

Dépression et risque suicidaire chez les Personnes Âgées

Le jeudi 20 mai 2010, le C.L.I.C. Métropole Nord Ouest organisait sa 19ème conférence-débat, à l'EPSM de l'agglomération lilloise à Marquette-lez-Lille (59), sur le thème : « Dépression et risque suicidaire chez les Personnes âgées ».

XXXXXXXX

Philippe GRANATO

Praticien Hospitalier spécialiste en psychiatrie
C.H. de Valenciennes



Préambule

Le centre hospitalier de Valenciennes vient de créer une U.P.S.A. (Unité de Psychiatrie du Sujet Agé). Cette décision institutionnelle témoigne de l'intérêt sociétal face au vieillissement de la population. Désormais, elle se préoccupe de la santé mentale du sujet âgé (S.A). Le silence des S.A ne doit pas nous rassurer mais nous questionner, tout comme l'agitation psychomotrice qui attire facilement l'attention de l'entourage et oriente trop facilement les hypothèses diagnostiques vers une maladie démentielle. L'expression des symptômes déficitaires ou productifs de l'appareil psychique (psyché) du S.A ne doit plus être considérée comme une fatalité liée à l'âge mais comme

des symptômes à part entière, évocateurs d'une maladie psychiatrique. Cette dernière nécessitera un diagnostic spécialisé en psychiatrie et un traitement ciblé. Les enjeux sont doubles. D'une part, le bien être psychique au travers d'une qualité de vie améliorée et la réappropriation d'une autonomie physique et d'autre part, une rationalisation des aides sociales. Le diagnostic de démence doit rester un "diagnostic d'élimination" après avoir évoqué l'ensemble des hypothèses psychiatriques. Dans le cas contraire, l'errance diagnostique s'associera à un coût dispendieux pour les familles et les pouvoirs publics. Les compétences psychiatriques sont le fruit de plus de 4 années de spécialisation après l'internat de spécialité.

Différentes étapes jalonnent le cours de notre vie : enfance, adolescence, état d'adulte, vieillesse. Malheureusement, pour aucun il n'existe de repères chronologiques. Par conséquent, il est mal aisé de définir l'instant du début de la vieillesse.

Une attention soutenue a été accordée au vieillissement du corps (soma) et du cerveau au travers des maladies de l'intelligence : les démences. Il en résulte un accroissement de l'espérance de vie d'un trimestre tous les ans. Malheureusement, le vieillissement de l'appareil psychique n'a fait l'objet d'aucune attention alors qu'il gouverne chaque instant de notre vie ainsi que l'intelligence. Le syndrome dépressif affecte particulièrement l'intelligence sur un plan fonctionnel. Bien que l'intrication soma et psyché devient indissociable avec le vieillissement, le déni psychiatrique dans la compréhension des troubles psycho-comportementaux du S.A serait une erreur lourde de conséquences.

Ma présence a pour ambition de vous sensibiliser à l'idée que vieillir ne doit plus être associé à "un interminable naufrage" mais à une nouvelle étape de la vie et ce grâce aux progrès de la médecine somatique et de la psychiatrie du S.A. D'autre part, le diagnostic de démence ne peut plus être évoqué sans une consultation psychiatrique compte tenu de la gravité du pronostic des enjeux financiers. Un diagnostic de démence par excès représente un drame affectif et

La dépression, une pathologie sous-diagnostiquée chez le sujet âgé

économique pour la famille, alors que le coût d'un traitement antidépresseur est sans commune mesure. La dépression est la pathologie la plus fréquente et la plus méconnue chez le S.A. Un traitement psychotrope ciblé pouvant être d'une aide précieuse pour le patient, la famille et la Société. Cependant, la prescription d'antidépresseurs ne doit pas se faire, tous azimuts, comme la prescription des antibiotiques avec les conséquences que nous savons. Ce type de dérive étant préjudiciable.

La douleur psychique et plus précisément la dépression du sujet âgé sont sous-diagnostiquées et souvent mises sur le compte du vieillissement "normal". Il en résulte une sous représentation sociétale et médicale. Cette cécité collective peut trouver plusieurs explications. Le S.A lui-même estime qu'il est normal de vieillir dans la douleur et la tristesse ; drapé dans sa fierté avec la peur de "déranger", de "coûter" à ses enfants ; il tait son mal être. Il craint de déranger son entourage et s'enferme dans un silence douloureux pour lui mais rassurant pour les autres. Ce "silence vertueux" n'est que l'apanage d'un reliquat de fierté puis de désespoir. La dépression est une perte d'autonomie psychique qui doit être dissociée de la perte d'autonomie motrice, même si l'intrication est omniprésente et invisible. Il suffit de voir un S.A cacochyme sortir de sa torpeur moribonde puis sourire, parler, marcher, aller en ville faire ses courses pour être convaincu de la réalité et de l'efficacité du soin psychiatrique. Désormais, il faut oser consulter un psychiatre du sujet âgé car les enjeux fonctionnels, familiaux, et pécuniaires vont devenir intenable pour la collectivité.

La dépression n'est pas une conséquence du vieillissement !

Les statistiques nous informent du nombre modeste de suicides des S.A dans les domiciles et les institutions. Le même étonnement concerne l'affectivité et la sexualité du S.A. Ces singularités sont surprenantes mais intéressantes à considérer. Ce défaut de représentation de la mort et de la sexualité du SA évoque un refoulement sociétal voir un déni. Cependant, l'intérêt sexuel, lorsqu'il respecte les conventions sociales, est un symptôme qui témoigne d'un appareil psychique d'assez bonne qualité à l'inverse d'une sexualité non censurée et non sublimée qui évoquerait plutôt une démence. De plus, une sexualité épanouie ou sublimée n'est possible qu'en l'absence de la moindre douleur psychique : troubles psychotiques, angoisse, dépression. La sexualité est le premier symptôme à disparaître et le dernier à se restaurer. Ce symptôme est d'une grande sensibilité. Il est utile de le questionner car riche d'enseignements. Il peut infirmer ou confirmer une hypothèse diagnostique.

Le vieillissement est incontestablement une période de crise. Chacun se confronte à sa propre finitude. En institution, plus de 40% des résidents souffrent de dépression. Un chiffre deux fois plus élevé qu'en ambulatoire. Néanmoins, ces chiffres pourraient être faux. Le plus souvent, la dépression passe inaperçue et le sujet âgé qui se suicide ne fait pas de bruit. Il s'organise pour ne pas prendre ses médicaments plusieurs jours consécutifs. Il les avalera en une seule prise. La mort pourra être qualifiée de « naturelle ». En cas d'échec on constatera une aggravation brutale et inexpliquée de la maladie de fond puis une amélioration progressive.

La mort apparemment naturelle d'une personne âgée, dans son lit, suscitera moins de questions que celle d'un jeune adulte. La dépression du sujet jeune s'exprime par une nosographie précise et sans intrication psyché/soma en dehors des maladies psychosomatiques. La dépression du S.A est très souvent atypique intriquée et incompréhensible. L'efficacité spectaculaire des antidépresseurs représente dans certains cas "une réanimation psychique". Cependant, il faut veiller à ne pas être systématique dans les prescriptions des psychotropes, au péril d'induire une iatrogénie facilitée par l'épuisement fonctionnel de l'ensemble des organes provoqué par leur vieillissement naturel.

Le volume des psychotropes dispensés dans une institution pour gérer l'agitation psychomotrice et traiter les troubles psychiatriques pourrait être considéré comme un "indicateur clinique" de la bonne qualité de la prise en charge familiale ou médico-sociale d'un patient. Il est important de prescrire les bonnes molécules aux bonnes posologies et éviter "l'anesthésie psychique" du patient faute de connaissances précises dans la pharmacopée. La bonne utilisation des antipsychotiques est d'un appoint appréciable et peut éviter le passage à l'acte. De plus, l'antidépresseur n'est que le premier chapitre d'une prise en charge qui doit inclure le soma du patient (syndrome algique, maladie arthrosique, etc.) ainsi qu'une écoute psychologique de ce dernier, de la famille, et de l'institution. Il est fondamental de mettre des mots sur l'histoire familiale du patient et l'ambiance institutionnelle. La dépression naît de la rencontre d'un individu, d'une famille et d'une institution. Cette dernière doit être thérapeutique et ne pas se limiter à être une "mère nourricière" mais aussi une "mère affectueuse". Seule la combinaison de ces intervenants dans une véritable "alliance thérapeutique" contractualisée permettra de maintenir le bien être psychique du S.A, prolonger son

autonomie physique et minorer le coût de sa dépendance.

Le suicide du sujet âgé en institution peut s'exprimer par un suicide passif, (syndrome de glissement) ou un suicide agi. Le suicide du S.A interroge, interpelle et culpabilise. Il constitue un traumatisme psychique pour la famille et l'institution qui utilisera des mécanismes de défense comme l'évitement, le déni, le clivage et la projection. L'inquiétude de l'institution peut trouver une échappatoire dans le rejet du patient. La mesure du nombre de sorties indexée à la durée de présence dans l'institution peut être un second marqueur. Ne pas mettre de mots, éviter la catharsis et censurer cette réalité revient à faciliter le syndrome de répétition en s'interdisant d'espérer trouver une solution. La famille, les institutions ne sont que des microcosmes représentatifs de la société dont le fonctionnement en miroir mérite d'être questionné. Dans cette situation le S.A tend à devenir au fil de l'altération de l'appareil psychique moins un "sujet" et plus un "objet". Cette dérive est renforcée par la solitude, l'abandon familial, la dépendance physique et la faillite narcissique. Dans ces conditions la dépression est inéluctable et favorise l'installation de la démence. La mort est désirée et hâtée. Elle est vécue comme une libération face à un poids anxieux de plus en plus difficile à porter.

Le vieillissement somatique "réussi" avec une psyché de bonne qualité devient de plus en plus inconciliable face à la pression médiatique qui impose un "jeunisme commercial". Les produits cosmétiques et la chirurgie esthétique ont des taux de croissance importants. Il devient plus difficile d'afficher ses rides que ses appareils auditifs. Une certaine culpabilité émerge et conduit à une faillite narcissique et une dépression. Le nombre de ces situations va crescendo. Aussi, prenons garde à un diagnostic de démence rapide en raison de l'intrication dépression et démence et n'oublions pas que l'intelligence n'est qu'un des chapitres de l'appareil psychique. En outre l'intelligence est subordonnée à une humeur de bonne qualité.

Dépression : les symptômes additionnels chez la personne âgée

La dépression du SA est le plus souvent le résultat de l'association de troubles fonctionnels et organiques. Ces derniers englobent l'ensemble des lésions (plutôt définitives) du cerveau. Les atteintes fonctionnelles ne sont qu'un « affaiblissement » souvent provisoire du fonctionnement du cerveau et susceptible de disparaître avec le traitement de la cause. La qualité du fonctionnement de la psyché est directement liée à la qualité du tissu cérébral. C'est dans cette ambiance que se situe le

fonctionnement du cerveau du S.A. Le dysfonctionnement des organes du corps aura toujours un retentissement sur la psyché. La douleur somatique induira une douleur psychique voire une dépression. Une douleur psychique induira une douleur somatique organique ou fonctionnelle. Les médecins traitants connaissent bien ces douleurs erratiques, résistantes à l'ensemble des antalgiques et des anti-inflammatoires. Ces douleurs somatiques qui ne font pas souvent la preuve d'un substratum organique malgré la multitude des examens para-médicaux et le nomadisme médical. Un avis spécialisé en psychiatrie avec un traitement ciblé permet, dans bien des cas, une économie de santé majeure et une qualité de vie meilleure.

Le vieillissement « naturel » du cerveau s'associe à l'apparition de lésions favorisées par l'hypertension artérielle, l'hypercholestérolémie, et même le vieillissement per se (plaques amyloïdes). Dans ce cas, il devient difficile de mettre une frontière nette entre le vieillissement "physiologique" et le vieillissement "pathologique". Ce constat explique pour partie la vision fataliste et le caractère inéluctable de la dépression du S.A. On comprendra aisément que la dépression n'est qu'un des nom-



breux symptômes au sein desquels on retrouvera des délires, hallucinations, troubles anxieux, idées délirantes de persécution, idées délirantes de revendication, etc. La psychiatrie du S.A exprime la symptomatologie la plus riche, la plus variable, la plus méconnue, la plus utile à traiter mais aussi la plus galvaudée par manque de connaissance. Le danger d'un non spécialiste étant une catégorisation binaire du diagnostic. Il ne verra que démence ou dépression et ignorera le grand nombre de diagnostics psychiatriques. A titre d'exemple, le vieillissement entraîne souvent une exacerbation des traits de personnalité favorisée par une levée du tonus inhibiteur du lobe frontal. Dans ce cas, seule une connaissance précise de la nosographie psychiatrique, de l'histoire du patient et du contexte familial évitera un diagnostic

abusif de démence. En outre, il faut éviter le court-circuit idéal qui associe troubles de la mémoire antérograde et démence. L'amnésie antérograde est observée dans un grand nombre de troubles. La prise d'hypnotiques, d'anxiolytiques, la dépression et la fatigue psychique en sont les plus grands pourvoyeurs. Dans ce cas, le tapage médiatique renforce la certitude d'avoir une maladie d'Alzheimer et plonge le S.A dans une dépression masquée. Aussi, il devient important de distinguer dépression et démence. Par conséquent, la collaboration entre neurologue, gériatre et psychiatre devient nécessaire respectivement à chaque compétence dans le cas contraire cela conduira à une perte de chances de la part du patient.

Chez le S.A, la symptomatologie déjà complexe s'enrichit de symptômes psychiatriques liés à l'âge : hostilité, régression, apathie, hypocondrie, délire, anxiété, déclin cognitif et apragmatisme. Ce dernier est un symptôme fréquent qui se caractérise par une perte d'intérêt, une absence de projets. L'intérêt pour les autres et pour l'environnement n'existe plus sur le plan informationnel, relationnel et émotionnel. Ces S.A peuvent rester des heures sans bouger, sans rien faire à regarder fixement, un objet ou au travers de la fenêtre, le regard dans le vide. Ce symptôme est fréquent et peut être relié à l'inhibition psychomotrice du dépressif ou à ce "no man's land" qui se situe entre le vieillissement "physiologique" et le vieillissement "pathologique". La distinction entre dépression, vieillissement physiologique et vieillissement pathologique est extrêmement difficile voire parfois

©Andrzej Tokarski - Fotolia.com



impossible. Le traitement d'épreuve par un antidépresseur trouve là son intérêt.

Souvent, le S.A est incapable d'exprimer verbalement ses émotions ou ses sentiments. Il présente une limitation de sa vie imaginaire et à recours à "l'agir" pour résoudre les conflits car il rechigne à "dire". L'ensemble de ces symptômes définit l'alexithymie fréquemment retrouvée chez les sujets âgés.

Le suicide des personnes âgées

Le nombre de suicide n'est pas négligeable en France. Il se situe entre 11 000 et 12 000 suicides par an. Les pays du Nord de l'Europe occupent les premières places.

En 1997, on dénombrait en France 7 427 cas de suicide chez les hommes et 2 841 chez les femmes ; soit 18 suicides pour 100 000 habitants (Hommes : 26, 1 % / Femmes 9,4 %). Mais les chiffres ne sont pas précis. Il existe une sous-estimation importante des statistiques qui laissent supposer l'existence de "chiffres blancs" et de "chiffres noirs". Le différentiel entre les deux n'est pas connu. D'autre part, les pourcentages sont faussés du fait de la plus grande représentation des femmes dans la population âgée. Simplement dit, 9/10 tentatives de suicide aboutissent chez les S.A et 1/10 chez les jeunes. La tentative de suicide du S.A, lorsqu'elle est identifiée en tant que telle, doit être comprise comme une véritable volonté de mourir tandis que chez le sujet jeune il s'agit d'un appel à l'aide. Les chiffres indiquent que les femmes sont plus souvent sujettes à la dépression et les hommes au suicide.

Les raisons qui poussent au suicide augmentent avec l'avancée en âge : les pertes (deuils réitérés, isolement dans le quartier, veuvage), accroissement de la dépendance, affaiblissement corporel ou perte d'autonomie... En outre, certains médicaments peuvent insidieusement favoriser un état dépressif.

Vieillessement cérébral normal

L'âge d'entrée dans la vieillesse va crescendo. Par conséquent, nous sommes jeunes plus longtemps. Il n'existe aucun texte qui fixe les limites de l'enfance, de l'adolescence et de la vieillesse. Des événements initiatiques religieux ou laïques marquent la transition entre les différentes périodes de la vie. Par contre, il n'existe plus de seuil et d'étape initiatique marquant le passage dans le champ de la vieillesse hormis le passage dans les journaux ou à la télévision au delà des 100 ans. Ce qui devient rare en raison de la banalisation des centenaires. L'extrême variabilité du départ en retraite en fonction des branches professionnelles suppose que la vieillesse dépendrait du métier. Ce qui ne semble pas faux. La disparition de ces repères aggrave la difficulté à définir l'entrée dans la vieillesse. Le jeunisme véhiculé par les médias aggrave souvent la nostalgie de son corps de 20 ans et favorise la faillite narcissique. Cette tendance favorise la dépressivité, la dépression et les suicides des SA. La conscience douloureuse du vieillissement du corps s'explique par la persistance d'une intelligence de bonne qualité qui autorise un travail d'introspection. En effet, le plus souvent,

la dissolution de la conscience en lien avec les lésions cérébrales conduit le S.A à la certitude qu'il n'est pas malade et que tous va bien. Il s'agit de l'anosognosie qui possède une fonction protectrice et qui explique l'absence de tristesse de dépression et de suicide dans les cas la maladie d'Alzheimer à la phase d'état. Par conséquent, la dépression et le suicide du S.A témoignent de la persistance d'un appareil psychique.

Cependant, il existe un principe de réalité qui permet de constater qu'en vieillissant, le cerveau lui aussi perd progressivement du poids après 60 ans. Le lobe frontal est le plus touché (raisonnements complexes, humeur...). Or c'est le lobe frontal qui façonne notre individualité et induit un tonus inhibiteur. Les neurones disparaissent, le nombre de synapses diminue (synapse : région de contact entre deux neurones) : 30 % de la substance grise diminue. L'intelligence décroît et le sujet âgé va déprimer à la moindre difficulté. Il n'a plus l'intelligence pour donner du sens à ce qui lui arrive et ne peut plus trouver de solutions adaptées. La complexification de la société et sa numérisation débridée (nous vivons de plus en plus dans un monde chiffré) démasque et amplifie prématurément le moindre trouble de l'intelligence du moindre quidam. Le S.A évite les situations d'échecs en s'isolant chez lui pour éviter l'effondrement dépressif.

La clinique de la dépression du S.A.

L'expression de la dépression est protéiforme. Les symptômes les plus fréquents sont les suivants : 1) visage impassible, visage de souffrance, prostration, gestes lents et pénibles, 2) inhibition et ralentissement psychique avec difficultés à penser, idéation et discours lents et pauvres, 3) douleur morale, angoisse* (peur sans objet, perte du goût de vivre, perte d'intérêt, perte de l'élan vital, tristesse, irritabilité) 4) troubles du sommeil, anorexie, amaigrissement, 5) plaintes somatiques chute de la sexualité (la sexualité est le meilleur indicateur du bien-être psychique) 6) désir de mort, avec évocation de la mort comme un soulagement. La douleur psychique atteint un tel niveau qu'aucun médicament ne peut l'arrêter.

(*) L'angoisse est à l'esprit ce que la fièvre est au corps ; cela témoigne d'un dysfonctionnement de l'appareil psychique.

Les différents formes de la dépression du S.A. :

- la **dépression régressive** : désinvestissement total, syndrome de glissement,
- la **dépression anxieuse**,
- la **dépression masquée** : la personne garde son masque social, elle est toujours souriante, et lorsqu'il y a passage à l'acte, on est très surpris,

- la **dépression hostile** : l'Autre est responsable de ses malheurs, conflits avec la famille qui se met à distance du S.A,
- la **dépression délirante**.

Pour conclure...

La psychiatrie du SA est un enjeu majeur de santé publique et sa prise en compte est incontournable pour donner de la qualité à la quantité de vie supplémentaire que nous offre les progrès de la médecine. Malheureusement, elle a été totalement oubliée dans tous les Plans Alzheimer. Nous pouvons le regretter car le maillage du territoire par les secteurs de psychiatrie aurait permis l'application d'une politique de soin opérante à un moindre coût et avec une réactivité immédiate. Cela aurait permis un dépistage et un traitement de la dépression et au moindre doute une orientation en neurologie ou gériatrie. Un travail de concert qui aurait pu permettre un diagnostic de maladie de l'intelligence des plus précoces. Rappelons encore une fois que la dépression précède les troubles cognitifs et que le dysfonctionnement global du SA est trop souvent mis sur le compte de la fatalité. L'action des médicaments peut être spectaculaire. Aussi, faut-il résolument lutter contre les archétypes qui gravent dans nos esprits la fatalité des affres de la vieillesse.

Dr GRANATO Philippe
www.granato.fr

Axel GEERAERTS

Sociologue et directeur du C.P.S. (Centre de Prévention du Suicide) de Bruxelles.

« Le Centre de Prévention du Suicide que je dirige a 40 ans d'existence cette année. Dans un premier temps le centre apportait une aide par téléphone et depuis 10 ans il y a des actions mises en place. En 2002 par exemple une journée a été organisée, pour réfléchir sur le suicide, avec des ateliers sur les adolescents et sur les personnes âgées. Pour l'atelier adolescents nous avons dû refuser les inscriptions et ce fut l'inverse pour l'atelier personnes âgées. **C'est dire si visiblement le risque suicidaire chez les personnes âgées n'intéressait pas les professionnels ! Mais que penser d'une société où la porte de sortie devient de plus en plus souvent le suicide ?**

Face au risque suicidaire chez les personnes âgées, les intervenants sont désarmés. **La tentation est grande de tenter d'apaiser à tous prix sans prendre le temps d'écouter.** En réalité on cherche à se rassurer. L'attitude qu'on peut avoir vis-à-vis d'une personne en souffrance, peut aussi favoriser chez cette personne une propension à la plainte continue, pour exister.

Le suicide est la 2ème cause de mortalité chez les jeunes de 15-24 ans en Belgique. Et on s'aperçoit que les taux de suicide augmentent avec l'âge, avec un pic à partir de 45 ans ; les hommes étant plus concernés par le phénomène que les femmes. Ces derniers vont plus facilement avoir recours à l'arme à feu ou à la pendaison, alors que les femmes, plus soucieuses de leur image même dans la mort, vont choisir les médicaments.



Une grande majorité des suicides d'adultes aboutissent, mais les taux sont sous-évalués : on ne classera pas comme suicide une personne morte dans un accident de voiture contre un arbre. Et parfois une prise de médicaments en surdose peut être très discrète, de même qu'un refus de s'alimenter menant à la mort.

En général on ne se voit pas vieillir et la personne âgée c'est toujours l'autre. Le philosophe André Gorz, qui s'est suicidé à l'âge de 84 ans avec son épouse, disait : « **Le vieillissement est d'abord social** ».

Vieillir nous concerne tous. Il est plus facile de prendre ses distances par rapport à une personne droguée ou handicapée, mais on sera tous demain une personne âgée. Il est à peine surprenant de constater, en 1ère année d'école d'infirmier, que personne ne souhaite s'occuper de personnes âgées, et l'une des raisons est ainsi que l'on est forcé de s'identifier.

Le vieillissement est une accumulation de pertes. On a l'impression qu'on va s'habituer au fil des deuils, mais non... C'est toujours dur de perdre un ami, un frère...

Les personnes âgées restent des êtres désirants,

même si en maison de retraite par exemple on l'oublie.

La place de la personne âgée au niveau social

On a une absence de modèle d'intégration spécifique. Dans une société où l'intégration sociale passe encore le plus souvent par le travail, quel mode d'intégration offrons-nous à des personnes en fin de carrière, ou dont la carrière professionnelle est derrière, mais dont l'espérance de vie augmente ? La seule chose qu'on a comme réponse = l'hyperconsommation. Il y a « Super Mamy » qui s'envole pour les Seychelles, et coule une retraite de rêve, alors que la grosse majorité des personnes âgées sont exclues de cette hyperconsommation.

Il y a en parallèle un éclatement de la cellule familiale traditionnelle et une perte des liens.

Y-aurait-il un nouveau paradigme ? Avant les années 1960 il y avait la valeur de l'expérience. Aujourd'hui on assiste à un renversement : la valeur est dans la nouveauté, l'enfant est « l'enfant roi » et la personne âgée se trouve dépourvue d'intérêt face à la montée en puissance de l'enfance et de la jeunesse comme valeurs en soi.

Dans beaucoup de situations le fait de pouvoir écouter sans jugement est une aide précieuse. La difficulté est dans ce « vouloir tout solutionner ». On n'a pas de solutions et elles le savent bien, mais au fond les personnes âgées veulent surtout être écoutées, pour être reconnues. Et les femmes ont beaucoup plus de capacités à demander de l'aide. Les hommes le font beaucoup trop tard. Le meilleur antidépresseur est le travail. Lorsqu'ils sont à la retraite certains hommes perdent pied.

La dimension religieuse

Dans toutes les religions on parle de ce passage entre la vie et la mort. Par exemple dans l'Eglise Catholique, le dimanche, il y a le rite du passage de la vie à la mort.

Mais dans notre société on se refuse de parler de la mort et on remet le couvercle lorsqu'une personne âgée de notre entourage aborde le sujet.

On s'aperçoit qu'on a besoin de la dimension religieuse. Le premier psychologue dans la commune était le représentant de l'Eglise, le prêtre. Notre société a essayé de faire impasse sur la dimension psychique, mais ce qui est refoulé revient...

Et on assiste à une montée des intégrismes car les gens ont soif de spiritualité.

Nathalie MATHIS - www.alixcom.net
Ecrits Journalistiques et/ou de Communication