour mon moral, ça va pas. »*

N°12 : « *Oh au maximum, mais ici comme j'ai des problèmes de marche, si elles ne viennent pas me chercher, je peux pas y aller. Je ne sais pas y aller moi-même. Et en plus j'ai un problème de ne plus voir clair. Alors ils font des travaux que je ne peux pas faire. Ils ne viennent pas me chercher dans ces cas-là, quand ils font un loto ils viennent me chercher. »*

N°14 : « *Oui beaucoup, je suis allée à la gymnastique hier. Mais j'ai beaucoup de mal à aller vers les autres. Je me suis un peu renfermée depuis que je suis ici. Les activités sont pour la majorité faites pour les personnes qui n'ont plus toute leur tête. »*

F- RESENTI VIS-A-VIS DES AUTRES RESIDENTS :

Dans les EHPAD où je me suis rendue, les profils des résidents étaient très divers. Le but était de réunir tout le monde, sans mettre personne à l'écart. Mes entretiens se sont réalisés avec des personnes qui n'avaient pas de troubles cognitifs. Beaucoup d'entre elles ont signalé vis-à-vis d'autres résidents des sentiments de gêne, de tristesse à cause de leurs troubles cognitifs ou à leur perte d'autonomie.

N°1 : « *Il n'y a pas d'autres résidents valides comme moi, il y en a peut-être un, mais qui est presque toujours dans sa chambre. Et c'est tout. Le reste, c'est des gens qui n'ont plus les réactions d'une vie active. [...] Comme je vous dis, je suis peut-être trop valide pour être ici.* »

N°5 : « *Mais on n'est pas beaucoup à jouer, ça me rend encore plus triste de voir comment sont certains, je préfère rester tranquille dans ma chambre.* »

N°6 : « *Alors des fois c'est un peu bruyant parce que il y en a qui perdent un peu la tête, mais je me sens bien ici.* »

N°8 : « *Faut tenir ses distances avec certains, y'en a qui sont méchants, y'en a qui sont malpropres. Comme y'en a une quand j'arrive là-bas, elle veut toujours que je lui vide sa poche. C'est dur de se faire des amis ici. Je suis pas non plus marie raconte tout. Je vis tranquillement. Histoire d'être tranquille, toute seule.* »

N°7 : « *C'est méchant ce que je dis mais il y a d'autres personnes encore plus mal en point, du moins mentalement, et ça me fait mal au cœur, et puis je n'ai pas tellement de contact avec les gens. D'abord parce que j'entends mal et puis surtout.... Ça fait méchant ce que je dis mais je n'y arrive pas à prendre contact* »

N°9 : « *Oh en face j'ai une femme qui n'arrête pas de crier jour et nuit...* »

N°10 : « *Vis-à-vis des autres résidents, ils sont tous très gentils, mais on peut pas avoir tellement de conversation.* »

Ce mal-être en présence de certains résidents, les oblige parfois à se réfugier dans la solitude de leur chambre. Une résidente évoque très bien ce mal-être en décrivant une crainte, qui serait de devenir comme certains des résidents en moins bonne santé.

N°13 : « *Alors je suis confrontée aussi avec des cas qui ne sont pas très réjouissants : le spectacle de gens qui perdent la tête, de gens qui souffrent énormément, on est dans un bain d'ondes négatives. »*

N°14 : « *Et puis depuis que je suis ici, je me sens agressée par la vue de ces personnes dépendantes, malentendantes [...] Ce qui m'effraie le plus c'est les autres. Ça me renvoie à ce que je peux devenir dans 10ans, l'avenir est incertain et ça peut me tomber sur le dos. »*

N°9 : « *Un peu plus de sorties, s'ouvrir un peu plus à l'extérieur. On va toujours aux mêmes endroits. J'aime bien voir des personnes, mais là je me retrouve toujours dans un environnement de personnes âgées avec qui on peut pas toujours discuter, je suis encore jeune par rapport à certaines. Ça c'est dommage. »*

Heureusement, l'EHPAD est également un beau lieu de rencontre où l'on peut se faire de très bons amis.

N°15 : « *Enfin j'ai beaucoup beaucoup d'amis, ça c'est important, alors j'ai toujours des visites. »*

DISCUSSION

I- FORCES ET FAIBLESSES DE L'ETUDE :

A- LES FAIBLESSES :

La première est un biais de sélection lié à la taille de l'échantillon. Celui-ci est peu représentatif de la population générale, de plus l'étude s'est réalisée exclusivement dans le département du Nord et ne peut donc être généralisée à toute la France. Le choix de n'interroger que les personnes présentant un MMS > 25 renforce ce biais de sélection, mais le canevas d'entretien n'était pas adapté aux personnes présentant des troubles cognitifs.

Ensuite, la population étudiée est une population âgée, souvent poly-pathologique, il est probable que des biais de mémorisation ont eu lieu. Des difficultés de compréhension ont pu également fausser certaines réponses ou rendre compliqués le bon déroulement et la fluidité des discours, par exemple à cause de la surdité de l'interlocuteur.

Enfin, le manque d'expérience de l'enquêteur pouvait nuire à la qualité des entretiens, c'est pour cette raison qu'un entretien semi-dirigé, réalisé avec l'aide d'une psychologue compétente paraissait plus adapté, permettant de déterminer les stratégies à l'avance tout en restant flexible. Il s'agissait d'une étude exploratoire, le canevas d'entretien a donc permis de balayer les thèmes principaux susceptibles d'être améliorés, sans pour autant être fermé et permettre ainsi une part d'inattendu.

Même s'il tente de le rester, un enquêteur n'est jamais neutre et peut influencer le discours par l'intonation de sa voix, son attitude, et ainsi mener à un biais d'interrogation, mais cela fait partie intégrante du matériel d'enquête. Le discours était peu souvent interrompu, afin de favoriser l'expression libre des interviewés, le risque étant parfois de déborder du sujet.

B- LES POINTS FORTS :

Une méthode qualitative semblait appropriée pour dégager des pistes d'amélioration par rapport à une méthode quantitative qui aurait restreint les champs d'exploration. Les personnes âgées se sentent plus à l'aise dans le dialogue que sur le papier. La réalisation d'un questionnaire qui leur aurait été adressé aurait certes permis un gain de temps et peut-être un échantillon plus grand, mais cela aurait encore limité les critères d'inclusion, car certains des sujets interrogés présentaient des difficultés à écrire. Les études qualitatives sont rares sur le sujet de la dépression de la personne âgée, celle-ci permet de montrer d'autres aspects et ouvre de nouvelles pistes de recherche.

Malgré le faible échantillonnage, la saturation des données a été atteinte. Il faut rappeler que l'échantillonnage tout en étant le plus diversifié possible, n'est pas tenu en recherche qualitative d'être représentatif de la population générale. Aucun des sujets sollicités n'a refusé de participer à l'étude.

Les entretiens semi-dirigés ont permis aux personnes interrogées de se livrer dans l'intimité de leur chambre, et ont également permis d'analyser le non-verbal. Un seul et même enquêteur a réalisé tous les entretiens, ce qui a réduit l'effet d'instrumentation. De plus grâce à la triangulation des chercheurs, le biais d'interprétation a pu être limité.

II- ANALYSE DES PRINCIPAUX RESULTATS :

J'ai souhaité réaliser cette étude après un premier stage en gériatrie à Lens en tant qu'interne de 1^{er} semestre. Nous réalisons assez systématiquement l'échelle gériatrique de dépression : GDS (Annexe 5) afin de dépister les symptômes dépressifs chez nos patients. Puis en 3^{ème} semestre, j'ai effectué un stage auprès de différents médecins généralistes qui suivaient des patients en maison de retraite. Les visites y étaient parfois rapides et nous n'avions pas forcément le temps de parler

des problèmes de moral (20). Il y avait également peu d'échange avec le personnel de l'EHPAD et le médecin généraliste. J'ai pourtant découvert que les résidents avaient accès à des psychologues, que diverses activités étaient organisées, que le suivi médical était régulier. Alors pourquoi la prévalence de dépression serait plus forte en EHPAD qu'ailleurs (21) ? Et pourquoi ne pas demander aux personnes souffrant de dépression comment le personnel médical et paramédical, au sein de l'EHPAD ou ailleurs, comment l'environnement de l'EHPAD, leur entourage, interviennent-ils dans la prise en charge de leur dépression ?

Après une recherche bibliographique, trois hypothèses ressortaient, ce travail avait pour objectif de les vérifier.

A- HYPOTHESE N°1 : LES SUJETS AGES BANALISENT LEUR SYMPTOMES DEPRESSIFS ET N'OSENT PAS EN PARLER.

Lors des entretiens, à la question : « Comment vous sentez-vous en ce moment ? », très peu répondaient par des termes négatifs. Cela pourrait évoquer que le moral est plutôt bon chez ces personnes. Pourtant on peut en douter à cause d'une utilisation d'euphémismes pour décrire leur moral du moment. Ce qui se reflète dans ces propos est plutôt une sous-estimation de leur syndrome dépressif.

Ensuite certains ont rappelé qu'il est tout à fait normal de ne pas avoir le moral, surtout lorsque l'on devient plus âgé. Cet aspect est connu et relaté dans des articles (22). La dépression n'est pas un aspect normal du vieillissement, le message est bien passé du côté médical, mais pas assez bien du côté des patients, même lorsque la dépression a déjà été diagnostiquée.

J'ai pu également constater, tout au long de ce travail, que les personnes âgées interrogées, en général, avaient peu dialogué au sujet de leur dépression. Tout d'abord avec l'entourage familial, les résidents, dans un souci de préserver leurs proches, de ne pas les inquiéter ou les embêter, ne parlent pas d'eux-mêmes de leurs troubles du moral.

Ensuite avec le médecin traitant, ici la moitié environ des résidents qui possèdent un bon rapport de confiance osent parler de leurs symptômes dépressifs, pour les autres, peut-être à cause également de consultations trop courtes, ils préfèrent ne pas perdre de temps à s'étendre sur leur moral et se concentrent plutôt sur les plaintes somatiques du moment.

Avec les infirmières et aides-soignantes, là aussi pour la majorité, il est difficile d'en parler : certains sont aidés par un lien plus intime qui les lie, mais malgré cela, il existe une certaine réticence à se confier, par pudeur ou par peur du manque d'intérêt de leurs plaintes.

La psychologue est la personne privilégiée pour discuter des troubles du moral. Pourtant moins de la moitié des personnes interrogées environ y ont recours régulièrement. Ces résidents qui voient la psychologue régulièrement en sont très satisfaits. Pour les autres, ils ne savent pas bien quel est son rôle, ou pensent qu'elle est plutôt présente pour les personnes ayant des troubles cognitifs.

Pour finir, seules deux des personnes interrogées étaient également suivies par un psychiatre, là aussi, comme la consultation est dédiée aux troubles du moral, ils n'éprouvent pas de difficulté à en parler.

B- HYPOTHESE N°2 : MECONNAISSANCE SUR LES PRISES EN CHARGE POSSIBLE DE LA DÉPRESSION.

Au cours des entretiens, les résidents ont donné le sentiment qu'ils ne pensaient pas qu'on puisse vraiment soigner la dépression. Beaucoup d'entre eux par exemple, ne discutent pas avec leur médecin traitant de leurs troubles du moral, parce qu'ils pensent que, de toute manière, il ne pourra rien y faire.

Et c'est la même chose avec la psychologue, moins de la moitié y ont recours : A part deux des personnes interrogées, les autres savent qu'elle est présente au sein de l'établissement et disponible. Son rôle est peut-être un peu flou pour eux, et ils mériteraient que l'intérêt de la psychologue leur soit expliqué.

Pour ce qui est du traitement médical, les patients sont plutôt bien informés, la plupart savent qu'ils sont traités, certains même gèrent eux-mêmes leur traitement anxiolytique. Ce traitement est très bien admis par les résidents, qui en sont satisfaits, bien que l'efficacité sur la dépression ne soit pas totale.

Les autres thérapies non médicamenteuses sont, elles, totalement inconnues des patients.

Pour ceux qui n'étaient pas déjà suivis par un psychiatre ou un gériatre en externe, les résidents ne voyaient que peu d'intérêt à avoir des consultations dédiées à leur syndrome dépressif. Peut-être, par « peur » du côté trop « psychiatrique » de la prise en charge, ou par méconnaissance encore une fois de l'utilité que pourraient avoir ces consultations.

C- HYPOTHESE N°3 : IMPORTANCE DE CHAQUE INTERVENANT AU SEIN DE L'EHPAD.

Chaque intervenant a son propre rôle à jouer dans la prise en charge de la dépression des personnes âgées en EHPAD et lors des entretiens chaque intervenant est décrit comme important.

Pour commencer, un lien étroit lie les résidents aux aides-soignantes et infirmières. Ce sont leurs principales confidentes, elles entrent dans leur intimité. Ce sont également les premières personnes pouvant apporter du réconfort aux patients. Le temps de la toilette est particulièrement important, c'est un moment où le patient se dévoile physiquement et moralement, il est important pour lui que ce temps ne soit pas négligé. L'esthétique autant pour les hommes que pour les femmes permet de mieux

appréhender le regard des autres. Les marques de sympathie ou autres petites attentions sont accueillies avec joie par les résidents.

Le médecin traitant doit également avoir un rôle important dans la prise en charge de la dépression de ces résidents. Chez les personnes qui dialoguent avec leur médecin au sujet de la dépression, son rôle est primordial. Il l'est par contre beaucoup moins avec les patients chez qui le dialogue n'est pas ouvert. C'est donc à nous, médecins traitants, de l'ouvrir. On peut tirer les mêmes conclusions avec les psychologues.

Pour continuer, le rôle de l'entourage est primordial chez ces individus. La plupart des individus interrogés se sentent isolés, voire mis de côté par leur entourage. Les visites se font rares et ceci impacte profondément leur moral. Bien-sûr ils ne sont pas tous dans le même cas, les individus non isolés s'expriment totalement différemment en parlant de leur famille d'un ton enjoué, heureux et difficiles à arrêter sur le sujet. Aucun doute pour dire qu'un bon entourage est un facteur déterminant pour le bien-être de ces personnes.

L'EHPAD elle-même est un intervenant important pour la prise en charge de la dépression. Les individus prêtent énormément d'importance pour leur bien-être à leur cadre de vie. Ils s'y sentent globalement bien et aiment ce sentiment de sécurité, de ne plus être isolés et d'avoir du personnel à disposition si besoin est. Ces personnes âgées apprécient leur chambre décorée par leurs soins et les activités proposées quotidiennement qui font passer le temps plus vite. Avec le recul, la plupart se sentent « chez eux » à l'EHPAD et s'y sentent bien mieux qu'à leur domicile. Ce sentiment du « chez soi » est très important et il est primordial de le maintenir et de l'améliorer (23).

D- AUTRES RESULTATS :

Il existe une relation étroite entre l'état de santé physique et moral. Sur le plan des pathologies, les individus interrogés étaient très différents, certains encore valides pouvant encore conduire et d'autres dépendants pour le moindre déplacement. Pour autant, la santé physique influe sur leur dépression. Les plaintes somatiques

revenaient régulièrement au premier plan, parfois même ressenties comme source de leur état dépressif. Les plaintes somatiques les plus fréquentes étaient celles en lien avec une perte d'autonomie : symptôme douloureux par exemple, mais également des plaintes portant sur des symptômes entravant un bien-être quotidien tel que des diarrhées (24). Il faut prendre en compte ces plaintes somatiques, les corriger dans la mesure du possible, car ceci entre également dans la prise en charge du symptôme dépressif.

Sur les quinze résidents interrogés, six sont entrés à l'EHPAD sur leur propre décision, les autres ont souvent subi la pression de leurs proches. L'institution gériatrique s'apparente à une véritable épreuve de réalité : confrontation rude au vieillissement propre, à celui des autres, à la maladie, à la dégradation, à la souffrance et la dépendance (25). De ce fait, la transition entre le domicile et l'EHPAD est un moment difficile pour chaque résident rencontré, certains décrivent un syndrome dépressif apparu ou aggravé à leur entrée dans l'EHPAD. Mais en creusant un peu plus, on se rend compte que ce sentiment concerne plutôt le fait de devoir se séparer de leurs biens, d'un endroit familial qu'ils ont construit toute leur vie. Après cette phase d'adaptation, les résidents sont contents de leur lieu de vie.

Au sein de l'EHPAD, les activités, assurées la plupart du temps par des bénévoles, sont des moments privilégiés pour se retrouver, pour se rendre utile et pour utiliser son temps de façon ludique. Malheureusement, beaucoup décrivent des activités pas toujours adaptées à leur état de santé, ou alors trop enfantines, entraînant un isolement de ces personnes dans leur chambre.

Les sorties à l'extérieur ne sont pas aussi fréquentes que voulu, certains des patients dépendants doivent attendre que le personnel soit disponible pour se déplacer. Certains résidents regrettent le peu de temps que les infirmières ou aides-soignantes ont à leur consacrer. Ils décrivent un personnel débordé.

La cohabitation avec d'autres personnes âgées, même ment ou autrement malades, mobilise de surcroît des identifications et contre-identifications potentiellement violentes. Ce rapport vis-à-vis des autres résidents est donc parfois difficile. Certains voient dans les pathologies des autres, ce qui pourrait leur arriver dans quelques

années, et donc ceci peut être source d'angoisse et à nouveau d'isolement vis-à-vis des autres.

III- PISTE D'AMELIORATION :

On a vu que les patients banalisaient leurs symptômes dépressifs et éprouvaient des difficultés à en parler. Au cours de notre consultation à l'EHPAD, nous devons, en tant que médecin traitant, prendre un peu plus le temps, et poser des questions sur l'humeur des patients. « Avez-vous des douleurs en ce moment ? » est une question que nous posons très souvent, la question « Comment va votre moral en ce moment ? » doit également devenir systématique. Nous verrons alors que si nous faisons le premier pas, les personnes âgées auront moins de mal à se livrer.

Aborder toutes les problématiques de la dépression lors de notre consultation est impossible, notre temps est limité. Pour cela nous devons également nous reposer sur le personnel de l'EHPAD. Notamment les psychologues, il est important d'expliquer aux résidents leur rôle et leur intérêt dans la prise en charge.

Il faut également plus communiquer entre nous, faire des transmissions. Les résidents se confient et se livrent au personnel soignant et pas forcément à nous, il faut prendre le temps d'aller voir les infirmières et aides-soignantes et de discuter avec elles de nos patients.

Il faut intégrer l'entourage à la prise en charge de leur aîné. Il faut dialoguer avec eux lorsqu'on les croise en visite ou les appeler, leur faire part des choses qui pourraient améliorer la qualité de vie de leur parent : aller chercher un nouveau fauteuil roulant, aider à décorer la chambre. Il ne faut pas hésiter à les solliciter afin de les faire participer à la prise en charge et montrer leur importance.

On a vu que les soins du corps étaient importants pour ces résidents mais qu'ils regrettaient parfois de ne pas bénéficier de plus de temps avec le personnel qui leur prodigue les soins. Il faut continuer de donner des soins de qualité, bien-sûr les budgets des EHPAD sont limités, mais un personnel qui n'est pas stressé par le

manque de temps est un personnel plus détendu qui répondra bien mieux aux attentes des résidents.

Concernant les activités, là aussi nous ne pouvons avoir les structures et le personnel disponible pour satisfaire tout le monde. Cependant, il faut essayer au maximum d'adapter les activités aux patients, de faire des petits groupes qui pourront travailler ensemble, afin d'éviter la sensation d'isolement des résidents.

CONCLUSION

La population française vieillit, cela implique donc de plus en plus de personnes institutionnalisées en EHPAD et parmi elles, des personnes âgées souffrant de dépression.

Or, si l'on peut aujourd'hui raisonnablement espérer allonger encore la durée de vie, il semble plus important de penser à améliorer la qualité de la vie des personnes âgées dans leur quotidien, pour les aider à se retourner sur leur passé sans pour autant sombrer dans l'oubli de leur propre existence. La façon dont chaque société traite « ses vieux » révèle les valeurs qui l'organisent. Ainsi, proposer aux personnes âgées un accompagnement de qualité pour les dernières années de leur vie témoigne d'un souci qui dépasse la compassion.

La prise en charge de la dépression de la personne âgée est complexe, cette étude a tout d'abord permis de confirmer les hypothèses que l'on pouvait faire grâce à la littérature. Les personnes âgées banalisent leurs symptômes dépressifs et n'osent pas toujours en parler, elles méconnaissent la prise en charge globale qui pourrait avoir lieu au sein de l'EHPAD et pour finir, elles accordent de l'importance à chaque intervenant, chacun à son rôle dans la prise en charge de la dépression.

Tous ces intervenants ont été mis en lumière dans cette étude, ainsi que leurs points négatifs et positifs. Il faut donc poursuivre la qualité des soins notamment corporels qu'apportent les soignants de l'EHPAD aux résidents. Le cadre de vie est également très important, avec personnalisation de leur chambre, jardin où se promener, c'est à ce prix qu'une institution gériatrique peut passer du statut de lieu d'hébergement à un véritable « chez-soi », lieu où l'on se sent bien pour vivre, lieu où l'on peut être soi-même.

Il faut savoir, lors des consultations du médecin généraliste, poser des questions sur le moral et insister sur le rôle que peut avoir la psychologue. Il est également

important de sensibiliser l'entourage aux symptômes dépressifs, tout en respectant le secret médical, et de leur dire quelle importance ils ont pour leurs aînés. Chaque plainte somatique est à prendre au sérieux car impactant leur moral. Il faut préserver au maximum leur indépendance. L'isolement des personnes, même en EHPAD est à prévenir, en fonction des budgets, il faut savoir mettre en place des activités adaptées à chacun, quitte à réaliser des petits groupes se rapprochant au niveau des capacités physiques et cognitives.

Pour finir, il est important de travailler ensemble, les EHPAD sont des lieux privilégiés par rapport au domicile, pour faciliter la transmission des informations concernant les résidents. Il faut savoir prendre le temps de dialoguer entre nous et c'est à nous, médecin généraliste, de coordonner au mieux tout cela.

BIBLIOGRAPHIE :

- (1) Duquesne F. Revue Urgences 2011 Vulnérabilité de la personne âgée. [En ligne] France ; 2011. 16 p.
- (2) Martial F, Naudy-Fesquet I, Roosz P, et al. Espérance de vie - Mortalité – Tableaux de l'Économie Française. Institut national de la statistique et des études économiques ; Edition 2016. 268 p.
- (3) Champion J.B, Colin C, Lesdos-Cauhapé C, et al. Bilan démographique 2015. Population par âge. Institut national de la statistique et des études économiques. Insee références- N°1581. 2015 ; 4 p.
- (4) Puisieux F. Le livre de l'interne : Gériatrie. Lavoisier Médecine Sciences, Paris ; Mars 2012.
- (5) Martial F, Naudy-Fesquet I, Roosz P, et al. Personnes âgées dépendantes – Tableaux de l'Économie Française - Institut national de la statistique et des études économiques ; Edition 2014. 265 p.
- (6) Organisation mondiale de la santé. La dépression. Aide mémoire N°369. Organisation mondiale de la santé. Avril 2016.
- (7) Lleshi V, Bizzozero T. La dépression du sujet âgé. Rev Med Suisse. 2009 ; [Cité le 19 février 2016]. 1785-1789.
- (8) Collège National des Enseignants de Gériatrie. Les états dépressifs du sujet âgé. [En ligne]. Université médicale virtuelle francophone ; 2008-2009. [Cité le 03 février 2016] Polycopié National. Chapitre 7. 148-162p Disponible : <http://campus.cerimes.fr/geriatrie/poly-geriatrie.pdf>
- (9) Jalenques I. Question 63 - Dépression du sujet âgé. CHU d'angers ; 2000. Module 5. 4 p.

- (10) Hazif-Thomas C, Thomas Ph. L'importance de la dépression et les moyens de la dépister chez les personnes âgées. Centre de gérontologie Pasteur CHU de Poitiers. 2000. 3 p.
- (11) Haute Autorité de santé. Améliorer la prescription des psychotropes chez les personnes âgées. La dépression. Octobre 2007. 18 p.
- (12) Frémont P. Aspects cliniques de la dépression du sujet âgé. Psychologie & NeuroPsychiatrie du Vieillissement ; 2004 ; 2 (Suppl. 1) : S19-S27.
- (13) Organisation Mondiale de la Santé. La discrimination et les attitudes négatives à l'égard du vieillissement sont nocives pour la santé. Communiqué de presse. Genève. Organisation mondiale de la santé. Septembre 2016. 1 p.
- (14) Pitchot W, Scantamburlo G, Anseau M. Clinical ant therapeutical approach of depression in old age. Rev Med Liege 2012; vol. 67, n°11, [Note(s): 566-572 [7 p.]] (25 ref.)
- (15) Silver Economie. Etude : État des lieux des pratiques des médecins généralistes libéraux dans les EHPAD des Pays de la Loire. Novembre 2014. 1 p.
- (16) Dr Apelbaum.H, Caron.E, Corriat-Haddad.C, et al. Evaluation du temps clinique passé par le médecin traitant en EHPAD. Université Paris V Descartes. 2009-2010. 70 p.
- (17) Aubin-Auger I. Mercier A. Baumann L. et Al. Introduction à la recherche qualitative. Revue Exercer. 2008. V84, N°19.
- (18) Imbert G. L'entretien semi-directif : A la frontière de la santé publique et de l'anthropologie. Revue Recherche en soins infirmiers. 2010. N°102. 23-34 p.
- (19) Britten N. Qualitative Research: Qualitative interviews in medical research. The BMJ. Volume 311.1995. N°6999, 251-263 p.

- (20) Veuilotte I. Implication des médecins libéraux en établissement d'Hébergement pour personnes âgées dépendantes. [Thèse de Doctorat] Université de Dijon ; 2010.
- (21) Kuhnel M-L, Iraki I, Tranchant M, et al. Prévalence de la dépression en EHPAD : nécessité d'une approche gérontopsychiatrique. NPG Neurologie – Psychiatrie – Gériatrie Volume 10. Septembre 2009. N°HS1 11 p.
- (22) Charazac P-M. Les dynamiques psychiques de la dépression du sujet âgé. Soins gérontologiques n°91. Novembre 2011. 6 p.
- (23) Ory M. Peut-on se sentir chez soi dans un EHPAD ? Soins gérontologiques n°113. Mai 2015. 4 p.
- (24) Boulidoires T, Jacolot C. La douleur comme symptôme de la dépression du sujet âgé. Soins gérontologique n°91. Novembre 2011. 4 p.
- (25) Verdon B. Clinique du sujet âgé. Edition Armand Colin ; 2012.

ANNEXE N°1

Critères d'un épisode dépressif majeur, DSM-V-TR :

1. Au moins cinq des symptômes suivants doivent avoir été présents pendant une même période d'une durée de deux semaines et avoir représenté un changement par rapport au fonctionnement antérieur; au moins un des symptômes est soit (1) une humeur dépressive, soit (2) une perte d'intérêt ou de plaisir.
2.
 1. Humeur dépressive présente pratiquement toute la journée, presque tous les jours, signalée par le sujet (sentiment de tristesse ou vide) ou observée par les autres (pleurs).
 2. Diminution marquée de l'intérêt ou du plaisir pour toutes ou presque toutes les activités pratiquement toute la journée, presque tous les jours.
 3. Perte ou gain de poids significatif (5%) en l'absence de régime, ou diminution ou augmentation de l'appétit tous les jours.
 4. Insomnie ou hypersomnie presque tous les jours.
 5. Agitation ou ralentissement psychomoteur presque tous les jours.
 6. Fatigue ou perte d'énergie tous les jours.
 7. Sentiment de dévalorisation ou de culpabilité excessive ou inappropriée (qui peu être délirante) presque tous les jours (pas seulement se faire grief ou se sentir coupable d'être malade).
 8. Diminution de l'aptitude à penser ou à se concentrer ou indécision presque tous les jours (signalée par le sujet ou observée par les autres).
 9. Pensées de mort récurrentes (pas seulement une peur de mourir), idées suicidaires récurrentes sans plan précis ou tentative de suicide ou plan précis pour se suicider.
3. Les symptômes induisent une souffrance cliniquement significative ou une altération du fonctionnement social, professionnel ou dans d'autres domaines importants.
4. Les symptômes ne sont pas imputables aux effets physiologiques directs d'une substance ou d'une affection médicale générale.
5. L'épisode ne répond pas aux critères du trouble schizoaffectif et ne se superpose pas à une schizophrénie, à un trouble schizophréniforme, à un trouble délirant ou à une autre trouble psychotique.
6. Il n'y a jamais eu d'épisode maniaque ou hypomaniaque.

ANNEXE N°2

Canevas d'entretien

Code :

- 1) Comment vous sentez-vous en ce moment ?
- 2) Depuis quand vous sentez-vous moins bien ?
- 3) Comment réagit votre entourage depuis que vous vous sentez moins bien ?
- 4) Quel rôle a eu votre médecin traitant ?
- 5) Que vous a-t-on proposé alors ? Des médicaments ? Des entretiens avec un psychologue ?
- 6) Quel changement avez-vous constaté ?
- 7) Et depuis votre arrivée à la maison de retraite ? Comment vous sentez vous ?
- 8) Qu'est-ce que vous apporte l'EHPAD pour vous faire vous sentir mieux ?

ANNEXE N°3

Faculté de médecine Henri Warembourg

Numéro de code :

Consentement de participation à une étude médicale

Je soussigné(e), Monsieur ou Madame

Prénom..... Nom.....

Certifie avoir reçu et compris toutes les informations relatives à ma participation et avoir eu un délai de réflexion avant de consentir à participer à l'étude médicale :

« Le ressenti de la personne âgée souffrant de dépression vivant en EHPAD : Etude qualitative. »

Accepte un enregistrement audio-phonique des entretiens. Celui-ci sera détruit dès la fin du travail.

Cette étude médicale est réalisée dans le cadre d'une thèse de médecine générale soutenue par Clémence Gavois, interne de Médecine générale à la faculté de médecine de Lille.

Fait en double exemplaires à Le

Signature

ANNEXE N°4

Faculté de médecine Henri Warembourg

Nom de l'étudiant : GAVOIS

Prénom de l'étudiant : Clémence

Tel : 06-74-66-08-31

Numéro de code :

Informations pour participation à une étude médicale

Dans le cadre de la thèse que je dois réaliser au cours de mes études, j'effectue un travail de recherche médicale :

« Ressenti de la personne âgée souffrant de dépression vivant en EHPAD : Etude qualitative. »

Pour mener à bien cette recherche, j'ai besoin de recueillir des données par le biais d'entretiens et c'est la raison pour laquelle je vous ai contacté.

Pour participer à ce travail, il est important que vous sachiez :

- Que votre participation n'est pas obligatoire et se fait sur la base du volontariat
- Que vous avez le droit de vous retirer de l'étude à tout moment si vous le souhaitez, sans en supporter aucune responsabilité
- Que vous avez le droit de refuser de répondre à certaines questions qui vous seront posées
- Que les données recueillies seront traitées de manière confidentielle ; et que si elles devaient être utilisées pour donner lieu à une publication, elles seraient anonymes
- Qu'à tout moment vous pouvez avoir accès aux données vous concernant
- Que je me tiens à votre disposition pour répondre à vos questions concernant les objectifs du travail une fois le recueil des données effectuées
- Que les éventuels enregistrements seront détruits dès la fin des travaux

Cette recherche est réalisée dans le respect des règles de bonnes pratiques cliniques et de la législation nationale en vigueur.

Les données de santé vous concernant feront l'objet d'un traitement informatique destiné à l'évaluation scientifique de la recherche. Elles seront transmises dans des conditions garantissant leur confidentialité, c'est-à-dire de manière **anonymisée**. En vertu des articles 39, 40 et 56 de la loi n° 78-17 du 06 Janvier 1978 modifiée par la loi 2004-801 du 06 août 2004 relative à l'informatique, aux fichiers et aux libertés, vous pourrez exercer vos différents droits dont celui d'accès, d'interrogation, de rectification et d'opposition concernant la levée du secret médical auprès du médecin qui vous propose de participer à la recherche. Par ailleurs, conformément à l'article L.1111-7 du Code de la Santé Publique, les données de santé vous concernant peuvent vous être communiquées par le médecin de la recherche et pourront également, dans des conditions assurant leur confidentialité, être transmises aux autorités de santé, à d'autres entités de cet organisme, responsable de l'étude.

Fait en double exemplaires à Le.....

Signature

ANNEXE N°5**Echelle gériatrique de dépression : GDS**

1. En somme, êtes-vous satisfait(e) de votre vie ?	oui	non
2. Avez-vous abandonné de nombreuses activités ou de nombreux intérêts ?	oui	non
3. Avez-vous le sentiment que votre vie est vide ?	oui	non
4. Vous ennuyez-vous souvent ?	oui	non
5. Avez-vous espoir en l'avenir ?	oui	non
6. Êtes-vous dérangé(e) par des pensées que vous ne pouvez pas sortir de votre tête ?	oui	non
7. Êtes-vous de bonne humeur la plupart du temps ?	oui	non
8. Avez-vous peur qu'un malheur vous arrive ?	oui	non
9. Vous sentez-vous heureux la plupart du temps ?	oui	non
10. Vous sentez-vous souvent impuissant(e) ?	oui	non
11. Vous sentez-vous souvent nerveux(se) et agité(e) ?	oui	non
12. Préférez-vous rester à la maison plutôt que sortir et faire quelque chose ?	oui	non
13. Vous faites-vous souvent du souci pour l'avenir ?	oui	non
14. Avez-vous le sentiment d'avoir davantage de problème de mémoire que la plupart des gens ?	oui	non
15. Pensez-vous qu'il est merveilleux de vivre maintenant ?	oui	non
16. Vous sentez-vous découragé(e) et triste ?	oui	non
17. Avez-vous le sentiment que vous ne valez pas grand chose en ce moment ?	oui	non

18. Vous faites-vous beaucoup de souci à propos du passé ?	oui	non
19. Trouvez-vous la vie excitante ?	oui	non
20. Vous est-il difficile de vous lancer dans de nouveaux projets ?	oui	non
21. Vous sentez-vous plein(e) d'énergie ?	oui	non
22. Pensez-vous que votre situation est sans espoir ?	oui	non
23. Pensez-vous que la plupart des gens sont meilleurs que vous ?	oui	non
24. Êtes-vous facilement bouleversé(e) par les moindres choses ?	oui	non
25. Avez-vous souvent envie de pleurer ?	oui	non
26. Avez-vous du mal à vous concentrer ?	oui	non
27. Êtes-vous heureux(se) de vous lever le matin ?	oui	non
28. Préférez-vous éviter les rencontres sociales ?	oui	non
29. Vous est-il facile de prendre des décisions ?	oui	non
30. Avez-vous l'esprit aussi clair qu'avant ?	oui	non

Etablissement du score et interprétation

TOTAL : ajouter toutes les réponses entourées, chacune valant un point, pour le score total.

Scores d'après la version initiale en anglais :

0 à 9 : normal	10-19 : légèrement dépressif	20-30 : sévèrement dépressif
----------------	---------------------------------	---------------------------------

AUTEUR : Nom : GAVOIS

Prénom : Clémence

Date de la soutenance : 06 avril 2017

Titre de la thèse : Ressenti de la personne âgée en EHPAD souffrant de dépression : Etude qualitative.

Thèse - Médecine - Lille 2017

Cadre de classement : DES de médecine générale.

Mots-clés : Sujet âgé, EHPAD, dépression, médecine générale.

Introduction : La dépression est un problème de santé publique. Chez la personne âgée celle-ci est plus compliquée à prendre en charge. D'après certaines études, la prévalence de la dépression serait plus importante dans les EHPAD. Ce travail consiste à recueillir le ressenti de personnes âgées résidentes d'EHPAD et souffrant de dépression sur leur prise en charge et le rôle de chaque intervenant pour ainsi obtenir des pistes d'amélioration.

Méthode : Etude qualitative par entretiens semi-dirigés réalisés dans des EHPAD.

Résultats : Quinze entretiens ont été réalisés dans quatre EHPAD différents. Les personnes âgées pensent que leurs symptômes dépressifs sont soit normaux, soit inintéressants. Elles mettent beaucoup en relation les plaintes somatiques et les troubles du moral. On retrouve l'importance qui est donnée au soin du corps et à la proximité qu'elles ont avec le personnel. Pour ces résidents, le médecin généraliste est une personne de confiance, pour autant ils éprouvent des difficultés à lui parler de leur dépression. Le rôle de la psychologue est trop méconnu par certains résidents. Les patients sont globalement satisfaits de leurs traitements antidépresseurs, n'évoquant que peu d'effets secondaires mais au contraire un effet bénéfique sur le moral. L'environnement de l'EHPAD, par le côté familial de leur chambre, est rassurant, ils se sentent moins isolés qu'ils ne l'étaient parfois au domicile. L'entourage, lorsqu'il est présent, est un vrai facteur protecteur du syndrome dépressif. Malheureusement les personnes interrogées sont pour la plupart isolées.

Conclusion : Cette thèse a permis de mettre en lumière tous les intervenants et facteurs entrant dans la prise en charge de la dépression chez une personne âgée en EHPAD. Ces résultats permettent un début de piste d'amélioration dans la prise en charge des personnes âgées souffrant de dépression en EHPAD. C'est à nous médecin généraliste de faire le lien avec tous ces intervenants. Il est, par exemple, important que le médecin traitant pose des questions sur l'état du moral des patients à chaque consultation, que l'intérêt d'entretiens avec la psychologue soit régulièrement évoqué et de préserver la qualité des soins du corps.

Composition du jury :

Président : Monsieur le Professeur Eric Boulanger

Asseseurs : Messieurs les Professeurs Pierre Thomas et Jean-Marc Lefebvre

Directeur de thèse : Monsieur le Professeur Philippe Wartel