

Laurine Blanc, Rodolphe Charles

Université Jean Monnet, Faculté de médecine Jacques Lisfranc, Département de Médecine Générale, Campus santé innovations, 42270 Saint-Priest-en-Jarez
rodolphe.charles@univ-st-etienne.fr

Correspondance : R. Charles

Résumé

Avec le vieillissement de la population française, le nombre des personnes âgées institutionnalisées augmente. Si la majorité dit bien vivre en résidence, les syndromes dépressifs ne sont pas rares. La littérature a identifié de nombreux facteurs influençant le vécu de l'entrée en institution, mais il n'existe pas de trajectoire stéréotypée permettant le succès de ce processus. Cet article a pour objectif de décrire quelques expériences singulières et de mieux comprendre cette transition.

• Mots clés

médecine générale ;
institutionnalisation ; deuil (perte) ;
vieillesse.

Abstract. The entry of elderly people into nursing home: Overstepping the grief

French population is growing old, involving an increase in the number of institutionalized elderly people. Even if the majority states to be fine living in a nursing home, depressive syndromes are not rare. Studies have identified many factors that affect how residents experience their admission in a nursing home. However, there is no conventional way of successfully managing the entry process. This article aims at describing some unique experiences and understanding this transition.

• Key words

general practice; institutionalization;
grief/mourning; aging.

DOI: 10.1684/med.2019.467

L'entrée des personnes âgées en institution : passer le deuil

Introduction

Le nombre de personnes âgées dépendantes en France augmente progressivement. Si leur maintien à domicile reste largement privilégié, 10 % d'entre elles vivent en institution. Bien que 86 % des personnes âgées en établissement vivraient « plutôt bien » ou « bien » au sein de celui-ci [1], les troubles thymiques s'avèrent plus fréquents qu'à domicile [2]. Dans la première année suivant l'entrée dont la réussite semble conditionner le bien-être ultérieur, un épisode dépressif majeur survient chez 10 à 15 % des résidents [3].

Le succès de cette transition est étroitement lié au concept de déprise qui regroupe les stratégies d'adaptation de la personne âgée, consistant à gérer et accepter les pertes liées à l'âge, pour réinvestir les activités paraissant essentielles, et ainsi garder un contrôle sur le vieillissement ; ne pas céder à l'abandon, mais initier une reconversion [4]. L'entrée en institution en est un excellent exemple selon que celle-ci soit organisée par la personne (déprise stratégique), simplement acceptée (tactique) ou dictée par un tiers (imposée) [5].

L'implication dans la décision est essentielle : 74 % des résidents ayant fait seuls le choix sont satisfaits, contre 59 % si le choix a été fait en concertation avec la famille et seulement 37,5 % de ceux pour qui la famille a décidé seule [6]. Trois intervenants participent à la négociation : le patient, la famille et l'équipe soignante, le « *trépied de la décision du placement* » selon P. Charazac [7]. Il se trouve difficile d'affirmer un éventuel consentement du patient, lorsque la décision, même quand elle n'est pas totalement subie, relève plutôt d'un « non-choix » par faute d'alternative [8].

L'anticipation est un autre élément important : plus de la moitié des résidents déclarent ne pas s'être sentis suffisamment préparés et 40 % jugent leur entrée précipitée [1]. La décision doit souvent être prise trop rapidement, devant la nécessité de se positionner vite en cas de demande anticipée, ou à la suite d'une hospitalisation. Les sociologues parlent de « violence symbolique » pour décrire une telle urgence. Et même lorsque l'institutionnalisation n'est pas inattendue, sa préparation est souvent insuffisante.

Le déménagement reste toujours un bouleversement. Au domicile, la familiarité de l'environnement rend le vieillissement moins sensible tandis que l'entrée en institution marque le franchissement d'une nouvelle étape de la vieillesse [5]. L'intégration à l'environnement collectif est étroitement liée à la confrontation aux autres résidents, chacun mesurant son vieillissement par rapport à celui d'autrui. Dans une stratégie d'évitement, la chambre peut devenir un refuge permettant d'échapper au traitement collectif et impersonnel de la vieillesse.

Dans une étude, 20 % des résidents déclarent souffrir de solitude et ce d'autant plus qu'ils ont été insuffisamment préparés à leur entrée [9]. Si beaucoup se trouvent déjà isolés à domicile, des liens sociaux se perdent en le quittant. D'autres peuvent néanmoins se créer, notamment au cours des repas, incarnation de la sociabilisation en maison de retraite ; 42 % déclarent s'être fait des amis au sein de l'établissement, pourcentage fortement lié au niveau de dépendance [10].

Le quotidien en communauté s'articule autour des animations, du latin « *animare* : donner la vie ». Une enquête constate que seules 28 % des personnes interrogées participent régulièrement, et 35 % ne participent jamais [1]. Il peut être difficile pour les professionnels de discerner la volonté de rester seul du repli sur soi. Les activités favorites des résidents restent celles de la vie quotidienne (ménage, cuisine, etc.), créant une permanence entre la vie au domicile et en institution, bien qu'ayant perdu de leur sens [5].

La famille constitue le lien social privilégié dans la réorganisation de la vie privée, connexion entre vie passée et devenir dans le nouvel environnement [5, 11]. L'existence de rapports conflictuels retentirait sur la qualité de vie des résidents [12]. Les visites seraient moins fréquentes qu'au domicile, mais leur qualité surtout s'amointrit. L'inhospitalité de cet espace collectif et le manque de temps (horaires de visites, éloignement géographique) en sont des limites.

Certaines caractéristiques propres à l'établissement permettraient une meilleure acclimatation, comme la qualité du service et de l'environnement, et le fait de pouvoir sortir à l'extérieur quoique dépendant de l'autonomie [9].

Il n'existe pas de trajectoire stéréotypée permettant le succès de l'entrée en institution. Cette recherche a pour objectif de décrire quelques expériences singulières et mieux comprendre cette transition. Une étude qualitative a ainsi été menée par entretiens individuels semi-dirigés auprès de 9 résidents d'institutions pour personnes âgées de la Loire entre septembre 2017 et avril 2018. Le [tableau 1](#) présente les caractéristiques des participants et des entretiens.

« Bienvenue chez nous ! Enfin... chez vous »¹

« *Je me sens mal. Je me sens... Enfin que je ne suis pas chez moi. Ça me manque mon chez-moi. [...] – La chambre, comment la trouvez-vous ? – On ne peut pas dire qu'elle est mal. Qu'est-ce vous voulez ? On n'est pas chez soi* ». Aucun des résidents rencontrés ne profère de reproche direct contre l'établissement. Pourtant, ils ne se sentent pas chez eux, même pour ceux vivant le mieux leur institutionnalisation.

Si certains n'ont pas totalement accepté la résidence comme leur dernière habitation, ils admettent néanmoins le caractère déraisonnable d'un retour à domicile. La plupart ont accepté ce lieu comme leur dernière demeure. L'institution représente ainsi l'antichambre de la mort, ou la personne âgée évolue parmi ses semblables, condamnée. L'existence sociale s'y achève, le statut identitaire se réduit à celui de « résident », assignation sociale au lieu habité [13] ou de « malade ». Si l'institution doit être la dernière demeure, le dernier « chez-soi » restera l'ancien domicile.

Pour ceux qui ne connaissaient pas cet univers, la résidence est un milieu étranger et inquiétant, et le chemin vers le « chez-soi » paraît d'autant plus difficile que le choc à l'entrée est violent : « *J'ai dit : Mon dieu, ce n'est pas possible, il faudra vivre là-dedans* » !

Le « chez-soi », c'est l'alliance entre le « chez » et le « soi », entre l'intérieur et l'intimité [14], entre le repaire et le repère [15]. Plus qu'un espace individuel, il raconte l'histoire personnelle et sociale de son occupant : « *J'avais toute ma vie là-bas* ». Les instants vécus et partagés dans une maison ou son environnement vont déterminer l'attachement. Le « chez-soi » ne peut-être celui d'autrui ; or en résidence, « l'autrui » se trouve omniprésent.

La distinction dedans/dehors représente un rôle essentiel. Le « chez-soi » est un lieu où on peut revendiquer son droit à l'intimité, choisir de se replier sur soi, protégé des exigences sociales de l'extérieur [14]. En EHPAD, le résident, prisonnier de son statut, n'est jamais tout à fait lui-même, y compris dans son espace le plus privé. Dans les parties collectives, la confrontation aux autres est parfois violente : « *Ça se pousse. Ils se battent. Quand on rentre à l'intérieur de l'ascenseur, ils vous grattent les jambes. Je m'arrange pour partir avant* » !

Mais l'intrusion s'avère problématique même dans les parties privatives, de manière d'autant plus importante que l'autonomie est limitée. Si le plus souvent le personnel constitue l'élément intrusif, les résidents poussent aussi la porte de l'intimité : « *Chez moi, l'autre jour, la porte s'est ouverte. J'ai vu arriver une mémé avec son tambour. Mais pour la faire sortir impossible ! J'ai crié, je lui ai dit "je vous ramènerai, mais ce n'est pas chez vous ! Ici c'est chez moi". Elle poussait, alors je reculais, j'avais peur de tomber* ».

Le « chez-soi », lieu d'intimité, n'est pourtant pas égocentré, mais peut devenir lieu d'accueil, « *lieu de l'identité du "je" accueillant l'autre* » [16]. Cependant, lorsque l'interaction avec autrui est le plus souvent imposée, l'habitat se dépossède de cette fonction d'hospitalité : comment inviter quelqu'un dans un espace dont vous ne maîtrisez pas l'accès ?

Quatre notions sont décrites comme fondamentales pour faire d'un domicile un « chez-soi » : l'aménagement, l'appropriation, l'attachement et l'ancrage [17].

Aménager, c'est personnaliser le lieu pour lui donner une image de soi

Le mobilier, désincarné dans ses nouveaux murs, ne semble pas avoir d'importance. « *Ça rime à quoi ? À rien ! Il y a une grande penderie. Donc, c'est suffisant* ». L'influence des souvenirs, et notamment des photographies, est en revanche revendiquée par tous. Ils constituent des repères, instruments de l'entretien des capacités cognitives, mais aussi un refuge, témoins rescapés de l'ancien domicile et de la vie passée. « *Pour le moment, ça va. J'ai toutes les photos, tous mes souvenirs. Je les regarde, là-bas...* »

L'entourage induit l'attachement au lieu. Le conjoint, support essentiel rattachant aux habitudes de la vie passée, devient la source de mal-être prédominante

¹ J.P. Rouve. Les souvenirs. 2005

• **Tableau 1.** Principales caractéristiques des entretiens et des participants.

Entretien n°	1	2	3	4	5	6	7	8
Durée (min)	14	22	42	73	105	99	41	37
Sexe	F	M	F	F	F	F	F	F
Âge	88	85	81	90	89	96	79	89
Situation maritale	Veuve	Marié	Veuve	Veuve	Mariés	Veuve	Veuve	Veuve
Entourage	Nièces	1 fils	3 enfants dont 2 très présents	1 fille, 1 petite fille, plusieurs cousines	3 enfants, nombreux petits et arrière-petits enfants, nombreux amis	2 enfants, petits et arrière-petits enfants	2 enfants, 4 petits enfants	4 nièces, fort entourage amical
Milieu social/Métier	Travail en ferme puis usine	Cadre	Secrétaire	Sténodactylo Mari ouvrier	Ouvriers	Cuisinière puis vendeuse en boucherie	Femme au foyer	Travail en chapellerie puis femme de ménage
Type d'établissement	EHPAD semi urbain	EHPAD semi urbain	EHPAD semi urbain	EHPAD urbain	Foyer logement urbain	EHPAD urbain	EHPAD rurale	EHPAD rurale
Durée depuis l'entrée	3 mois	6 mois	3 mois	3 mois	6 mois	22 mois	3 ans	1 an
Trouble de mémoire invalidant	Non	Oui	Non	Oui	non	Oui	Non	Non
Traitement à visée anxiodépressive	Non	Ne sait pas	Non	Homéopathie pour anxiété	non	Ne sait pas	Non	Non

lorsqu'il est absent. « Ça va. J'aimerais mieux être avec elle. C'est tout. Je m'y fais, je suis bien obligé ».

La descendance constitue le cercle familial le plus représenté, dont les visites, bien qu'appréciées et réconfortantes, restent trop occasionnelles. Les moments partagés sont trop « fonctionnels », brefs et superficiels pour engendrer des souvenirs permettant l'attachement au nouveau milieu.

L'appropriation se crée par le « plaisir d'habiter »

Le lieu ne se résume plus à sa seule fonction d'habitat. Or, la réalisation d'activités intimes et personnelles a, soit perdu du sens (ménage, cuisine, etc.), soit, été volontairement abandonnée. « Je ne peux pas coudre. Comment voulez-vous que je fasse ? Que j'apporte ma machine ? Oh ben non ! Non, non, non. J'ai tiré un trait. Non ! Et puis je me repose. Vous voyez. Je fais du fauteuil, je n'en faisais jamais ! [Elle rit] Je faisais tout ce qu'il y avait à faire dans une maison. La cuisine d'abord, et puis le ménage. Je faisais ma gymnastique, mes mouvements. Là, c'est difficile à faire ».

Enfin, l'ancrage, consistant à trouver sa place dans la communauté, n'est accessible qu'aux plus valides et sociables des résidents, dans un univers assez hiérarchisé, où il faut « faire sa place ».

Abandon du domicile : un deuil parmi les autres ?

« Oh oui je regrette ma maison ! Je regrette la maison, le jardin, tout... » L'abandon de l'ancien logement est difficile, mais cette peine est critiquée, celui-ci n'étant plus adapté. Un domicile incarne une histoire de vie. Les résidents prennent souvent conscience d'un manque issu du caractère révolu de la vie passée dans cet espace, avec les personnes qui le peuplaient, plutôt que du lieu en lui-même. L'absence d'accumulation de deuils rend celui du domicile plus simple. Pour ceux pour qui le déménagement a été le mieux accepté, le conjoint était en vie, ou le veuvage ancien. Ayant eu le temps de renoncer à leur vie commune révolue, ils avaient à présent assez de ressources psychiques pour se centrer sur le deuil de leur domicile. « On m'a dit "tu vas laisser ta maison". J'ai répondu "la maison elle y était avant moi, elle y sera après" ».

Certains manifestent le besoin d'un déménagement brutal, « une nouvelle vie » ! Ils ont compris que leur destin va vers la perte progressive, des biens, puis de soi. En se détachant eux-mêmes du matériel, support identitaire révolu, ils anticipent une perte inévitable, récupérant une intentionnalité dans le processus [18]. C'est aussi une manière de ne pas se laisser aller à la nostalgie, comme pour cette résidente évitant la tentation d'un pèlerinage régulier, qui entretiendrait le deuil comme elle prolongeait celui de son mari, en continuant à lui rendre visite au cimetière. « Je l'ai vendue. Je ne peux plus en entendre parler ! Ce n'était pas assez loin de chez moi, je ne pouvais pas. Je serais partie. Parce que je marche encore. J'aurai eu envie d'aller voir, si ce n'était

pas... Non. J'ai voulu une coupure... je serais restée à la maison. Mais je ne pouvais pas. Mes enfants m'ont dit "maman tu vois bien que tu ne peux plus". C'est vrai. Ce n'était pas une solution de toujours aller au cimetière et de pleurer devant la tombe ».

Pour d'autres, le vœu de garder leur ancien domicile encore présent dans leur vie est exaucé à travers la légation. Il devient le témoin d'une lignée qui se perpétue [19]. « Ils feront comme ils voudront quand je ne serai plus là. C'est la transmission ».

Le détachement pourrait par ailleurs être freiné par l'idée qu'il soit mal perçu dans l'inconscient collectif : « Vous voyez que je n'ai point de cœur. Parce que j'ai pris ma décision comme ça, parce qu'il y en a qui auraient dit : "pourquoi elle ne retourne pas dans sa maison ?" ».

Selon P. Charazac, le domicile incarne l'histoire personnelle de son habitant, mais aussi une valeur narcissique spécifique : « avec le grand âge et la dépendance, les murs et les objets du domicile s'assimilent de plus en plus aux enveloppes et aux contenus du corps propre » [15]. Abandonner leur vrai « chez-soi », pour les résidents, c'est donc perdre un peu d'eux même. Pour reprendre les concepts à la manière de S. Freud : dans le deuil, par instinct de préservation, l'individu concède à « défaire son lien avec l'objet anéanti » [20], cheminement entamé par les sujets interrogés. Mais en cas d'échec survient la dépression (la mélancolie selon l'auteur), fréquente à l'entrée en institution « la libido libérée n'a pas été déplacée sur un autre objet [l'institution], mais fut retirée dans le moi. Elle n'y a pas trouvé n'importe quel emploi, mais a servi à établir une identification du moi à l'objet abandonné [le domicile] [...] De cette manière, la perte de l'objet s'était transformée en une perte du moi » [20].

La population étudiée ici fait partie d'une génération ayant vécu l'apogée de l'habitat individuel et *cocooning* du XX^e siècle. Avec la tendance actuelle à la transparence des espaces physique (vitres et cloisons amovibles) ou fictif (télévision) [19] et à plus de nomadisme immobilier, on peut imaginer que la crise identitaire liée à l'abandon du foyer soit moins marquée dans l'avenir.

« Saisir à bras le corps la solitude pour m'en faire une compagne plutôt qu'une ennemie »²

Entrer en institution, c'est une façon de fuir l'isolement, source d'insécurité, pour les plus dépendants et fuir la solitude du domicile, déserté par les proches, pour les plus valides. Cette décision répond-elle vraiment à ces besoins ? « J'ai dit : maintenant tu es toute seule à ton âge quand même. Tu n'es pas bien pour rester toute seule. Il faut essayer de te débarrasser de cette maison et puis tu iras en maison de retraite ».

L'isolement est objectif, il concerne les personnes qui ont peu de relations sociales privées au sein des différents réseaux sociaux. Tous les résidents interrogés voient leurs

² Py A. L'art de vieillir sans déranger les jeunes. Nouvelles éditions de l'Aube, 2017.

familles régulièrement, s'entendent bien avec le personnel, et ont lié des contacts sociaux avec d'autres résidents. Ils ne souffriraient donc pas d'isolement et la quête de sécurité souvent présentée comme justification de l'entrée en institution est constamment remplie pour les enquêtés. « *Je me sentais en sécurité ici. C'est surtout ça. Parce qu'à la maison j'étais toute seule* ».

Mais la solitude est subjective. Bien que plus entourée physiquement, la personne âgée en institution peut se sentir seule. La plupart des résidents interrogés n'avouent pas ce sentiment, excepté certains pour qui il est assimilé au manque du conjoint, dans un contexte de deuil récent. « *Il a commencé à avoir mal au dos. Je ne pensais pas que ça partirait comme ça. Je suis toute seule. Hier j'ai pleuré dans la nuit, comme un enfant, j'ai pleuré ...* ».

Quelles ressources permettent donc de lutter contre la solitude ?

Le conjoint est un support essentiel, mais le plus souvent absent. Pour le seul couple interrogé, l'idée de la séparation est d'ailleurs rejetée totalement. « *Je ne sais pas, je n'y ai jamais réfléchi, et je n'y réfléchis pas, je ne veux pas y penser* ».

Dans le cercle familial, la descendance est la deuxième ressource la plus importante. Tous bénéficient de visites régulières, mais évoquent un manque, leurs proches venant « *comme ils peuvent* ». Leur indisponibilité n'est jamais critiquée, pas plus que leur attitude, par crainte de donner une impression d'ingratitude. Mais une insatisfaction concernant la qualité de ces rapports est perçue dans les discours, et appréhendée avec résignation : « *- J'ai ma petite fille. Elle vient quand elle peut venir. Mais je l'ai au téléphone. Mais elle est gentille comme tout. - Vous aimeriez la voir plus ? - Oui, mais il faut bien qu'elle travaille et qu'elle gagne sa vie* ».

Si de nouvelles relations se créent au sein de l'institution, elles sont souvent considérées comme trop superficielles et insatisfaisantes pour consolider le lien de participation élective, et n'épargnent pas du sentiment de solitude [21]. Les contacts avec les autres résidents, s'ils constituent une routine rassurante, ne semblent pas combler le besoin relationnel. Ils ne retrouvent pas l'enthousiasme des discussions et activités partagées avec leurs anciens amis, et ceux encore en mesure de conserver leurs amitiés antérieures les privilégient d'ailleurs. La futilité des interactions génère parfois une ambiguïté dans l'appréhension de la solitude, avec à la fois une volonté d'isolement, mais également d'entretien de la vie sociale malgré son caractère insatisfaisant.

La question de la dévalorisation identitaire

Avec la contrainte de tenir un rôle de résident, s'installe une étrangeté à soi, au monde et aux autres [22, 23], une

incapacité à distinguer l'identité subjective qu'on peut avoir de soi-même, de celle négative qu'impose l'environnement. Ces frustrations identitaires accentuent la solitude et s'incarnent notamment dans le rapport avec le personnel. Soit la relation soignante permet une valorisation identitaire, soit s'installe « *un déséquilibre entre les relations entretenues et les gratifications socioaffectives recherchées* » [24]. « *Elle m'a pris par le cou "qu'est-ce que vous êtes gentille", je lui dis : "pourquoi ? Les autres, c'est bien pareil ?", elle m'a répondu : "non ce n'est pas vrai, les autres ce n'est pas pareil"* ».

Enfin pour certains, la foi représente une ressource relationnelle à part entière, génératrice de réconfort dans les situations difficiles ; elle arme contre la solitude. « *Quand j'ai un souci, je me tourne [elle se tourne vers la fenêtre et regarde le ciel] et je dis "seigneur", et on dirait qu'il vient à l'heure* ».

La recherche du bonheur en institution : une futile utopie

Des résidents manifestent un vrai bien-être en institution malgré quelques manques affectifs ou matériels : « *Pour le moment, tout va bien ! Maintenant ! Après... la suite... on ne sait pas ! Parce que je peux être malade ! Je peux être sur un fauteuil ! Mais ça n'a pas d'importance. Elles roulent bien celles qui ont des fauteuils ! Ah, mais moi, comme ça vient, ça vient. Voilà. Je n'ai pas à me plaindre* ».

La plupart des sujets présentent plutôt une ambivalence autour de leur ressenti. Ce peut-être pour masquer un réel mal-être, mais souvent, leur moral est simplement mitigé, comme s'ils ne pouvaient accéder au bonheur, mais acceptaient qu'il ne puisse en être autrement dans leur situation. L'idée « *d'être obligé* » de s'y faire est fréquemment évoquée. Il a été demandé à tous s'il existait des choses qui auraient pu influencer positivement leur entrée et leur vécu en institution. La fatalité de leur réponse est unanime : « *rien* » ; associée à cette rengaine : « *Je n'ai pas à me plaindre* ».

Cette résignation peut être expliquée en partie par la *Socioemotional Selectivity Theory*. Avec la confrontation à la vieillesse, les personnes âgées développeraient une forme d'euthymie spontanée, leur permettant de se préserver d'une éventuelle tristesse liée aux pertes [25, 26]. La stabilité du « bien-être » avec l'âge, par maintien de l'estime de soi, peut aussi résulter de la prise de conscience de la normalité des pertes subies et de la comparaison aux autres plus atteints [27].

La quête du bonheur s'articule habituellement avec des projets. « *À mon âge comment voulez-vous que je le voie ? Quand on approche les 80 ans, hein ! L'avenir...* » « *Trop vieux* ». Tous essaient de « *vivre au jour le jour* », de « *ne pas se laisser aller* » en attendant la mort. Celle-ci n'est pas crainte, ils s'en remettent au destin et « *à la grâce de Dieu* ».

Le leitmotiv de l'autonomie

« Rester apte à tout faire, si on peut dire. Tout faire, c'est un grand mot. Mais faire un peu ». Des idées suicidaires ont été mentionnées. Si on pourrait douter d'une réelle intentionnalité, cette simple évocation est déjà alarmante : « J'avais commencé à regarder ici [elle regarde la fenêtre] : si tu sautes là... ».

Malgré la proximité temporelle, la vieillesse n'est pas la mort. La personne âgée institutionnalisée doit continuer à s'autoriser des perspectives d'avenir, même à court terme (entretien de son autonomie, naissance d'arrière-petits-enfants, etc.).

Les résidents se tournent spontanément vers le passé, plus gratifiant que leur futur. Leurs expériences donnent du sens à leur vie et à leur vieillesse et contribuent au maintien de leur identité. Les souvenirs ne sont pas forcément un déni du présent, mais ils sont invités comme moyen d'évasion, et arme contre la tristesse. Pour C. Thomas-Antérion, la ruine est à la fois la perte des biens, mais aussi le vestige. On pourrait s'autoriser aux « *réminiscences du temps perdu sans imaginer restaurer le château en ruines* » [28], se reconforter en visitant les ruines de la vie passée sans espérer y retourner. Pour faire bonne vieillesse, il s'agit de ne pas lutter contre le vieillissement, mais de s'en détacher, d'accepter les pertes pour se centrer sur ce qui a encore

du sens. C'est la déprise. Les personnes qui vivent le mieux leur institutionnalisation sont celles ayant réussi cette négociation.

Finalement, le bonheur en institution est un idéal que souhaitent permettre familles et professionnels de santé, mais cette quête semble utopique, voire inutile. La stabilité du bien-être est permise par l'appréhension juste du résident à la fois de son passé (accepter les pertes, s'autoriser aux réminiscences sans s'y complaire) et de son avenir (adopter son vieillissement plutôt que le subir, construire un nouvel équilibre sans se percevoir déjà parti).



Pour la pratique

- L'entrée en institution correspond à un processus de deuil.
- Le praticien de soins primaires à l'articulation entre patients, familles et soignants accompagne les processus de déprise.
- Ce texte nous invite à entrevoir la force de l'écoute.

~ Liens d'intérêts : les auteurs déclarent n'avoir aucun lien d'intérêt en rapport avec l'article.

RÉFÉRENCES

1. Chazal J, Scheidegger S, Weber A, Prevot J, Groult S, Marquier R. La vie en établissement d'hébergement pour personnes âgées du point de vue des résidents et de leurs proches. Dossiers solidarité et santé. DRESS. 2011. Disponible à l'URL : <http://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/article18.pdf> [consultée le 22/07/2019].
2. Perrin-Haynes J, Chazal J, Chantel C, Falinower I. Les personnes âgées en institution. Dossiers solidarité et santé. DRESS. 2011. Disponible à l'URL : <http://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/dossier201122.pdf> [consultée le 22/07/2019].
3. Collège national des enseignants en gériatrie. Chapitre 7 : les états dépressifs du sujet âgé. Enseignement du 2e cycle, Polycopié national. 2008-2009. Disponible à l'URL : <http://campus.cerimes.fr/geriatrie/poly-geriatrie.pdf> [consultée le 22/07/2019].
4. Caradec V. Éléments pour une approche sociologique du vieillissement après la retraite. La vieillesse des uns et le travail des autres : Les enjeux contemporains d'une rencontre séculaire. 2008:47-57. Disponible à l'URL : <http://books.openedition.org/pupvd/675> [consultée le 22/07/2019].
5. Mallon I. Le « travail de vieillissement » en maison de retraite. *Retraite et société* 2007 ; 52 : 39-61.
6. Mantovani J, Rolland C, Andrieu S. Étude sociologique sur les conditions d'entrée en institution des personnes âgées et les limites du maintien à domicile. Série études et recherches. 2008. Disponible à l'URL : <http://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/serietud83.pdf> [consultée le 22/07/2019].
7. Tagnet Auzzino D. La place du consentement de la personne âgée lors de l'entrée en EHPAD. *Gérontologie et société* 2009 ; 32 (131) : 99-121.
8. Dorange M. Entrée en institution et paroles de vieux. *Gérontologie et société* 2005 ; 28 (112) : 123-39.
9. ANEMS. Revue de littérature relative à la qualité de vie en EHPAD – La qualité de vie en EHPAD approchée à partir des enquêtes statistiques françaises. 2010. Disponible à l'URL : <https://docplayer.fr/12812783-La-qualite-de-vie-en-ehpad-approchee-a-partir-des-enquetes-statistiques-francaises.html> [consultée le 22/07/2019].
10. ANEMS. Recommandation de Bonnes Pratiques Professionnelles ? Programme Qualité de vie en EHPAD – volet 3 : la vie sociale des résidents. 2011. Disponible à l'URL : <http://www.soignantenehpad.fr/medias/files/anesm-rbpbp-qualite-de-vie-en-ehpad-volet3.pdf> [consultée le 22/07/2019].
11. Marquier R. Vivre en établissement d'hébergement pour personnes âgées à la fin des années 2000. Dossiers solidarité et santé. DRESS. 2013. Disponible à l'URL : <http://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/article47.pdf> [consultée le 22/07/2019].
12. Camargo de Oliveira S, Angelini dos Santos A, Lost Pavarini SC. The relationship between depressive symptoms and family functioning in institutionalized elderly. *Rev Esc Enferm USP* 2014 ; 48 (1) : 66-72.
13. Thalieu A. « Avoir un chez-soi » et « être chez-soi ». 2013. Disponible à l'URL : http://citeres.univ-tours.fr/IMG/pdf/presentation_thalieu_pleniere_2.pdf [consultée le 22/07/2019].
14. Serfaty-Garzon P. Le chez-soi. Habitat et intimité. In : *Dictionnaire critique de l'habitat et du logement* 2003 : 65-9.
15. Ferreira E, Zawieja P. Un « chez-soi » en EHPAD ? *Cliniques* 2012 ; 4 : 164-79.
16. Amphoux P, Mondada L. Le chez-soi dans tous les sens. *Architecture et Comportement Colloquial/Ecole polytechnique fédérale de Lausanne* 1989 ; 5 (2) : 135-52.
17. Jouve E, Pichon P. Le chez-soi, le soi, le soin. L'expérience limitée des personnes sans domicile fixe comme modèle de compréhension de la vulnérabilité sanitaire. *Les Annales de la recherche urbaine Ville et vulnérabilités* 2015 ; 110 : 46-55.
18. Membrado M (coord.). Habiter et Vieillir : les âges du chez-soi. Rapport d'activité pour le fonds National de la Science. 2008. Disponible à l'URL : <http://www.creahd.com/sites/default/files/upload/ressources/rapport-habiter-et-vieillir-aci-univ-toulouse.pdf> [consultée le 22/07/2019].
19. Vassart S. Habiter. *Pensée plurielle* 2006 ; 12 : 9-19.
20. Freud S. *Deuil et mélancolie*. Paris : Petite bibliothèque Payot, 2011.
21. Van Rompaey C. Solitude et vieillissement. *Pensée plurielle* 2003 ; 6 : 31-40.
22. Caradec V. L'expérience sociale du vieillissement. *Idées économiques et sociales* 2009 ; 3 (157) : 38-45.
23. Campéon A. Vieillesse isolées, vieillesse esseulées ? Regards sur l'isolement et la solitude des personnes âgées. *Gérontologie et société* 2016 ; 38 (149) : 11-23.
24. Trépied V. Solitude en EHPAD. L'expérience vécue de la relation soignante par les personnes âgées dépendantes. *Gérontologie et société* 2016 ; 38 (149) : 91-104.
25. Scheibe S, Carstensen LL. Emotional aging: recent findings and future trends. *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci* 2010 ; 65B (2) : 135-144.
26. Balard F. « Bien vieillir » et « faire bonne vieillesse ». Perspective anthropologique et paroles de centenaires. *Recherches sociologiques et anthropologiques* 2013 ; 44 (1) : 75-95.
27. Caradec V. Le vieillissement, c'est la déchéance. Dans : La vieillesse, c'est le déclin, on n'y peut rien. Dossier vieillissement et santé : idées reçues, idées nouvelles. *Santé Société et Solidarité* 2006 ; 1 : 25-7.
28. Thomas-Antérion C. Représentations de la maladie d'Alzheimer. *Études* 2009 ; 411 : 661-8.