

**UNIVERSITE DE LIMOGES**  
**Faculté de médecine**

Année 2000

Thèse n° 164

**SOUFFRANCE CONJUGALE ET PSYCHOPATHOLOGIE**  
**DU SUJET AGE**  
**(ETUDE SUR 57 COUPLES)**



**THESE**

pour le

**DIPLOME D'ETAT DE DOCTEUR EN MEDECINE**

présentée et soutenue publiquement le 27 Octobre 2000

par

**Sandrine PICAT**

née le 10 Octobre 1971 à Limoges (Haute-Vienne)

EXAMINATEURS DE LA THESE

Monsieur le Professeur J.-M. Léger  
Monsieur le Professeur J.-P. Clément  
Monsieur le Professeur R. Garoux  
Monsieur le Professeur C. Piva  
Monsieur le Docteur D. Fontanier

Président  
Juge  
Juge  
Juge  
Membre Invité

# UNIVERSITE DE LIMOGES

## FACULTE DE MEDECINE

### DOYEN DE LA FACULTE :

Monsieur le Professeur PIVA

### ASSESEURS :

Monsieur le Professeur VANDROUX Jean-Claude

Monsieur le Professeur DENIS François

Monsieur le Professeur GASTINNE Hervé

### PROFESSEURS DES UNIVERSITES – PRATICIENS HOSPITALIERS :

**ACHARD** Jean-Michel

PHYSIOLOGIE

**ADENIS** Jean-Paul\* (C.S)

OPHTALMOLOGIE

**ALAIN** Luc (C.S)

CHIRURGIE INFANTILE

**ALDIGIER** Jean-Claude

NEPHROLOGIE

**ARCHAMBEAUD-MOUVEROUX** Françoise (C.S)

MEDECINE INTERNE

**ARNAUD** Jean-Paul (C.S)

CHIRURGIE ORTHOPEDIQUE ET TRAUMATOLOGIQUE

**BARTHE** Dominique

HISTOLOGIE EMBRYOLOGIE CYTOGENETIQUE

(C.S) CLINIQUE OBSTETRICALE ET GYNECOLOGIE

**BEDANE** Christophe

DERMATOLOGIE

**BENSAID** Julien

CLINIQUE MEDICALE CARDIOLOGIQUE

**BERTIN** Philippe

THERAPEUTIQUE

**BESSEDE** Jean-Pierre

OTO-RHINO-LARYNGOLOGIE

**BONNAUD** François (C.S)

PNEUMOLOGIE

**BONNETBLANC Jean-Marie (C.S)**  
DERMATOLOGIE  
**BORDESSOULE Dominique (C.S)**  
HEMATOLOGIE ET TRANSFUSION  
**BOULESTEIX Jean (C.S)**  
PEDIATRIE  
**BOUTROS-TONI Fernand**  
BIOSTATISTIQUE ET INFORMATIQUE MEDICALE  
**CATANZANO Gilbert**  
ANATOMIE ET CYTOLOGIE PATHOLOGIQUE  
**CHARISSOUX Jean-Louis**  
ORTHOPEDIE  
**CLAVERE Pierre**  
RADIOTHERAPIE  
**CLEMENT Jean-Pierre (C.S)**  
PSYCHIATRIE D'ADULTES  
**COGNE Michel**  
IMMUNOLOGIE  
**COLOMBEAU Pierre (C.S)**  
UROLOGIE  
**CORNU Elisabeth**  
CHIRURGIE THORACIQUE ET CARDIO-VASCULAIRE  
**CUBERTAFOND Pierre (C.S)**  
CLINIQUE DE CHIRURGIE DIGESTIVE  
**DARDE Marie-Laure (C.S)**  
PARASITOLOGIE  
**DE LUMLEY WOODYEAR Lionel (C.S)**  
PEDIATRIE  
**DENIS François (C.S)**  
BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE  
**DESCOTTES Bernard (C.S)**  
ANATOMIE  
**DUDOGNON Pierre (C.S)**  
REEDUCATION FONCTIONNELLE  
**DUMAS Jean-Philippe**  
UROLOGIE  
**DUMAS Michel (C.S)**  
NEUROLOGIE  
**DUMONT Daniel**  
MEDECINE DU TRAVAIL  
**DUPUY Jean-Paul (C.S)**  
RADIOLOGIE ET IMAGERIE MEDICALE

**FEISS Pierre (C.S)**  
ANESTHESIOLOGIE ET REANIMATION CHIRURGICALE  
**GAINANT Alain**  
CHIRURGIE DIGESTIVE  
**GAROUX Roger (C.S)**  
PEDOPSYCHIATRIE  
**GASTINNE Hervé (C.S)**  
REANIMATION MEDICALE  
**LABROUSSE Claude**  
REEDUCATION FONCTIONNELLE  
**LABROUSSE François (C.S)**  
ANATOMIE ET CYTOLOGIE PATHOLOGIQUES  
**LASKAR Marc (C.S)**  
CHIRURGIE THORACIQUE ET CARDIO-VASCULAIRE  
**LEGER Jean-Marie**  
PSYCHIATRIE D'ADULTES  
**LEROUX-ROBERT Claude (C. S)**  
NEPHROLOGIE  
**MABIT Christian**  
ANATOMIE-CHIRURGIE ORTHOPEDIQUE ET TRAUMATOLOGIQUE  
**MAUBON Antoine**  
RADIOLOGIE  
**MELLONI Boris**  
PNEUMOLOGIE  
**MENIER Robert (C.S)**  
PHYSIOLOGIE  
**MERLE Louis**  
PHARMACOLOGIE  
**MOREAU Jean-Jacques (C.S)**  
NEUROCHIRURGIE  
**MOULIES Dominique**  
CHIRURGIE INFANTILE  
**NATHAN-DENIZOT Nathalie**  
ANESTHESIOLOGIE ET REANIMATION CHIRURGICALE  
**PERDRISOT Rémy**  
BIOPHYSIQUE ET TRAITEMENT DE L'IMAGE  
**PILLEGAND Bernard (C.S)**  
HEPATO-GASTRO-ENTEROLOGIE  
**PIVA Claude (C.S)**  
MEDECINE LEGALE  
**PRALORAN Vincent (C.S)**  
HEMATOLOGIE ET TRANSFUSION

**RIGAUD Michel (C.S)**  
**BIOCHIMIE ET BIOLOGIE MOLECULAIRE**  
**ROUSSEAU Jacques**  
**RADIOLOGIE ET IMAGERIE MEDICALE**  
**SALLE Jean-Yves**  
**MEDECINE PHYSIQUE ET READAPTATION**  
**SAUTEREAU Denis**  
**HEPATO-GASTRO-ENTEROLOGIE**  
**SAUVAGE Jean-Pierre (C. S)**  
**OTO-RHINO-LARYNGOLOGIE**  
**TREVES Richard (C.S)**  
**RHUMATOLOGIE**  
**TUBIANA-MATHIEU Nicole (C.S)**  
**CANCEROLOGIE**  
**VALLAT Jean-Michel**  
**NEUROLOGIE**  
**VALLEIX Denis**  
**ANATOMIE**  
**VANDROUX Jean-Claude (C. S)**  
**BIOPHYSIQUE ET TRAITEMENT DE L'IMAGE**  
**VERGNENEGRE Alain**  
**EPIDEMIOLOGIE- ECONOMIE DE LA SANTE PREVENTION**  
**VIDAL Elisabeth (C.S)**  
**MEDECINE INTERNE**  
**VIGNON Philippe**  
**REANIMATION MEDICALE**  
**VIROT Patrice (C.S)**  
**CARDIOLOGIE**  
**WEINBRECK Pierre (C.S)**  
**MALADIES INFECTIEUSES**

**MAITRE DE CONFERENCE ASSOCIE A MI-TEMPS**

**BUCHON Daniel**  
**MEDECINE GENERALE**

**SECRETAIRE GENERAL DE LA FACULTE - CHEF DES SERVICES**

**ADMINISTRATIFS**  
**POMMARET Maryse**

\*C.S = Chef de service

## REMERCIEMENTS

A notre président de thèse,

Monsieur le Professeur Jean-Marie LEGER,

Professeur des universités de psychiatrie d'adultes,

J'ai pu bénéficier de la richesse de votre enseignement dès la première année de médecine puis lors de mes stages dans votre service.

Vous m'avez guidée dans la découverte de la psychiatrie et de la psychogériatrie.

La rigueur de votre travail et votre volonté d'aborder le malade dans sa globalité sont pour moi un exemple.

Très sensible à l'honneur que vous me faites en acceptant de présider ce jury de thèse, recevez ici le témoignage de mon profond respect.

A nos juges,

Monsieur le Professeur Jean-Pierre CLEMENT,

Professeur des universités de psychiatrie d'adultes,  
Psychiatre des Hôpitaux, Chef de service,

J'ai pu bénéficier de la qualité de votre enseignement dès les premières années de médecine

J'ai été très sensible à la gentillesse, la disponibilité et la confiance que vous m'avez témoignées au cours de la réalisation de ce travail.

Vous remerciant de l'honneur que vous me faites en acceptant de juger cette thèse, soyez assuré de ma profonde gratitude et de mon profond respect.

Monsieur le Professeur Roger GAROUX,

Professeur des universités de psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent,  
Psychiatre des Hôpitaux, Chef de service,

J'ai eu la chance d'être initiée à la pédopsychiatrie par vos soins et ai apprécié votre grande culture.

Je vous remercie de l'honneur que vous me faites en acceptant de faire partie de ce jury de thèse.

Soyez assuré de ma reconnaissance et de mon respect.

Monsieur le Professeur Claude PIVA,

Professeur des universités de médecine légale,  
Médecin des Hôpitaux, Chef de service,  
Doyen de la faculté de médecine,

Vous avez très rapidement accepté de juger ce travail, qui pourtant peut sembler assez éloigné de votre pratique quotidienne...

Vous remerciant de votre disponibilité et de votre amabilité, soyez assuré de ma gratitude et de mon profond respect.

A notre directeur de thèse,

Monsieur le Docteur David FONTANIER,

En travaillant à tes côtés, j'ai eu l'occasion d'apprécier tes qualités cliniques, humaines et pédagogiques.

Je te remercie de tout cœur pour l'aide précieuse que tu m'as apportée dans la réalisation de ce travail.

Sois assuré de mon respect et de mon amitié.

## DEDICACES

A Fabrice,

Pour son aide, sa patience et ses encouragements, avec toute mon affection.

A mes parents, qui m'ont toujours aidée par leur présence et leur réconfort,  
Trouvez ici un témoignage de mon amour.

A mon frère Olivier, qui m'a gentiment aidée à la mise en page de cette thèse.

A ma tante Eliane,

Qu'elle soit assurée de mon attachement.

A mes grands-mères,

A Marie-Françoise,

A Christiane et Jean, en témoignage de mon amitié.

A mes amis, proches ou éloignés, qui m'ont encouragée et apporté leur soutien :  
Fabrice, Michel, Carole et Christophe, Hervé, Laurent, Thierry et Ivan.

A Madame le Docteur Trarieux, Monsieur le Docteur Aubreton, Monsieur le Docteur Sazerat, Monsieur le Docteur Malauzat, Monsieur le Docteur Ratti.

Pour votre enseignement et votre bienveillance,  
Veuillez accepter mes remerciements et ma considération.

A Monsieur le Docteur Ranty,  
Pour m'avoir fait découvrir la psychothérapie et pour votre enthousiasme communicatif,  
Veuillez accepter le témoignage de mon profond respect.

A Monsieur le Docteur Pouret,  
Pour votre immense culture, votre humour et votre gentillesse, lors des heures que nous avons partagées au bloc opératoire,  
Soyez assuré de mon admiration et de mon dévouement.

A Monsieur le Docteur Preux,  
Pour votre disponibilité et votre aide précieuse dans ce travail.  
Veuillez recevoir le témoignage de ma gratitude.

A Monsieur le Docteur Viéban, dont les conseils et les encouragements m'ont été très utiles,  
Qu'il soit assuré de ma reconnaissance.

A mes collègues internes, en particulier : Joël, mon cousin Nicolas et Vincent, pour leur soutien pendant ces années d'internat et leur sens de la fête.

A Eric Fray, que j'ai eu le plaisir de côtoyer et qui m'a laissée essayer de le remplacer...

Et aussi, à Dominique Thevenoux, Marie-Françoise Grizon, Madame Vigier et aux équipes soignantes qui m'ont facilité ce travail.

# **PLAN**

## **INTRODUCTION**

### **1 DONNEES GENERALES SUR LE COUPLE**

#### **1.1 DEFINITIONS**

1.1.1 DEFINITION DU SUJET AGE

1.1.2 DEFINITION DU COUPLE

1.1.3 DEFINITION DU CONFLIT CONJUGAL

1.1.4 NOTION DE CONJUGALITE

#### **1.2 LA STRUCTURATION DU COUPLE HUMAIN**

1.2.1 LE CHOIX DU PARTENAIRE

1.2.1.1 ASPECTS SOCIOLOGIQUES

1.2.1.2 DONNEES PSYCHANALYTIQUES

1.2.1.3 APPROCHE SYSTEMIQUE

1.2.2 L'EVOLUTION DU COUPLE

1.2.2.1 LUNE DE MIEL

1.2.2.2 CRISE DU COUPLE

1.2.2.3 RETOUR DU REFOULE

1.2.3 LES DIFFERENTS TYPES DE COUPLE

## **2 LE COUPLE AGE**

### **2.1 DONNEES DEMOGRAPHIQUES**

### **2.2 DIFFERENCES DE VIEILLISSEMENT ENTRE L'HOMME ET LA FEMME**

### **2.3 LES FONCTIONS DU COUPLE AGE**

### **2.4 FACTEURS FAVORISANT UNE CRISE CONJUGALE OU UN DYSFONCTIONNEMENT DU COUPLE**

#### **2.4.1 CONCEPT D'EVENEMENT DE VIE**

#### **2.4.2 EVENEMENTS DE VIE PERTURBANT L'EQUILIBRE DU COUPLE AGE**

##### **2.4.2.1 LA RETRAITE**

##### **2.4.2.2 LA DEGRADATION PHYSIQUE OU PSYCHIQUE D'UN CONJOINT**

##### **2.4.2.3 LA MENOPAUSE**

##### **2.4.2.4 EVENEMENT FAMILIAL**

### **2.5 LES DIFFERENTS MASQUES PSYCHIATRIQUES QUE PEUVENT PRENDRE LES DIFFICULTES CONJUGALES CHEZ LE SUJET AGE**

### **2.6 LES ISSUES POSSIBLES**

2.6.1 SEPARATION

2.6.2 COUPLE DE LONGUE DUREE

2.6.3 DIVORCE

### **3 ETUDE**

3.1 OBJECTIFS ET HYPOTHESES

3.2 MATERIEL ET METHODE

3.2.1 MATERIEL

3.2.1.1 POPULATION ETUDIEE

3.2.1.2 OUTILS

3.2.1.2.1 UN AUTO-QUESTIONNAIRE D'EVALUATION  
DES TRAITS DE PERSONNALITE

3.2.1.2.2 UN HETERO-QUESTIONNAIRE SUR LES  
EVENEMENTS DE VIE

3.2.2 METHODE

3.2.2.1 RECUEIL DES DONNEES

3.2.2.2 ANALYSE STATISTIQUE

### **3.3 RESULTATS**

#### **3.3.1 CARACTERISTIQUES DESCRIPTIVES DE L'ECHANTILLON**

#### **3.3.2 RESULTATS AUX QUESTIONNAIRES**

##### **3.3.2.1 RESULTATS AU QUESTIONNAIRE EVVIE**

##### **3.3.2.2 RESULTATS AU VKP**

### **3.4 DISCUSSION**

#### **3.4.1 A PROPOS DE LA METHODOLOGIE**

#### **3.4.2 A PROPOS DES RESULTATS**

### **CONCLUSION**

### **ANNEXE**

Document n°1 : questionnaire VKP

Document n°2 : questionnaire EVVIE

### **REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES**

## INTRODUCTION

Les difficultés conjugales durables du sujet âgé de plus de 65 ans constituent un phénomène récent qui n'a fait l'objet que de très peu d'études jusqu'à présent.

L'allongement de l'espérance de vie, qui est passée de 70,2 à 74,9 ans pour l'homme et de 78,4 à 82,3 ans pour la femme entre 1980 et 1999 (Annuaire statistique de la justice, 2000), a considérablement accru la durée des mariages et désormais nombreux sont les couples à vivre ensemble depuis plus de quarante ans. Il existe en effet plus de trois millions de couples de 60 ans et plus en France. Cet accroissement de la durée de vie commune n'est pas sans conséquences pour le couple, qui doit surmonter de nouvelles crises, trouver un nouvel équilibre, prenant en compte le vieillissement de chacun, la retraite et parfois la perte d'autonomie ou la maladie de l'un des conjoints.

La pratique clinique en psychogériatrie nous montre que la souffrance conjugale est présente chez les couples âgés et a des spécificités, tant sur le plan psychopathologique que sur le plan clinique. En effet, nous avons constaté que certains sujets âgés étaient hospitalisés de façon répétée en milieu psychiatrique, le plus souvent pour des décompensations dépressives ou anxieuses, que leur état s'améliorait rapidement lors des hospitalisations et se détériorait dès leur retour à domicile. Ceci a attiré notre attention sur une éventuelle influence du milieu de vie sur les symptômes de ces patients, et notamment de l'entourage le plus proche, en particulier le conjoint. Des entretiens avec les différents membres de l'entourage, époux, enfants, fratrie... ont permis de dépister un éventuel problème conjugal et de retracer l'histoire du couple, mettant parfois en évidence un conflit conjugal ou des systèmes familiaux ou dyadiques pathologiques sans conflit conjugal explicite mais dont les interrelations entraînaient la pérennisation des troubles psychiatriques. L'histoire de ces couples a souvent montré des événements de vie douloureux que le couple n'avait pas réussi à surmonter correctement. Notre hypothèse était qu'un dysfonctionnement conjugal, voire familial s'était installé à la suite de tels facteurs traumatisants. Ce sont ces constatations qui sont à l'origine de notre étude, qui vise donc à vérifier si certains événements de vie ou traits de personnalité constituent un facteur de vulnérabilité pour le couple.

Ce travail, après avoir rappelé quelques définitions concernant le couple et le sujet âgé, reprendra quelques données de la bibliographie sur la formation et l'évolution du couple, d'un point de vue sociologique, psychanalytique et systémique, puis sur le couple âgé. Seront alors évoquées certaines données démographiques, les différences de vieillissement entre l'homme et la femme, les fonctions du couple âgé, les événements de vie pouvant générer une crise au sein du couple âgé et les issues possibles de cette crise. Ensuite, les différentes manifestations cliniques que peut avoir un problème conjugal chez le sujet âgé seront exposées.

La deuxième partie de ce travail sera constituée de notre étude proprement dite, réalisée sur un échantillon de cinquante-sept couples âgés, visant à rechercher, notamment à l'aide des questionnaires EVVIE (Evénement de vie) et VKP (auto-questionnaire d'évaluation des traits de personnalité), des facteurs favorisant la survenue de difficultés conjugales dans l'histoire et la personnalité de sujets malades et de leurs conjoints. Ses résultats seront exposés puis discutés.

## **1 DONNEES GENERALES SUR LE COUPLE**

### **1.1 DEFINITIONS**

#### **1.1.1 DEFINITION DU SUJET AGE**

De nos jours, on considère arbitrairement l'âge de la retraite, soit 60 ans en France, comme seuil de la vieillesse. Mais, le vieillissement est difficile à définir et l'âge n'est qu'une abstraction, faisant partie des nomenclatures, des habitudes sociales qui cachent entièrement les « impressions vraies ». Ainsi, en 1927, Marcel Proust, dans « à la recherche du temps perdu, le temps retrouvé » écrit : « certains hommes, certaines femmes ne semblaient pas avoir vieilli ; leur tournure était aussi svelte, leur visage aussi jeune » de sorte qu'ils n'étaient pas des vieillards mais « des jeunes gens de dix-huit ans extrêmement fanés ». Le temps se manifeste chez les individus par des ralentis, des accélérations, des arrêts momentanés qui rendent arbitraire toute mesure commune (Lafay, 1996). Le vieillissement n'est pas uniforme; il révèle l'infinie diversité humaine et, comme le soulignent Léger et collaborateurs (1989), chaque individu possède son propre potentiel de sénescence. Nous disons la vieillesse pour simplifier mais il y en a presque autant que de personnes.

Il faut actuellement pour définir le sujet âgé prendre en compte l'évolution démographique de la population, l'augmentation de l'espérance de vie et le fait que certaines personnes conservent une activité après la retraite.

On peut ainsi distinguer des sous-populations parmi celle des sujets âgés : en particulier les « jeunes sujets âgés » qui ont entre 60 et 70 ans, très différents des « vieux sujets âgés » de 80 ans et plus.

Dans ce travail, comme dans la majorité des études actuelles, il est pris comme seuil l'âge de 65 ans pour définir la population âgée.

### 1.1.2 DEFINITION DU COUPLE

Couple : ce terme a plusieurs sens, selon que l'on utilise le genre masculin ou féminin. Un couple au masculin, se dit de deux personnes unies ensemble par amour ou par mariage: c'est la définition qui sera retenue dans cette étude; il se dit de même de deux animaux unis pour la propagation de l'espèce. Une couple au féminin, se dit de deux choses quelconques de même espèce, qui ne vont point ensemble nécessairement et qui ne sont unies qu'accidentellement. Il résulte que la construction peut varier, c'est à dire qu'on dira toujours au singulier: un couple de pigeons suffit pour repeupler un pigeonnier mais on dira au singulier ou au pluriel suivant l'idée de celui qui parle: une couple de poulets suffira bien ou suffiront bien pour notre dîner. Quant à la distinction entre couple et paire, une couple désigne deux choses qui ne sont unies qu'accidentellement et une paire désigne deux choses qui vont ensemble par une nécessité d'usage, comme les chaussures, ou une seule chose composée de deux parties ou pièces comme des ciseaux. Une couple et une paire peuvent se dire aussi des animaux, mais la couple ne marque que le nombre et la paire y ajoute l'idée d'une association nécessaire pour une fin particulière. Un boucher achètera une couple de bœufs, c'est à dire deux. Un laboureur doit dire qu'il en achètera une paire, parce qu'il veut les atteler à la même charrue (Dictionnaire de la langue française Emile Littré, 1982).

### 1.1.3 DEFINITION DU CONFLIT CONJUGAL

Conjugal : adjectif, qui tient à l'union entre le mari et la femme (Dictionnaire de la langue française E. Littré, 1982).

Conflit : rencontre d'éléments, de sentiments contraires. Voir antagonisme, désaccord, discorde, lutte, opposition, tiraillement.

Entrer en conflit avec quelqu'un. Voir. dispute, compétition, rivalité (Le Robert, 1978).

Il en découle la notion de conflit conjugal qui a également fait l'objet de définitions systémiques : « Les ouvrages concernant la crise contemporaine des couples conjugaux, les statistiques des divorces, tout autant que les thèmes des médias culturels, indiquent l'accumulation des tensions et la fréquence croissante des ruptures du lien du mariage ou de l'Union... Les conflits les plus courants ou les plus graves, les plus transitoires ou les plus indéfinis, s'observent. Ils sont parfois l'occasion directe ou indirecte d'un appel à l'aide vis-à-vis de psychothérapeutes. Entendus, ces appels peuvent être l'occasion d'une évolution interpersonnelle positive... Dans les thérapies familiales systémiques, cette observation des tensions conjugales est quasi constante. Le sous-système du couple parental utilisera le tiers proche, l'un des enfants, pour mettre en œuvre des alliances illégitimes, des triangles pervers ou rigides, ou des coalitions niées. Chacune des écoles ou des grandes formes de thérapie familiale systémique aborde ce thème et ces faits, et ceci de façon relativement homogène » (Benoit et al,1988). Le terme consacré à cette situation sociale particulière est donc celui de conflit conjugal.

« L'importance du conflit conjugal, de l'altération du lien conjugal, peut s'appréhender à travers les perturbations des systèmes d'échanges : échanges sexuels, échanges de biens (cadeaux, argent, aliments...) et échanges de signes (dialogue, connivence verbale) » (Gori, Poinso ;1972).

Il faut noter que le terme de conjugopathie, couramment employé par les psychiatres pour qualifier un conflit dans un couple donné, n'est présent ni dans les dictionnaires classiques de la langue française, ni dans les dictionnaires des termes médicaux.

#### 1.1.4 NOTION DE CONJUGALITE

Conjugalité : le concept de couple conjugal engendre la notion de couple et de psychothérapie de couple en approche systémique. Cette ponctuation dyadique est, bien entendu, liée à l'observateur qui, pour de multiples raisons, qu'elles soient épistémologiques ou autres, composera avec des bases de travail lui paraissant acceptables. Pour certains, la notion de couple conjugal est l'entité fondamentale, pour d'autres, la dyade est un des divers sous-groupes d'une constellation plus large. Il existe donc plusieurs grilles de lecture, ce qui semble important dans le domaine de la thérapie systémique est en fait que, suivant le modèle et la ponctuation utilisée, il reste une constante : le problème peut être défini comme conjugal (Benoit et al, 1988).

### 1.2 LA STRUCTURATION DU COUPLE HUMAIN

#### 1.2.1 LE CHOIX DU PARTENAIRE

Ce choix est généralement différent selon qu'il s'agit de couples durables (conjugaux) ou de couples passagers (relations adolescentes, relations extraconjugales brèves...)

##### 1.2.1.1 ASPECTS SOCIOLOGIQUES

Le choix du partenaire n'est que relatif, étant largement surdéterminé, à la fois par l'histoire personnelle et familiale des deux futurs conjoints, mais aussi par tout ce qui se joue autour des deux familles. Le rôle joué par les familles d'origine de chaque conjoint semble primordial. Par exemple, des parents peuvent ne pas avoir accepté implicitement le mariage de leur fille et ainsi, la mettent dans un conflit de loyauté, tiraillée entre eux (loyauté verticale) et son époux (loyauté horizontale), d'où une situation dangereuse pour le couple (Albernhe, Albernhe ;2000).

Au début de ce siècle, beaucoup de mariages étaient arrangés par les familles, en fonction de leurs intérêts mutuels, ce qui n'a pas empêché certains de découvrir la tendresse et de vivre dans la fidélité. Par contre, beaucoup ne sont pas parvenus à une véritable intimité et leurs relations avec la famille, les amis, le voisinage restent capitales. Dans ces cas-là, il existe plus un système familial qu'un « système-couple » proprement dit.

Même si les mariages ne sont plus « arrangés » de nos jours, il existe une très importante homogamie sociale et culturelle entre les conjoints, c'est-à-dire que « n'importe qui n'épouse pas n'importe qui ». D'après le sociologue Alain Girard, « L'étendue du champ des éligibles se situe pour chacun dans l'espace très restreint où il a grandi et où il se meut » (A.Girard, 1974). Les couples subissent des pressions familiales, économiques, socio-culturelles, si bien que les possibilités de choix de partenaire ne sont pas si importantes qu'on le croit.

#### 1.2.1.2 DONNEES PSYCHANALYTIQUES

Freud (1905) oppose deux types de choix d'Objet total : le choix par étayage où l'on aime la femme qui nourrit ou l'homme qui protège, et le choix d'Objet narcissique basé sur la relation du Sujet à lui-même (1914).

Le choix de l'Objet d'amour doit satisfaire la plupart des désirs conscients et en même temps contribuer à renforcer le Moi et sa sécurité propre. Dans la relation de type conjugal, l'Objet élu doit correspondre à la fois à des caractéristiques positives comme tout Objet dans toute relation amoureuse, mais en plus il doit présenter des caractéristiques complémentaires déterminantes, celles qui permettent au sujet de maintenir son unité, la cohérence et la défense de son Moi, en somme sa stabilité et sa sécurité en face de menaces intérieures liées à la persistance de courants pulsionnels refoulés.

Le choix du partenaire fait référence aux images parentales; ainsi, un homme peut rechercher une « mère » dans sa partenaire et une femme peut rechercher un « père », ce qu'on observe fréquemment dans des couples où la femme est beaucoup plus jeune que l'homme. Il s'agit soit d'une référence positive, soit d'une référence négative aux images parentales.

L'Objet est élu en tant qu'il favorise le Moi et ses défenses propres, soit par les satisfactions qu'il apporte au sujet, soit par les interdits qu'il lui pose. Mais la notion de choix du partenaire ne peut être limitée exclusivement à une étude sur ses caractéristiques individuelles, personnelles. Il est nécessaire d'introduire ici le concept de relation d'Objet : le Sujet tend à répéter un modèle d'interrelation avec ses Objets qu'il a gardé dans son inconscient. Le type d'interrelation Sujet-Objet est référé au type d'interrelation du couple parental, référence positive sur certains plans et négative sur d'autres. C'est dans l'organisation des relations parentales que se construit la référence qui conduira le Sujet à moduler ensuite sa propre organisation dyadique.

Le choix du partenaire comprend des phénomènes de clivage et d'idéalisation; la stratégie amoureuse reproduit celle des tout premiers moments de l'existence quand elle vise à maintenir, éventuellement grâce à l'activité fantasmatique, le caractère totalement bon de l'Objet, quitte à détacher de lui ce qui pourrait apparaître comme des parties mauvaises.

### 1.2.1.3 APPROCHE SYSTEMIQUE

D'un point de vue systémique, le couple, aussi nommé « dyade », est le plus petit système qui existe.

Alors que pour Freud, le choix du partenaire est lié à l'Idéal du Moi, certains considèrent le contraire : c'est alors la partie faible du Moi, le Moi négatif, qui est recherché chez le partenaire. C'est la défaillance latente de l'Objet qui est choisie sur le plan même où le Sujet craint d'être défaillant lui-même. Il choisit un partenaire qui présente les mêmes dispositions latentes, mais plus difficilement contrôlables et qui sera alors conduit à passer à l'acte; les deux partenaires seront satisfaits : celui qui passe à l'acte parce qu'il réalise son désir, et l'autre sous forme de satisfactions fantasmatiques par mécanisme d'identification.

Ce sont les besoins communs exprimés par la dyade qui imposent la distribution des rôles, beaucoup plus que les besoins individuels de l'un des membres, même s'il apparaît comme dominant. Ce qui induit, c'est le groupe-couple, c'est-à-dire l'ensemble des besoins collectifs inconscients groupés autour d'une problématique commune des partenaires (collusion affective). La perception inconsciente de l'inconscient de l'autre, avec sa problématique commune et sa manière différente d'y réagir, est à la base de la structuration du couple et rend possible une compréhension dyadique.

La structuration dyadique correspond à un engrenage des processus individuels. Si X cherche Y et exerce une pression sur Y, c'est qu'Y, plus ou moins consciemment, recherche X et les pressions qu'X exercera sur lui.

Kaufmann (1977) a émis l'hypothèse d'un « contrat secret » régissant les interactions entre les deux époux : le fait de satisfaire aux besoins inconscients de Y donne à X un certain pouvoir sur Y et vice versa. Ce contrat, basé sur la réciprocité narcissique, répondant aux attentes inconscientes des conjoints, n'est en général pas verbalisé.

Le couple est le plus petit système qui existe. Il se caractérise par des mythes fondateurs et des éléments rituels propres à chaque couple (Neuburger, 1988). D'après Neuburger (1997), « le monde mythique d'un couple commence avec l'histoire de la rencontre de ses deux membres et de ce qui les a convaincus qu'ils formaient un couple. Au fil du temps, ce monde va s'enrichir : des aventures, incidents parfois véniels, des accidents, des maladies, des deuils ou des joies partagés vont servir de support à l'élaboration de récits à forte connotation métaphorique qui renverront aux qualités supposées du couple. S'instaurera également un langage de l'intime composé de toute une série de rituels : gestes, regards, allusions... dont le but est de renforcer le sentiment d'appartenance au groupe-couple et de faire croire à chacun des partenaires qu'ils partagent la même « foi » en leur couple ». Caillé (1991) souligne qu'il existe dans le couple « un partage dense d'idées et de comportements » et que cette entente, qui correspond à ce qu'il appelle « l'absolu du couple », exclut les autres (Schrod, 1996).

## 1.2.2 L'EVOLUTION DU COUPLE

### 1.2.2.1 LUNE DE MIEL

La lune de miel correspond à un phénomène de symbiose : il s'agit de l'annulation, de l'exclusion par chaque partenaire de tout élément agressif à l'égard de l'autre.

Les phénomènes propres à la période d'organisation du lien amoureux ont un effet structurant sur la dyade et un effet maturant sur les individus; le Moi se trouve renforcé par les phénomènes plus ou moins régressifs de la vie amoureuse. Etant donné l'importance de l'aspect régressif de la relation amoureuse qui ramène les interrelations des partenaires aux premières étapes de leur développement libidinal (recherche d'une plénitude antérieure), et notamment à un vécu où il n'existe pour le Sujet aucune distinction entre lui et l'Objet, on comprendra aisément qu'il est impossible de séparer radicalement la relation amoureuse de certains modes de dépendance ou d'appropriation. L'autonomie et la liberté du Sujet se trouvent ainsi réduites par la relation amoureuse (Lemaire, 1979).

Ce remodelage structural tire son énergie du rapprochement du Moi avec les autres instances intrapsychiques, le Ça et le Surmoi, et de l'introjection de l'Objet dans le Sujet en tant qu'Idéal du Moi du Sujet lui-même, avec un effet consolidant pour l'individu lui-même.

Ainsi, le renforcement de l'Eros, ou des pulsions de vie, permet au Sujet de mieux métaboliser ses énergies agressives et ce qui est issu des pulsions de mort. Il s'ensuit une diminution des comportements agressifs et dépressifs autodestructeurs.

### 1.2.2.2 CRISE DU COUPLE

Dans un couple, il n'y a jamais d'équilibre statique stable, mais toujours un équilibre dynamique.

Dans la crise conjugale, il y a rupture, en général progressivement, de l'idéalisation et du clivage dans lesquels se trouvaient les partenaires initialement : cela permet au Sujet de retrouver son jugement et ses capacités critiques. Il s'agit d'une phase essentielle à la maturation de la relation au sein du couple, autant qu'à la maturation de chacun des partenaires. C'est une période où se superposent l'idéalisation et le retour de sentiments ambivalents, avec réapparition d'une agressivité à l'égard de l'Objet aimé.

Parfois, on peut maintenir l'idéalisation de l'Objet d'amour en attribuant sa défaillance à sa santé déficiente : il y a demande de médicalisation du problème, évitant toute remise en question de la vie interne du couple.

La crise amoureuse consiste en un travail psychique de deuil et une distanciation de l'Objet d'amour. Au moment des crises, un doute apparaît, plus ou moins profond et plus ou moins durable, sur la valeur objectale de l'autre chargé d'apporter la confirmation de soi. Il y a alors risque de rupture de la confirmation mutuelle des deux partenaires. Ce processus peut se manifester par une rupture lente et progressive chez certains qui réduisent leur communication et les échanges affectifs, ne maintenant leur équilibre personnel qu'au prix d'une certaine indifférence à l'autre. Ailleurs, il s'agira d'une rupture par « à-coups », à l'occasion d'aventures extra-conjugales entreprises comme pour échapper à la relation disqualifiante du couple ou bien à l'invasion par l'amour d'un partenaire vécu comme trop absorbant.

D'après Le Gouès (1991), « l'inconscient ignore l'écoulement du temps », ce qui permet par exemple à une femme très âgée de se découvrir amoureuse, ne serait-ce que dans son imagination, et à une autre de faire des reproches à son mari parce qu'il ne lui a toujours pas apporté ce qu'elle attendait de lui en l'épousant quarante ans plus tôt. « Les conflits n'ont pas d'âge. Selon qu'ils sont résolus ou exacerbés par les difficultés de la vie tardive, on observe des aménagements psychiques capables de protéger une assez bonne autonomie mentale ou d'aggraver des névroses douloureuses pour le vieillard comme pour son entourage ».

L'évolution de la crise peut se faire soit vers la réussite, avec réalisation d'un niveau supérieur d'adaptation, soit vers un semi-échec se traduisant par une apparente résignation, soit enfin vers la pathologie aiguë ou chronique avec maintien durable du dysfonctionnement du système (Léger et al, 1989). En thérapie de couple, c'est au moment de la crise qu'il faut intervenir pour utiliser son potentiel évolutif; l'avenir du couple dépend alors de son aptitude à négocier (Lemaire-Arnaud, 1979).

### 1.2.2.3 RETOUR DU REFOULE

Le couple distribue les rôles de sorte que chaque partenaire s'oppose au retour du refoulé chez son conjoint. Ce peut être le retour de pulsions oedipiennes ou homosexuelles, par exemple. La crise survient quand un Sujet accuse explicitement son partenaire de ne pas lui donner satisfaction dans un certain domaine, alors qu'il continue implicitement de lui demander de l'aider à combattre ses pulsions.

En ce qui concerne les individus présentant une personnalité pathologique, le couple représente un mode très important de « normalisation et de protection contre le risque de décompensation pathologique » (Lemaire, 1979), et ils tiennent à maintenir leur couple à tout prix, même s'ils y souffrent ; ceci permet à chacun de toujours posséder un partenaire à haïr, la haine étant toujours facile à justifier puisque le partenaire ne répond jamais à toutes les attentes idéalisées placées initialement en lui.

### 1.2.3 LES DIFFERENTS TYPES DE COUPLE

Dans une approche systémique (Pancrazi, Simeone, 1998), il existe différents types de couples :

- Le « couple symbiotique » ou anaclitique : il s'agit d'une relation fusionnelle, fonctionnant sur le mode de la dépendance ou de l'interdépendance, où chacun n'est que la moitié de l'autre ; ce couple s'avère fragile en cas de crise et de menace de séparation. Il peut durer dans ce fonctionnement-là ou bien évoluer vers le « couple communautaire ».

- Le « couple collectif » où les deux conjoints vivent en quelque sorte « en parallèle » ; sa communication est limitée à un intérêt essentiellement matériel, commun aux deux sujets. Il évolue vers l'éloignement progressif, tout en préservant les apparences.

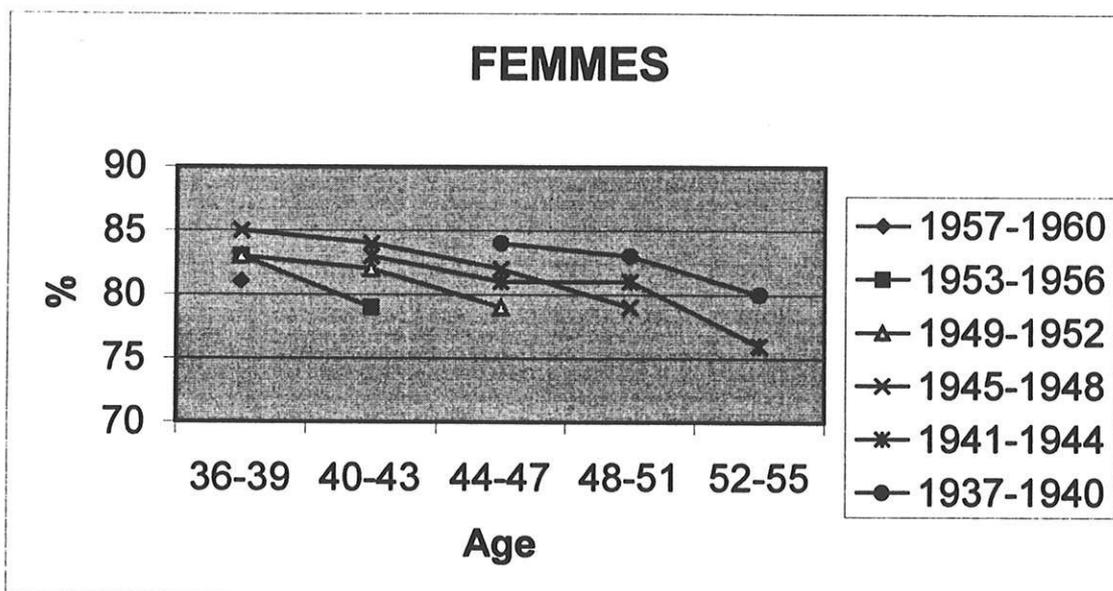
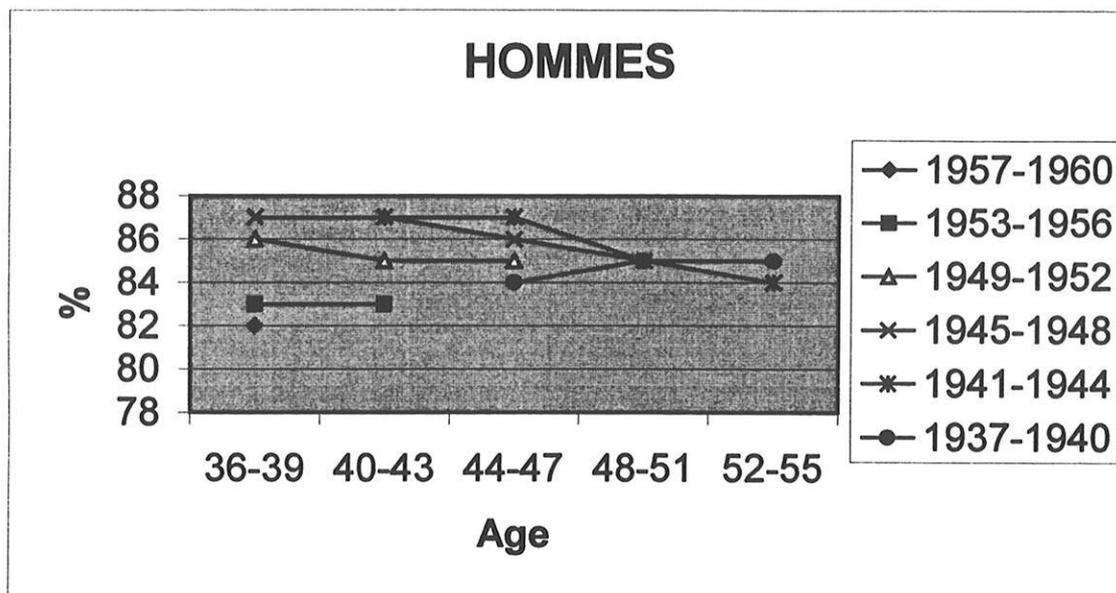
- Le « couple communautaire » : c'est celui qui a le plus de chance de durer; il n'est ni trop symbiotique ni trop collectif. Sa communication est établie autour de valeurs profondes.

- Le « couple pervers » : sadomasochiste, par exemple.

## 2 LE COUPLE AGE

### 2.1 DONNEES DEMOGRAPHIQUES

Les générations nombreuses nées après la première guerre mondiale vivent aujourd'hui plus longtemps que leurs aînées. Entre 60 et 80 ans, la fréquence de vie en couple a donc augmenté. Mais par ailleurs, l'écart d'espérance de vie entre les sexes, et l'écart d'âge entre conjoints, font que les femmes âgées vivent plus souvent seules que les hommes. Aux âges avancés, les situations des hommes et des femmes sont donc radicalement différentes: 80 % des hommes vivent en couple entre 60 et 63 ans, et 70 % au-delà de 80 ans, contre 70 % des femmes entre 60 et 63 ans, et à peine 20 % au-delà de 80 ans (voir figure 1). La part des femmes vivant seules dans leur logement passe d'environ 20 % entre 60 et 63 ans, à 60 % pour les plus de 80 ans. Les hommes âgés sont beaucoup moins souvent seuls dans leur logement: en 1996, 12 % vivent seuls entre 60 et 64 ans, et 26 % après 80 ans. Après 60 ans, la proportion de personnes hébergées par leurs enfants augmente avec l'âge pour atteindre 3 % des personnes âgées de 70 à 80 ans et 10 % au-delà de 80 ans. Ceci concerne beaucoup plus les femmes que les hommes. En plus de cet effet d'âge, il y a un fort effet de génération: en 1984, ces proportions étaient respectivement égales à 8 et 19 %. La cohabitation entre générations aux âges élevés est donc en déclin, essentiellement au profit de la vie en couple (Flipo et al, 1999).



Lecture: les courbes relient les points correspondant à une même génération. Lorsqu'on suit chaque génération (c'est-à-dire chaque courbe), on voit que la proportion de personnes vivant en couple diminue avec l'âge : c'est un effet d'âge. Par exemple, les femmes de la génération née entre 1945 et 1948 vivaient en couple en proportion de 85% en 1984, elles avaient alors 36-39 ans; cette proportion a baissé pour atteindre 79% en 1996 quand elles avaient 48-51 ans. Lorsqu'on regarde la position de chaque génération (c'est-à-dire la position des courbes les unes par rapport aux autres), on voit que chaque génération vit un peu moins en couple que la précédente : c'est un effet de génération.

**Figure 1: proportion de personnes vivant en couple selon le sexe et l'âge, par génération.**

## 2.2 DIFFERENCES DE VIEILLISSEMENT ENTRE L'HOMME ET LA FEMME

La vieillesse constitue un des temps forts de l'histoire d'un sujet, au même titre que l'enfance, l'adolescence et la puerpéralité chez la femme. Il s'y opère un travail psychique du vieillir.

Globalement, le vieillissement est marqué par un repli narcissique, une perte des capacités de sublimation, voire une tendance à la jalousie. La vieillesse réactive les problématiques libidinales au niveau de la structure du sujet. Soit l'économie libidinale trouve un équilibre à la phase critique et le sujet réussit sa vieillesse. Soit le réaménagement libidinal échoue au niveau objectal rendant le sujet incapable de se séparer d'objets et de faire un deuil, ou au niveau narcissique avec un abaissement de l'estime de soi. Ces déséquilibres libidinaux conduisent le sujet à la dépression.

Si les manifestations du vieillissement déclenchent une crise insurmontable, par exemple dans un couple constitué depuis longtemps, c'est que les crises précédentes n'ont pas réussi leur travail, qui comme cela a été mentionné plus haut, s'apparente à un travail de deuil dont le résultat doit être une meilleure connaissance de soi et une plus grande capacité d'adaptation à l'autre (De Butler, 1993).

Il existe de nombreuses inégalités entre individus dans le vieillissement, et particulièrement entre l'homme et la femme.

Etre une femme prédispose à une vie dont la longueur et les modalités diffèrent nettement de celle des hommes. Plus que ceux-ci, les femmes sont vouées à l'isolement, car elles survivent à leurs contemporains masculins, et encore plus à un conjoint plus âgé. Elles souffrent d'autant plus de solitude que, d'après l'étude de Barrère et collaborateurs (1982), elles accorderaient plus d'importance aux liens et aux contacts familiaux que les hommes.

Après la ménopause, la femme a plus de difficultés à séduire que l'homme, ce qui la conduit plus à la sublimation, en faisant du bénévolat, en s'occupant de leurs petits-enfants par exemple. L'homme, par contre, n'ayant pas perdu sa capacité de procréation et de séduction, peut abandonner son foyer pour partir avec une femme plus jeune et « refaire sa vie », ce qui constitue une façon de lutter contre le vieillissement et l'angoisse de mort, classiquement appelée « démon de midi ». La femme, elle, à qui cette voie est fermée, se trouve en « danger de mort » narcissique et projette ses déceptions sur son mari ; cela peut se traduire par de l'indifférence ou de la tyrannie de sa part. Et on constate que, le plus souvent, c'est le matriarcat qui triomphe dans le couple sénescant (Simeone, 1984). Dans les sociétés où la fécondité est synonyme de vie et de vitalité, la ménopause correspond aussi à la perte d'un rôle social.

Pour J. Messy (1992), le stade du miroir brisé, qui correspond à « l'anticipation dans le miroir, ou dans l'image d'un autre plus âgé, de sa propre image pour la mort », se situerait à la ménopause pour la femme car « c'est l'image d'un corps morcelé », et au décès du père pour l'homme car « prendre la place du père quand le père est mort, c'est être menacé de mort » (Potiron et al, 1998). Ce stade se traduit par une phase dépressive après laquelle le sujet se réorganise.

Le niveau d'éducation, généralement plus élevé chez les hommes que chez les femmes âgées jusqu'à présent, est une variable déterminante pour la réussite de la vieillesse. En effet, d'après P. Paillat (1991), « soutenir son intérêt pour le monde extérieur et celui des idées, c'est rester en vie dans la plénitude de ses capacités ».

Avec l'avance en âge, les hommes, souvent déçus ou lassés de devoir se conformer à un idéal viril de performance, à des attentes sociales « héroïques », souhaitent se diriger vers des activités plus centrées sur eux-mêmes. A l'inverse, les femmes peuvent se diriger vers des activités à l'extérieur de leur foyer montrant plus d'affirmation et de confiance en elles-mêmes. Cette inversion entraîne des modifications dans les représentations de la masculinité et de la féminité acquises lors des périodes de socialisation antérieures. Un nouvel équilibre se mettrait ainsi en place avec une orientation plus féminine pour les hommes qui auraient des besoins affectifs et de dépendance accrus et plus masculine pour les femmes qui auraient un besoin de contrôle et de maîtrise supérieur (Gognalons-Nicolet, 1984).

### 2.3 LES FONCTIONS DU COUPLE AGE

« Devant le spectre de la mort, le seul adversaire qui soit à la hauteur, c'est l'Eros » (Green, 1995). L'amour pallie à la vulnérabilité traumatique, évite le repli et le désintérêt. Comme A. Thomé-Renault (1994) nous l'explique, « lorsque Thanatos domine l'intrication pulsionnelle, c'est la tendance à la réduction des tensions à zéro, à la désobjectalisation, au désinvestissement, à l'indifférenciation qui l'emporte, alors que lorsque prévaut l'influence des forces d'amour, la différenciation du moi et de l'objet, la construction, l'expansion de la vie peuvent s'imposer. » La liaison d'Eros et de Thanatos au niveau d'un objet bipulsionnellement investi, à l'égard duquel le sujet peut éprouver des sentiments nuancés d'amour et de haine, est vraisemblablement le meilleur moyen de lutter contre les forces destructrices.

Pour C. Balier (1979), la vieillesse est une épreuve narcissique où l'amour que le sujet porte à sa propre image est mis à mal. Or cet amour est fondamental pour la survie du sujet. La relation de couple qui, comme nous l'avons vu plus haut, est basée en grande partie sur la réciprocité narcissique, permet de maintenir un équilibre entre tendances destructrices et narcissisme et de lutter ainsi contre la dépression avec perte de l'estime de soi.

Le couple est bien entendu le lieu d'assouvissement privilégié du désir sexuel, même avec l'avance en âge (Tordjman, 1981).

Le couple a un rôle social, de reconnaissance de l'individu en tant qu'appartenant à un couple, même si le statut social des personnes âgées est mis à mal, avec la retraite notamment.

Une des fonctions du couple est d'assurer une certaine sécurité matérielle, financière, particulièrement pour les personnes âgées qui sont souvent préoccupées par la « peur de manquer ».

Pour des couples ayant vécu de très nombreuses années de vie commune, les habitudes de vie et une attention commune pour les enfants et les petits-enfants par exemple, procurent la sécurité du prévisible.

## 2.4 FACTEURS FAVORISANT UNE CRISE CONJUGALE OU UN DYSFONCTIONNEMENT DU COUPLE

### 2.4.1 CONCEPT D'ÉVÉNEMENT DE VIE

D'après de nombreuses études réalisées ces dernières années, les événements de vie, en modifiant l'homéostasie du sujet, jouent un rôle important dans le déclenchement, la résolution ou l'entretien de perturbations du fonctionnement psychique (Gorwood, 1999).

On s'intéresse depuis longtemps aux liens entre événements de vie et santé. Freud, dans ses premiers travaux sur l'hystérie, fait appel à la notion d'événement traumatique pour comprendre la formation du symptôme de conversion. En 1913, Jaspers, dans une perspective phénoménologique, insiste sur la relation entre le sujet malade et son environnement. En 1954, Meyer reprend la notion de réaction et conçoit la maladie comme un trouble de l'adaptation. Ensuite, Wolff et collaborateurs (1950) initieront les travaux sur les événements de vie stressants, en se basant sur la théorie du stress.

Différentes approches des liens entre événements de vie et santé sont possibles, mettant l'accent différemment soit sur les effets stressants de l'environnement, soit sur les capacités d'ajustement des individus aux situations stressantes, soit sur les facteurs prédisposants de la personnalité, soit sur le modèle du traumatisme psychique dans une perspective psychodynamique (Chahraoui, 1999).

Un événement, quel qu'il soit, nécessite des aménagements adaptatifs afin de maintenir l'équilibre interne de l'individu, c'est-à-dire son intégrité, ainsi que son équilibre avec son environnement. Il existe deux modèles théoriques de comportements adaptatifs : les mécanismes de défense du Moi, issus de la théorie psychanalytique et le « coping » ou « faire-face » issu de la psychologie cognitive et correspondant à une conception des comportements adaptatifs conscients et appris.

## 2.4.2 EVENEMENTS DE VIE PERTURBANT L'EQUILIBRE DU COUPLE AGE

Le couple et sa réalisation dans l'élaboration d'une cellule familiale construit un repérage de soi et de son inscription sociale. Mais cette cellule n'est pas stable. De nombreux éléments désorganisateur vont imposer des changements pour maintenir l'équilibre ou amener à des situations de crise. Ces phénomènes critiques seront la conséquence de l'enracinement des habitudes constituées au fil des années. Les principales situations de changement dans la vie conjugale que nous avons retrouvées dans notre recherche bibliographique sont : la retraite, la maladie, la ménopause et le départ des enfants.

### 2.4.2.1 LA RETRAITE

La retraite constitue un facteur essentiel de décompensation du couple.

Pour le sujet, le vécu de la retraite est souvent douloureux, avec un sentiment de dévalorisation. Il s'agit d'une sorte de « situation-guillotine » (Clément, Léger ; 1992). Le rôle professionnel disparaît brusquement et il s'ensuit une blessure narcissique d'autant plus importante que l'investissement du sujet dans son travail était important (Tessier, Léger ; 1981). Il s'agit pour lui de faire le deuil de son rôle social.

Les critères de valeur intervenant dans le couple changent avec la nouvelle identité sociale (par exemple, la femme d'un notaire ou d'un chef d'entreprise va devenir simplement l'épouse d'un retraité socialement inutile et dévalorisé).

La retraite du mari peut même parfois inverser totalement les positions dans le couple; en effet, la femme, souvent la plus jeune des deux conjoints, poursuit parfois son activité professionnelle alors que son mari a arrêté. L'origine de la crise conjugale peut se situer dans cette redistribution des pouvoirs. Le fait d'être plus jeune, en meilleure santé, plus dynamique, donne à l'épouse une place prédominante dans la vie du couple (Camdessus et al, 1989).

La retraite est également une solitude car la rupture des liens avec le milieu professionnel et la disparition brutale des multiples activités qui occupaient la vie quotidienne et s'interposaient entre les conjoints entraînent une diminution des échanges relationnels et laisse les époux face à face. Nombre de vieux couples se déchirent car ils ne se connaissaient pas vraiment. Le travail jouait jusque là un rôle de « tampon ». La cohabitation sans les coupures imposées par le travail entraîne des tensions, surtout si le couple ne vivait déjà pas une bonne entente auparavant. La principale préoccupation de ces couples devient alors de ne plus être ensemble.

Le problème dans un couple est de trouver un équilibre entre fusion ou besoin de rapprochement et distanciation ou désir de garder sa liberté. Si le besoin de distanciation est frustré par l'impression de ne pas pouvoir avoir un domaine d'activité hors du regard de l'autre, il va y avoir crise (Attias-Donfut et al, 1989). L'espace octroyé à chaque personne est primordial. Ainsi, l'arrivée du mari à temps plein dans la maison, que la femme considérait souvent comme son territoire, surtout si elle était femme au foyer, est vécue comme une agression, l'irruption d'un intrus dans la maison. On peut alors observer plusieurs attitudes différentes: souvent, la femme chasse son mari de son territoire et il va devoir trouver des activités à l'extérieur; par exemple, il jardine, bricole dans le garage ou chez ses enfants, va à la pêche etc, et rentre le soir chez lui à l'heure où il revenait du travail. Parfois, au contraire, la femme cède la place à son mari et s'investit dans des occupations extérieures comme les clubs du 3<sup>ème</sup> âge, le bénévolat, les études, les visites à des amies etc. D'autres fois encore, la femme s'accroche à son territoire mais y accepte son époux pour l'enchaîner et l'assujétir totalement (Levet-Gautrat, 1985).

Dans certains couples, le partage des tâches ménagères va être source de discorde, l'épouse désirant par exemple plus d'aide de la part de son mari dans les travaux ménagers à partir du moment où il est à la retraite, surtout si elle est encore en activité professionnelle, alors que dans d'autres couples, l'implication de chacun dans les activités ménagères reflète un désir de contrôle, de pouvoir sur le petit « royaume » domestique.

De nombreux cas de figures peuvent s'observer en fonction du statut de retraité ou d'actif de chaque conjoint d'une part, du fait que les deux ont eu une activité professionnelle ou seulement l'un des deux d'autre part et enfin de l'ordre chronologique de mise à la retraite de l'homme et de la femme (Szinovacz, Harpster ; 1994). Une enquête de Pina et Bengtson (1995) affirme que le bien-être des femmes âgées est influencé par la répartition du travail domestique dans le couple, si bien que les femmes aidées par leurs époux dans ce domaine rapporteraient une meilleure qualité de leurs relations conjugales et seraient moins exposées à la dépression que leurs homologues assumant tout le travail ménager; cette situation ne serait pas uniquement liée au passage à la retraite, mais constituerait la continuité de ce qu'était la division des tâches ménagères dans le couple plus tôt dans le mariage.

Plusieurs tableaux cliniques peuvent se rencontrer, directement liés à la retraite. Le plus fréquemment, on assiste à une évolution dépressive, faisant suite généralement à une période d'euphorie où le retraité savoure le plaisir de ne plus aller travailler. On peut aussi observer une évolution somatique ou hypocondriaque où le sujet se désintéresse du monde extérieur au profit de son monde intérieur. On peut voir enfin, moins fréquemment et surtout chez l'homme, une évolution hypomaniaque où le sujet réagit à l'angoisse de la cessation d'activité par une hyperactivité désordonnée et incessante (Veyrat, 1993).

Même si la retraite paraît être une menace pour l'équilibre du couple âgé, par tous les remaniements qu'elle entraîne, nous devons tout de même relativiser la notion de crise dans le couple au moment de la cessation d'activité. En effet, d'après l'étude réalisée par Attias-Donfut et collaborateurs (1989), la retraite peut « servir de révélateur à des situations tendues dont l'aspect conflictuel avait pu être occulté tant que les deux membres du couple disposaient d'une plus large autonomie » mais nombreux sont les couples qui semblent en tirer profit.

#### 2.4.2.2 LA DEGRADATION PHYSIQUE OU PSYCHIQUE D'UN CONJOINT

L'intrusion de la maladie dans le couple peut être à l'origine d'un conflit majeur, pouvant s'étendre à toute la famille. Souvent, l'un des deux conjoints est l'objet d'une affection partiellement ou totalement invalidante tant sur le plan physique que psychique et le rapport narcissique à l'autre s'en trouve profondément altéré.

Si la maladie touche le membre « dominé » du couple, il y a peu ou pas de modification de la dynamique du couple; par contre, si la maladie atteint le membre « dominant », alors on assiste à une inversion des rôles dans le couple et le fonctionnement de celui-ci est totalement à réorganiser.

Dans certains cas, l'état régressif de l'un et son maternage par l'autre peuvent aboutir à des situations semblant très pathologiques de l'extérieur mais constituant un compromis vital pour les intéressés : le conflit intérieur est neutralisé par la maladie (Simeone, 1984).

La manifestation de l'autorité dans le couple et la manière dont l'argent est géré ne montrent que l'apparence de la relation de puissance. La réalité est plus subtile et le conjoint dépendant dispose d'un pouvoir caché. Chez les couples âgés, ce pouvoir prend souvent la forme d'une maladie chronique ou d'un handicap physique. Le conjoint en position de faiblesse a plus fréquemment une santé préoccupante, une déficience sensorielle ou motrice. Il récupère en soins, en attention de son partenaire, ce qui lui manque en capacité d'action ou de décision. Le porteur du symptôme accroît son pouvoir en limitant la capacité de son conjoint à s'adonner à d'autres occupations et à profiter de son temps libre.

Certains couples s'organisent progressivement uniquement autour de la maladie : les corps ne sont plus des lieux de plaisir, leur érotisation a fait place aux douleurs liées aux affections somatiques. Le corps devient un objet malade, signe du handicap attribué au vieillissement. La dynamique du couple régressera vers des comportements de plus en plus archaïques de précautions et de soins mutuels, avec attentions de l'un pour l'autre et plaintes quasi permanentes.

D'un point de vue systémique, Philippe Caillé (1991) considère que la maladie peut modifier « l'équation de base » du couple, qui consiste normalement en « un et un font trois », c'est-à-dire deux individus et leur « absolu relationnel » qui est l'idée dans laquelle les partenaires reconnaissent leur couple. La survenue de la maladie entraîne des bouleversements : le malade est handicapé par son mal et son partenaire lié par de nouvelles obligations. De façon schématique, Caillé envisage trois cas de figure :

- La maladie crée ou révèle des difficultés dans une relation de couple sans en modifier la structure. Derrière le problème de la maladie se dissimulent des difficultés plus douloureuses. La maladie peut être un des problèmes dont il est relativement plus facile de parler que le problème majeur de la relation.
- La maladie de l'un tient lieu d'« absolu du couple ». La maladie d'un des partenaires est la raison fondamentale du choix de l'autre partenaire de faire couple. Caillé énonce cette situation par la formule « un et un font un ».
- Ailleurs, le partenaire malade entretient une relation émotionnelle tellement intense avec l'affection qui l'atteint qu'il se détache affectivement du conjoint. Celui-ci est pour ainsi dire en « concurrence » avec un personnage mythique qui est la maladie. La formule proposée ici sera donc « un et un font quatre » (Caillé, 1996).

Des maladies engageant le pronostic vital, telles que les cancers, peuvent précipiter une crise conjugale, en particulier lorsque les relations conjugales étaient déjà vulnérables. Par exemple, un diagnostic de cancer peut provoquer une prise de conscience du conjoint malade quant au manque d'attachement et d'empathie dont fait preuve son partenaire à son égard (Peteet et al, 1995).

Un épisode médical, avec ou sans séquelles, peut remettre en cause l'équilibre conjugal, surtout s'il était déjà précaire, et déboucher sur le placement d'un des conjoints, le plus souvent l'homme. Tant que le problème médical persiste, il masque le conflit conjugal qui n'est alors pas exprimé. Mais une fois la pathologie médicale équilibrée, au moment où la sortie de l'hôpital et le retour à domicile sont envisagés, le conflit apparaît au premier plan, et au lieu de se manifester comme chez les couples jeunes par un divorce ou une séparation de corps, il se traduit par un placement de l'un des conjoints, sous couvert d'un discours plus ou moins médicalisé (Jacus et al, 1998).

Nous n'aborderons pas ici de façon détaillée le cas particulier des démences; il semble en effet que ce sujet comporte de trop nombreuses spécificités pour être intégré à notre travail. La survenue de la démence est un traumatisme qui se traduit par une crise chez le conjoint avec le travail de deuil nécessaire à l'adaptation à la maladie, la crise identitaire consécutive au bouleversement pulsionnel, l'interrogation du lien et la rupture de l'équilibre familial qui retentit sur le couple (Pancrazi, Simeone ; 1998). Le conjoint doit faire le deuil d'une image attirante qui suscitait le désir dans une relation d'amour et d'alliance. S'il existait des conflits conjugaux ou familiaux antérieurs à l'apparition de la démence, ils sont généralement accentués par la maladie (Simeone, 1995). Le conjoint du dément doit en outre assumer une charge physique importante car il doit aider son partenaire dans la plupart des gestes de la vie courante et le surveiller constamment, souvent au détriment de son propre sommeil. De plus, il doit très souvent faire face à l'incontinence du dément, ce qui nécessite de nombreuses interventions. D'autre part, la vie relationnelle du conjoint sain est considérablement altérée car il est totalement tributaire du dément et se retrouve isolé avec celui-ci (Tessier, Pareaud ;1984). Le conjoint du dément doit également endosser les rôles sociaux et familiaux que son partenaire assurait auparavant (Tessier, 1986).

Le cas particulier des déficiences auditives acquises, très fréquentes avec l'avance en âge, mérite d'être mentionné, avec toutes leurs conséquences sur les relations du couple : efforts, fatigue, stress, anxiété, isolement, restriction des relations sociales, image négative du handicap et difficultés dans les relations familiales (Hétu et al, 1993).

#### 2.4.2.3 LA MENOPAUSE

La ménopause apparaît comme un événement crucial dans la vie conjugale car elle intervient dans le corps de la femme et affecte le couple, qui ne pourra plus se reproduire. A partir de la ménopause de la femme, la vie sexuelle génitale tend à ralentir, voire même à s'arrêter. Ce moment correspond donc à une crise de la génitalité parce que très fréquemment fonction sexuelle et fonction de reproduction ont été associées par un tabou jeté sur la sexualité-plaisir (Gaucher et al, 1980).

A la ménopause, la femme lutte contre la fin biologique de sa vie génitale en sollicitant un regain d'amour de son partenaire. Si celui-ci la déçoit, elle peut le désinvestir pour s'intéresser à un fils à qui elle donne la place du mari dans le cadre d'une réactivation de ses fantasmes oedipiens ou à un ami plus jeune qu'elle (Ferrey, Le Gouès ;1995).

#### 2.4.2.4 EVENEMENT FAMILIAL

La perte du rôle parental est capitale pour le couple : on parle de « parents orphelins » au départ des enfants. Lorsque tous les enfants ont pris leur indépendance, le vieux couple n'a plus sa dimension éducative. Si le couple ne vivait déjà pas une entente harmonieuse dans le passé et ne s'était pas séparé à cause des enfants, cette perte de rôle peut s'avérer catastrophique. Les couples les plus menacés par le départ des enfants sont ceux dont le mariage a été suivi très rapidement d'une grossesse et qui n'ont jamais vécu seuls ensemble. Il est alors fréquent qu'une fois les enfants partis ils ne sachent plus quoi se dire (Mimoun, 1996).

Le passage du statut parental au statut grand-parental à la naissance de petits-enfants est difficile car il implique une perte, celle du statut de parents. Certains conflits peuvent naître dans le couple à ce moment-là ; en effet, certaines femmes vont essayer de revivre leur jeunesse avec la grand-maternité. Ces femmes ré-investissent toute leur vie affective dans les petits-enfants au détriment de leur époux : on assiste à une sublimation dans le rôle de grand-mère.

Les petits-enfants peuvent parfois jouer un rôle de « tampon » entre les grands-parents en conflit.

Le décès, l'éloignement, ou encore l'absence d'enfants sont encore autant d'événements pouvant déclencher la crise dans le couple. Des antécédents de fausse-couche (Stirtzinger, Robinson ;1989) ou d'avortement, avec la culpabilité et le possible ressentiment mutuel des conjoints à leur sujet, même des années après, peuvent aussi intervenir. En effet, il s'agit d'événements souvent traumatisants à un niveau individuel et au niveau du couple.

Le moindre événement concernant les enfants, même futile en apparence, peut affecter la personne âgée. En effet, sa dépression latente se neutralise dans la projection sur les enfants dont la moindre défaillance est ressentie comme une blessure narcissique (Benedikt, Guenkine ;1983).

## 2.5 LES DIFFERENTS MASQUES PSYCHIATRIQUES QUE PEUVENT PRENDRE LES DIFFICULTES CONJUGALES CHEZ LE SUJET AGE

Plusieurs études ont montré que les sujets âgés vivant à leur domicile ou en institution ont un taux supérieur de dépression s'ils sont célibataires, divorcés ou veufs. Au contraire, la situation la plus favorable serait de vivre marié à son domicile (Ferrey, Dupuy ;1997). Les sujets âgés mariés seraient moins souvent hospitalisés en psychiatrie que les autres, mais ceci ne peut pas être totalement imputé à un éventuel effet protecteur de la relation de couple sur les deux époux ; il faut ainsi prendre en compte le fait que les sujets mariés sont tout simplement moins isolés que ceux vivant seuls et certains traits de personnalité qui prédisposeraient à la fois à l'isolement et au développement d'une dépression (Eagles et al,1987). Attribuer de graves conséquences à la solitude, c'est supposer que la vie en compagnie apporte la satisfaction des besoins relationnels fondamentaux et contribue à éviter le développement d'éléments dépressifs latents. Or, l'observation clinique montre bien que la vie en couple peut être à l'origine elle-même de conflits avec un retentissement thymique indiscutable. La survenue d'événements tels qu'un divorce, une séparation ou un problème conjugal grave, d'après les études de Kendler et collaborateurs (1997), prédirait le début d'un épisode dépressif dans le mois suivant cet événement avec un odds-ratio supérieur à 10 (Nuss, 1997). La difficulté majeure est de préciser la nature du lien entre événements de la vie conjugale et dépression. En effet, le plus souvent, il s'agit d'événements précipitant la survenue d'un état dépressif qui se situe dans un contexte dépressogène multifactoriel, associant, outre l'événement, la fragilité personnelle transitoire ou permanente du sujet ainsi que les déficiences passagères ou durables du support social (Ferreri, 1997).

L'étude de Eagles et collaborateurs en 1987 a retrouvé une concordance de la morbidité psychiatrique dans les couples âgés en ce qui concerne les troubles dépressifs : lorsque l'un des conjoints présente un état dépressif, l'autre a un risque plus élevé de dépression. Ceci ne serait en fait pas spécifique du couple âgé mais également constaté chez des couples jeunes. Quatre hypothèses ont été proposées pour expliquer ce phénomène de concordance : la première suggère que la maladie de l'un est une « réaction » à la maladie de l'autre; la deuxième considère que les partenaires « se contaminent » en quelque sorte, en raison de réactions anormales que les époux ont l'un envers l'autre; la troisième est que des individus ayant des constitutions similaires ont tendance à se marier ensemble; enfin la quatrième consisterait en une identification à la maladie du partenaire. Ce travail a permis de mettre en évidence plus de réactions dépressives qu'anxieuses à la maladie du conjoint.

Une étude sur l'influence de certains événements de vie sur la survenue d'un premier épisode dépressif réalisée par Jalenques et collaborateurs en 1990 montre une différence significative concernant les événements liés à la vie conjugale, qui sont cependant plus souvent évoqués par les patients de moins de 65 ans que par ceux de plus de 65 ans.

Une difficulté conjugale peut souvent se traduire par une décompensation dépressive de l'un des époux mais, inversement, la dépression de l'un peut être très difficile à supporter pour l'autre (Ferrey et al, 1999), qui se trouve souvent dans l'incapacité à comprendre le déprimé et se sent impuissant à vaincre la dépression de son conjoint ; le résultat de cette frustration d'efficacité est parfois une agressivité qui, sous couvert d'invigorer le déprimé, le détruit, le culpabilise davantage, quand il ne le conduit pas au suicide. En pratique, on constate souvent une intrication de ces deux mécanismes, avec pour conséquence la mise en place d'un cercle vicieux et la chronicisation des troubles. Une étude prédictive réalisée sur 4 ans par Swindle et collaborateurs en 1989 montre que les conflits conjugaux, qui constituent une difficulté durable, entraînent un risque significatif d'évolution défavorable de la dépression (Ferreri, 1997).

En cas de dysfonctionnement conjugal, on peut aussi parfois observer des décompensations thymiques sur un mode maniaque ou hypomaniaque. Plus souvent, il s'agit en fait d'« attitudes maniaques » qui masquent la dépression.

La survenue d'une maladie ou d'une perte d'autonomie chez un des membres du couple âgé peut entraîner une grave modification des relations du couple. En effet, certaines épouses ont tendance à infantiliser leur mari déficitaire, ce qui peut avoir pour conséquence une régression importante du malade.

Des troubles du comportement tels que des manifestations d'agitation et/ou d'agressivité peuvent être observés. L'agitation est souvent, chez la personne âgée, l'expression d'une peur, d'une anxiété. Elle correspond à une inadéquation entre le milieu et le sujet. L'agressivité constitue un mécanisme de défense contre l'angoisse engendrée par de nombreuses frustrations (Léger et al, 1981), notamment conjugales, et peut s'exprimer sur le plan verbal et sur le plan physique, mais peut aussi être contenue et passive sous la forme de conduites d'opposition par exemple (Léger et al, 1995).

Les conflits conjugaux peuvent aboutir à la violence, qui se définit par la contrainte physique ou morale exercée sur une personne. L'identification des cas de violence est souvent difficile en raison du silence de la victime qui peut être honteuse de la situation ou bien craindre des représailles. On estime la prévalence des sévices à personnes âgées à environ 5% des personnes de plus de 65 ans et dans 40 à 50% des cas, c'est le conjoint qui en est l'auteur (Beauchemin, 1990) (Monfort, Gremion ; 1995). Il peut s'agir de sévices psychologiques (les plus fréquents), de sévices physiques, de négligence ou enfin d'abus financiers ou matériels. Ces sévices sont parfois la continuité de violences familiales anciennes mais peuvent aussi apparaître dans les cas d'alcoolisme ou de démence d'un des deux conjoints, dans les suites d'une pathologie somatique laissant subsister un état de handicap et de dépendance à l'égard du partenaire, dans le cadre d'un état maniaque en général mal toléré par l'entourage, ou d'une jalousie délirante, ou encore d'un délire de préjudice et de persécution très fréquent chez le sujet âgé (Ferrey et al, 1999).

L'accentuation, chez le retraité, de ses traits de caractère obsessionnels, masqués auparavant par son absence de chez lui et le fait que c'était surtout dans son travail qu'ils se manifestaient, avec envahissement par les rituels d'horaires ou de propreté, caractère tatillon pour les détails ménagers, vérifications incessantes, dirigisme exagéré vis-à-vis de toutes les activités du conjoint, qui, au maximum, se voit « exclu de sa cuisine », sous prétexte de lui éviter de la fatigue... Dans ces cas, c'est le plus souvent le conjoint qui décompense sur un mode dépressif (Veyrat, 1993).

La vieillesse est un terrain particulièrement favorable à l'alcoolisme car c'est une période de fragilité, de réorganisation de la personnalité, de difficultés d'adaptation notamment à l'isolement, à la maladie ou à des problèmes familiaux ou conjugaux. L'alcoolisme peut devenir une réponse à ces difficultés (Léger et al, 1987).

Statistiquement, l'activité sexuelle diminue régulièrement avec l'âge (Porto, 1985). Pourtant, l'intérêt sexuel persiste et l'âge avancé, en l'absence de trouble physique, n'empêche pas la poursuite d'une activité sexuelle. Les dysfonctions sexuelles du 3<sup>ème</sup> âge, voire l'inactivité sexuelle, seraient en fait la conséquence d'une mauvaise communication entre les deux partenaires (Simeone, 1986), de facteurs socio-culturels - notre société n'ayant jamais reconnu le caractère de normalité de la sexualité du sujet âgé - et de facteurs psychologiques comme la culpabilité et la peur de l'échec (Chartres, Tignol; 1989), (Mémin, 1999). La libido ne s'efface pas avec le vieillissement, et si elle diminue quelque peu, elle est toujours active et mobilise encore un désir en soi, une recherche de plaisir. Le plus souvent, les désirs sexuels sont l'objet d'une sublimation : la pensée s'érotise au détriment de la génitalité. Ce mécanisme fait du vieux couple un couple déssexualisé aimant philosopher sur la vie, donnant à l'entourage une image platonique de lui-même. Mais, passé le stade de la sublimation, par un phénomène de régression, les conjoints vivent côte à côte et le couple n'a de réalité actuelle que le souvenir de ce qu'il était. Lorsque l'un des partenaires, le plus souvent l'homme, n'accepte pas cette déssexualisation, il peut alors rechercher un autre partenaire, soit en voulant construire un autre couple, soit en établissant des relations extra-conjugales. Dans d'autres cas, le sujet peut orienter son désir sur des personnes ou situations extérieures à la vie de couple, avec parfois émergence de sexualité perverse comme l'exhibitionnisme, le voyeurisme, le fétichisme ou la pédophilie (Tignol et al, 1999). Le comportement sexuel peut également s'orienter vers des

activités masturbatoires, fréquemment rencontrées chez certaines personnes âgées, homme ou femme, mais dans presque tous les cas fortement culpabilisées, avec parfois des plaintes de substitution, sous forme de prurit pubien ou d'insomnie et demande de sédatifs (Veyrat, 1996). Un défaut d'harmonisation avec le partenaire ou un refus d'accepter la diminution des capacités génésiques peuvent mener le sujet âgé, le plus souvent l'homme, à des phénomènes de compensation comme des perversions sexuelles.

Le conflit conjugal chez le sujet âgé prend très souvent le masque de l'anxiété et en particulier sous la forme de somatisations; le conflit est transféré au niveau du corps (Simeone, 1986). Si l'objet d'amour vous abandonne, si la libido érotique diminue, l'énergie restante se déplace vers d'autres composantes et on peut observer une étape régressive vers la somatisation. L'organe malade aurait une fonction auto-érotique primaire en donnant une issue à l'excitation qui n'a pas été libidinalisée (Bronowska et al, 1993). Le corps, devenu souffrant, indocile, réactive l'angoisse de castration.

Des hommes en perte de puissance sexuelle semblent accepter tristement leur sort, mais si on a la curiosité de les interroger, on s'aperçoit qu'ils pensent souvent que leur femme les trompe, même si celle-ci a dépassé les 80 ans. Dans certains cas, notamment lorsqu'il y a une différence d'âge importante entre les deux conjoints, et que l'un travaille encore, alors que l'autre est déjà en retraite, on va assister, de la part de ce dernier, à l'éclosion d'un véritable délire de jalousie, le sujet n'ayant rien d'autre à faire, durant toute la journée, qu'à ruminer sur ses interprétations imaginaires.

## 2.6 LES ISSUES POSSIBLES

Les couples qui ont derrière eux 40 à 65 ans de vie commune sont confrontés à la « force de l'habitude ». L'impact d'une telle durée donne une autre dimension, une autre profondeur aux habitudes, à la tendresse, aux agacements quotidiens, aux conflits étouffés, aux rancunes et aux frustrations prêts à s'exprimer à la moindre occasion. Néanmoins, ces relations, qu'elles soient satisfaisantes ou pas, sont l'aboutissement d'un long chemin parcouru ensemble. Les réactions de chacun sont prévisibles et beaucoup préfèrent cette sécurité au risque de les modifier. Même si les partenaires souffrent et se plaignent l'un de l'autre, on les entendra souvent dire : « Nous avons toujours vécu comme cela, pourquoi changer maintenant ? »

## 2.6.1 SEPARATION

Le couple peut se séparer, ce qui signifie un accord entre les deux conjoints, à la différence de la rupture. Ce peut être le départ volontaire de l'un des conjoints vers un autre domicile privé ou une maison de retraite, ou bien le « placement » d'un conjoint par l'autre (Jacus et al, 1998) le plus souvent sous prétexte de maladie.

C'est le cas de Mme C., 68 ans, mariée depuis 46 ans, 2 enfants, qui présente un trouble bipolaire de type II depuis 8 ans, avec des hospitalisations itératives depuis la retraite de son époux. Le conflit conjugal n'est pas explicite mais Mme C. ne peut plus vivre à la maison et rechute dès qu'elle rentre chez elle. Le couple refuse une séparation, mais à l'occasion d'une fracture, Mme C. est partie en convalescence en maison de retraite et n'en est jamais sortie. Son mari lui rend visite tous les jours; le couple ne cohabite plus et Mme C. va bien.

A chaque fois que nous avons envisagé ou proposé une séparation à un couple, nous avons été confrontés à un refus, avec même assez souvent des menaces de suicide d'un des deux conjoints (Picat et al, 1999).

Dans les cas où la séparation a eu lieu contre la volonté d'un conjoint, nous avons observé à plusieurs reprises le décès rapide de celui-ci. Par exemple, Mme R., 89 ans, divorcée en 1955 et remariée depuis 44 ans, présentant un trouble dépressif récurrent sur une personnalité hystérique, est hospitalisée dans le service à la suite d'une tentative de suicide en 1997; elle exprime alors un conflit conjugal durant depuis 12 ans. En 1998, lors d'une nouvelle hospitalisation, elle exprime le souhait de se séparer de son mari et, à sa sortie du service, part vivre en maison de retraite. Son mari n'a pas supporté cette séparation, il était très anxieux, somatisait et voulait la rejoindre en maison de retraite. Il est décédé 3 mois plus tard d'un hémopéritoine par rupture d'une dysplasie artérielle digestive. Mme R. ne nécessite pas de suivi psychiatrique depuis son départ en maison de retraite.

Un cas similaire est celui de Mme Ch., 74 ans, mariée depuis l'âge de 20 ans. Elle vit avec son époux qui a de lourds antécédents cardio-vasculaires (infarctus du myocarde, pontage coronarien, artérite...) et devient de plus en plus dépendant d'elle, exigeant et tyrannique. Ils ont une fille unique. En Juillet 99, Mme Ch. est hospitalisée pour une décompensation maniaque. Elle explique qu'elle ne peut plus supporter son mari, sans toutefois demander la séparation. Dans le même temps, son mari est lui aussi hospitalisé en psychiatrie, pour dépression. Leur fille prend alors la décision de placer M. Ch. en foyer-logement. Une fois rentrée chez elle, en Septembre 99, Mme Ch. rend visite à son mari deux fois par semaine et ne rechute pas. En Décembre 99, M. Ch. fait une tentative de suicide, présente un syndrome de glissement et décède.

## 2.6.2 COUPLE DE LONGUE DUREE

La deuxième solution est celle du « couple de longue durée » : il peut alors continuer dans le conflit, ou bien réduire sa communication en évitant les sujets de discorde; chacun réduit son attente qu'il a de l'autre et du couple et va, par exemple, s'aménager des satisfactions en dehors du couple. L'étude de Cartensen et coll. (1995) sur les émotions dans les mariages de longue durée montre que les sujets âgés qui ne sont pas heureux dans leur couple s'engagent moins facilement que les autres dans des conversations pouvant être source de dispute avec leurs conjoints, ce qui suggère qu'ils ont acquis une sorte de contrôle, de défense contre l'émergence d'émotions négatives telles que la peur, le dégoût, la tristesse, la tension, l'agressivité, etc.

Les sujets âgés qui poursuivent une relation conjugale conflictuelle, source de tensions, de stress, s'exposent à des conséquences physiologiques pouvant être de plus en plus graves avec le vieillissement. En effet, des altérations de la réponse immunitaire et des désordres endocrinologiques, avec notamment élévation des taux sanguins de cortisol, d'ACTH (hormone adénocorticotropique) et de norépinéphrine, ont été observées lors de phases conflictuelles dans le couple (Kiecolt-Glaser et al, 1997). Les modifications immunitaires peuvent avoir pour conséquence, par exemple, un risque plus élevé de maladies infectieuses.

Certains couples, enfin, vont être capables d'utiliser la crise pour reconstruire de nouveaux liens et évoluer vers une meilleure entente. Dans ces cas-là, une thérapie de couple peut s'avérer utile (Lemaire-Arnaud, 1979).

### 2.6.3 DIVORCE

Enfin, la dernière possibilité est le divorce, c'est-à-dire la rupture officielle, très rare chez les couples âgés de plus de 65 ans. En effet, le nombre de divorces après 65 ans représentait seulement 4.3% du nombre total de divorces en France en 1998 (Annuaire statistique de la justice, 2000) contre 2.5% en 1996 (annuaire statistique de la justice, 1998).

**Tableau I : nombre de divorces en 1998**

Durée du mariage au moment du jugement de divorce*	1998
Inférieure à 5 ans	19547
5-9 ans	26413
10-14 ans	18864
15-19 ans	17160
20-24 ans	14592
25-29 ans	9132
30-34 ans	4079
35-39 ans	1703
Supérieure à 40 ans	948

\*Données INSEE (Annuaire statistique de la justice 2000)

Pour les plus de 65 ans, divorcer correspond à l'abandon d'un statut culturellement valorisé pour un autre généralement dévalorisé ou peu défini socialement. Autrefois, on ne divorçait pas car cela n'était pas « convenable ».

Le divorce après 65 ans est d'autant plus traumatisant qu'il s'agit d'une transition imprévue, à laquelle le sujet ne s'était pas préparé par une réorganisation de son implication dans ses différents rôles. Il n'a pas pu l'anticiper grâce à la formation de nouvelles relations sociales par exemple. Un rôle perdu involontairement met l'individu dans une situation où « ses anciennes structures ont été détruites sans qu'il ait de plans ou de perspectives lui permettant de reconstruire son image de lui-même » (Blau, 1973, cité par Hagestad et Smyer, 1987).

De plus, les individus qui divorcent après 65 ans se trouvent isolés car, s'agissant d'un phénomène encore peu fréquent, ils ne peuvent bénéficier du soutien et de la compréhension de pairs ayant vécu la même situation (Hagestad, Smyer ;1987).

### **3 ETUDE**

#### **3.1 OBJECTIFS ET HYPOTHESES**

A partir de la pratique clinique et de la constatation que certains sujets âgés étaient hospitalisés de façon répétée en milieu psychiatrique et que leur état s'améliorait rapidement lors des hospitalisations et se détériorait dès leur retour à domicile, notre attention s'est portée sur une éventuelle influence du milieu de vie sur les symptômes de ces patients, et notamment de l'entourage le plus proche, en particulier le conjoint (Picat et al, 1999). Nos investigations sur un nombre réduit de cas cliniques nous ont ensuite amené à émettre l'hypothèse de l'influence de certains événements de vie traumatisants et de certains traits de personnalité sur la survenue de difficultés conjugales.

Cette étude a donc pour but de vérifier si certains types de personnalité ou certains événements de vie peuvent prédisposer à la survenue de difficultés conjugales chez le sujet âgé.

L'objectif de notre travail est de montrer que des couples présentant un dysfonctionnement ont plus été victimes de traumatismes que des couples témoins, notamment en ce qui concerne leur vie conjugale, leurs enfants et leur vie professionnelle. Notre but est de vérifier si certains facteurs de vulnérabilité liés à l'histoire et à la personnalité des sujets s'avèrent significativement plus fréquents chez des sujets présentant une souffrance conjugale que chez des sujets témoins.

## 3.2 MATERIEL ET METHODE

### 3.2.1 MATERIEL

#### 3.2.1.1 POPULATION ETUDIEE

Dans cette étude, une population déterminée est étudiée par une méthode épidémiologique.

Deux groupes ont été étudiés. Le premier groupe est constitué de 30 couples présentant des difficultés conjugales; le second groupe comprend 27 couples témoins exempts de problèmes conjugaux. Au total, 57 couples, soit 114 sujets ont été étudiés. Tous ces couples étaient mariés ou bien vivaient maritalement, à domicile. Ils ont été recrutés lors d'hospitalisations en service de psychiatrie au centre hospitalier Esquirol à Limoges ou en clinique psychiatrique, et lors de consultations.

Les couples du premier groupe ont été sélectionnés en fonction des caractéristiques suivantes : il s'agissait de couples dont l'un des deux membres était un patient hospitalisé en service de psychiatrie ou suivi en consultation psychiatrique. Ce patient devait être âgé de 65 ans ou plus. Il existait une problématique conjugale pouvant être exprimée d'emblée par l'un ou les deux membre(s) du couple ou bien se manifester de façon évidente au cours de la prise en charge du patient. Dans ce dernier cas, le diagnostic de pathologie de la relation conjugale a été porté de façon subjective, puisqu'il a pris en compte l'observation des comportements réciproques des conjoints et l'appréciation des soignants ; bien souvent, d'ailleurs, il a fallu du temps et plusieurs hospitalisations pour qu'un problème conjugal soit suspecté. Les difficultés conjugales n'étaient pas toujours reconnues par le couple.

Le second groupe était constitué de couples ne présentant pas de problèmes conjugaux. Ici encore, cette affirmation est assez subjective puisqu'elle est le résultat, d'une part d'un entretien précis avec les deux conjoints séparément, et d'autre part de l'observation clinique du couple et des renseignements fournis par son entourage. Le sujet malade du couple devait être âgé de 65 ans ou plus, avoir été hospitalisé en psychiatrie ou bien être suivi en consultation psychiatrique.

Aucun sujet dément avéré n'a été inclus dans cette recherche.

Dans les deux groupes, il n'a pas été fixé de limite d'âge minimale pour les conjoints des patients.

Cet échantillon permet de comparer certaines variables, d'une part entre le groupe des couples présentant un dysfonctionnement conjugal et le groupe des couples n'en présentant pas, d'autre part entre la population des patients et la population des conjoints appartenant aux deux groupes.

Par convention, il a été décidé de nommer le premier groupe, «groupe conjugopathie » et le second groupe, « groupe témoin ».

### 3.2.1.2 OUTILS

Les outils utilisés pour cette étude sont des questionnaires, c'est-à-dire des épreuves comprenant un certain nombre de propositions ou de questions pour lesquelles il est demandé au sujet de répondre par oui/non, par vrai/faux ou encore par « je ne sais pas ». Le VKP est un auto-questionnaire permettant une auto-évaluation par le sujet, alors que le questionnaire EVVIE est un hétéro-questionnaire nécessitant l'intervention d'un cotateur.

### 3.2.1.2.1 UN AUTO-QUESTIONNAIRE D'EVALUATION DES TRAITS DE PERSONNALITE

Le VKP ou Vragenlijst Klinische Persoonlijkheid (Duijsens et al, 1996) correspond à la traduction néerlandaise par Ouwersloot (1990) de l'IPDE (International Personality Disorder Examination). L'IPDE est un questionnaire de traits de personnalité élaboré à la demande de l'organisation mondiale de la santé (OMS) à partir de la PDE (Personality Disorder Examination) de Loranger (1988). La traduction française du VKP a été réalisée en 1991 (Pull et Wittchen, 1991). Cet outil d'évaluation de traits de personnalité élaboré à partir des critères du DSM III-R a été validé en français par Camus et collaborateurs (1997).

Il s'agit d'un auto-questionnaire de 128 items (voir document n°1 en annexe), évaluant les traits de personnalité, visant donc à décrire l'état habituel du sujet. Au début de l'entretien, il est donné au patient l'information suivante : « le propos de ce questionnaire est de déterminer quelle sorte de personne vous êtes. Le but est de mettre en évidence les traits de personnalité qui vous caractérisent tout au long de votre vie, et non pas seulement ces dernières années. » Les personnes répondent aux questions par « oui » ou par « non » et en cas d'hésitation par un « point d'interrogation ». Le score attribué à chaque item est de 0 (réponse négative), 1 (ne sait pas) ou 2 (réponse positive) points. Lorsqu'un item est non applicable à la personne interrogée, il est coté « NA ». Quand la personne refuse de répondre à une question, l'item est coté « ? », c'est-à-dire 1 point.

A chaque critère d'une personnalité du DSM III-R correspondent une ou plusieurs questions. Un score dimensionnel peut être établi pour chaque type de personnalité, grâce à une grille de cotation. Le nombre de critères cotés « 2 » désigne l'existence d'un diagnostic définitif, probable ou négatif pour chaque trouble de la personnalité du DSM III-R.

Les troubles de la personnalité isolés sont : paranoïaque, schizoïde, schizotypique, antisocial, borderline, histrionique, narcissique, évitant, dépendant, obsessionnel-compulsif, passif-agressif, sadique, conduite d'échec et non spécifiés.

#### 3.2.1.2.2 UN HETERO-QUESTIONNAIRE SUR LES EVENEMENTS DE VIE

Ce travail a nécessité la mise au point d'un instrument d'évaluation des événements de vie adapté à notre recherche en reprenant de façon exhaustive les instruments existants et en sélectionnant les éléments qui nous sont apparus les mieux adaptés. Ce questionnaire est élaboré en nous inspirant d'instruments référencés (The Social Readjustment Scale de Holmes et Rahe, 1967; Le questionnaire d'événements de vie d'Amiel-Lebigre, 1984; La Life Events and Difficulties Schedule de Brown et Harris, 1973; Le questionnaire EVE de Ferreri et al, 1985) (Guelfi, 1993),(Chahraoui, 1999). Cet outil, que nous avons nommé EVVIE (événement de vie) doit permettre au travers d'éléments biographiques de rechercher des événements survenus au cours de la vie et vécus de façon traumatisante, il est en cours de validation (voir document n°2 en annexe).

Le questionnaire Evénement de Vie doit répondre à plusieurs critères :

- facilité d'utilisation et de compréhension pour le sujet âgé ;
- nécessité d'un temps de passation le moins long possible ;
- repérer chronologiquement la totalité de la biographie, de l'enfance jusqu'au jour de l'entretien ;
- examiner les événements ressentis par le sujet comme traumatisants et apprécier leur valeur traumatique pour l'individu ;
- permettre une approche globale de l'individu ;

- associer une approche quantitative et qualitative des événements de vie.

Ce questionnaire comprend 64 items avec un item supplémentaire permettant de relever des événements absents de la liste, formulé de la façon suivante : « Avant de débiter ce questionnaire, pouvez-vous citer d'ores et déjà un (ou plusieurs) événement(s) qui a (ont) eu pour vous un retentissement déterminant sur le cours de votre existence ? ».

Pour chaque question, l'enquêteur interroge le sujet de la façon la plus standardisée possible sur la présence ou non dans la vie du sujet de l'événement correspondant. Dans un premier temps, les réponses se font par « oui » ou par « non », de façon dichotomique. En cas de réponse négative, l'item est coté zéro. En cas de réponse positive, l'évaluateur fait préciser la nature exacte de l'événement (si la question comporte des sous-items), sa date de survenue, et lui demande d'évaluer le retentissement affectif de celui-ci par une pondération allant de un à trois. Cette pondération permet de considérer l'événement par la façon dont il est vécu par le sujet plutôt que de considérer l'événement lui-même.

Les réponses aux questions doivent tenir compte de la situation actuelle du sujet mais aussi de son passé. Par exemple, lorsqu'un sujet répond positivement à l'item « mésentente conjugale » (voir document n°2 en annexe), cela ne signifie pas forcément une situation de mésentente conjugale actuelle, mais plutôt qu'à un moment donné de sa vie de couple le sujet y a été confronté, cet événement pouvant tout à fait avoir disparu depuis.

### 3.2.2 METHODE

#### 3.2.2.1 RECUEIL DES DONNEES

Le recueil des données s'est effectué de Janvier à Juillet 2000, après prise de rendez-vous, dans les structures d'hospitalisation et de consultation ou bien au domicile des patients et de leurs conjoints.

Les entretiens se sont déroulés selon les règles éthiques et déontologiques. Le but de l'étude a été expliqué aux patients et à leurs conjoints. Le caractère anonyme et confidentiel de l'étude, ainsi que la possibilité de refuser d'y participer ont été clairement spécifiés. Nous avons essayé de perturber le moins possible les patients et leurs familles, d'autant plus que le temps de passation des questionnaires nécessite environ 2 heures par personne.

L'ensemble des données concernant les patients et leurs conjoints, notamment certaines données sociales et médicales, a été consigné dans une fiche récapitulative de renseignement.

Tous les sujets participant à l'étude ont été vus au moins une fois en entretien individuel, pour permettre une meilleure fiabilité des réponses et éviter l'influence des conjoints l'un sur l'autre. Ceci semble indispensable pour l'étude de couples en conflit qui seront souvent en désaccord. En cas de violence conjugale par exemple, la victime de violence ne le dira pas en présence de son conjoint, par crainte. De même, certaines personnes se laisseraient influencer dans leurs réponses par un conjoint « dominant » qui répondrait quasiment à leur place.

Les données recueillies sont donc individuelles, c'est-à-dire qu'elles concernent chaque membre du couple séparément : pour chaque couple et pour chaque question, on a recueilli la réponse du malade et celle de son conjoint.

Ils ont passé les deux questionnaires, avec les indications et l'aide d'un cotateur, en dehors de toute situation de crise. En effet, ces questionnaires font se remémorer au sujet des événements douloureux de sa vie, parfois enfouis, et auparavant il faut absolument s'assurer que le sujet est en état de participer à une telle investigation psychologique. En ce qui concerne le VKP, notre population étant âgée, il a souvent fallu le faire passer en hétéro-questionnaire plutôt qu'en auto-questionnaire.

### 3.2.2.2 ANALYSE STATISTIQUE

Le test t, le test U de Mann-Whitney, le test exact de Fisher et le test du chi 2 ont été utilisés pour les comparaisons.

Le test t est un test paramétrique qui compare des moyennes de variables quantitatives.

Le test U de Mann-Whitney est un test non paramétrique qui compare des moyennes de variables quantitatives.

Le test du chi 2 vise à déterminer si deux variables qualitatives catégorielles observées sont indépendantes ou non. Il se base sur une table de contingence.

Le test exact de Fisher est un test utilisable lorsque le chi 2 n'est pas valable pour comparer des pourcentages.

Les résultats de ces tests ont été considérés comme statistiquement significatifs pour un  $p < 0.05$ , soit une probabilité d'erreur inférieure à 5%.

Une analyse multivariée par régression logistique a été effectuée. Elle inclut l'ensemble des variables dont le degré de significativité (p) était inférieur à 0,25. Une analyse pas-à-pas descendante a ensuite été effectuée et a retenu dans le modèle final les variables significatives au niveau 0,05. Cette analyse permet de savoir si les différentes variables significatives sont indépendantes les unes des autres et d'estimer un odds ratio (ou rapport des cotes) pour chaque facteur indépendant. Cet odds ratio représente le risque associé à la variable étudiée. S'il est supérieur à 1, il s'agit d'un facteur de risque ; s'il est inférieur à 1, c'est un facteur protecteur; s'il est égal à 1, c'est un facteur non associé à la variable étudiée. L'odds ratio s'accompagne d'une mesure de précision (intervalle de confiance).

### 3.3 RESULTATS

#### 3.3.1 CARACTERISTIQUES DESCRIPTIVES DE L'ECHANTILLON

Par commodité et pour une meilleure compréhension des tableaux, le groupe des couples présentant des difficultés conjugales sera nommé « conjugopathie ».

**Tableau II : comparaison des moyennes d'âge, du nombre d'hospitalisations, de la durée du mariage et des troubles psychiatriques entre le groupe « conjugopathie » et le groupe témoin**

	CONJUGOPATHIES	TEMOINS	TEST t
AGE*	70,8±5,0 (59-81)	72,6±5,8 (54-86)	p=.09 NS
DUREE DU MARIAGE*	45,4±9,5 (18-61)	48,4±8,2 (17-63)	p=.07 NS
DUREE DES TROUBLES PSYCHIATRIQUES*	24,3±15,6 (1-47)	18,3±12,3 (1-41)	p=.11 NS
NOMBRE D'HOSPITALISATIONS	4,8±4,3 (0-17)	2,2±2,0 (0-6)	<b>p=.006</b>

\*en années

Avec le test t, il n'existe pas de différence significative entre le groupe des « conjugopathies » et le groupe témoin en ce qui concerne l'âge, la durée du mariage (ou de l'union libre) et la durée d'évolution des troubles psychiatriques ; par contre, le nombre d'hospitalisations en psychiatrie est significativement plus élevé dans le groupe des couples en difficulté conjugale. Quant à la durée du mariage, même si elle ne constitue pas une variable significative entre les deux groupes aux vues du test t, avec un p à la limite de la significativité à 0.07, il apparaît qu'elle est significativement plus longue pour les couples témoins que pour les autres lorsqu'on considère le test U de Mann-Whitney (p=.004).

**Tableau III : Pathologies psychiatriques observées chez les patients des deux groupes**

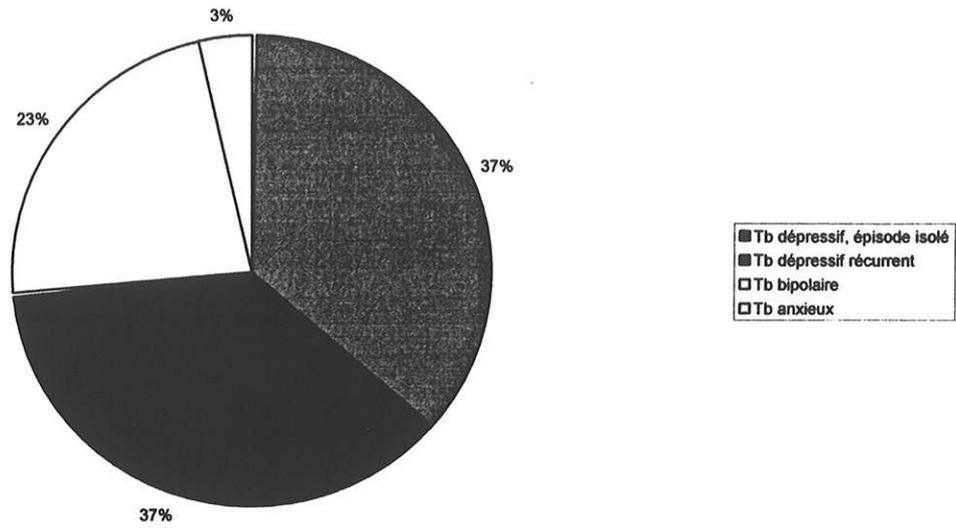
Les diagnostics exposés dans le tableau ci-dessous ont été établis en fonction du DSM III-R.

	Total	Témoins	Conjugopathies
Tb dépressif majeur isolé, intensité moyenne	7	1	6
Tb dépressif majeur isolé, intensité sévère	15	10	5
Tb dépressif majeur récurrent, intensité moyenne	5	0	5
Tb dépressif majeur récurrent, intensité sévère	8	7	1
Tb dépressif majeur récurrent sévère avec éléments psychotiques	1	0	1
Dysthymie	5	1	4
Tb bipolaire I, accès le plus récent hypomaniaque	1	0	1
Tb bipolaire I, accès le plus récent maniaque	1	1	0
Tb bipolaire I, accès le plus récent dépressif	5	0	5
Tb bipolaire II	5	4	1
Cyclothymie	2	2	0
Tb anxieux non spécifié	1	1	0
Anxiété généralisée	1	0	1
<b>Total</b>	<b>57</b>	<b>27</b>	<b>30</b>

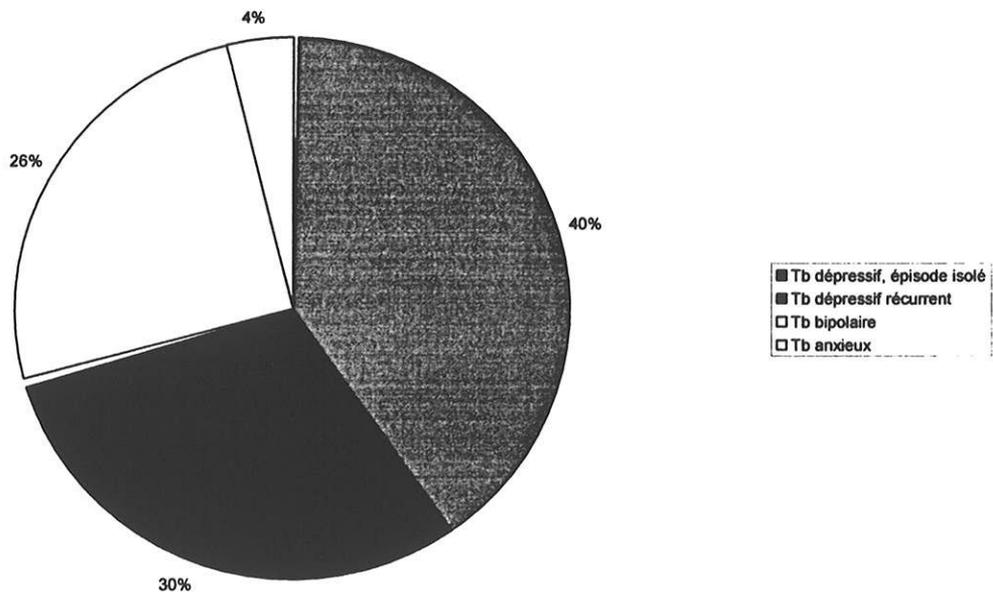
La comparaison des malades des deux groupes ne montre pas de différence significative quant aux diagnostics répertoriés dans le tableau ci-dessus. Lorsque ces diagnostics sont regroupés en classes plus générales, c'est-à-dire « troubles dépressifs, épisode isolé », « troubles dépressifs récurrents », « troubles bipolaires » et « troubles anxieux », comme dans les graphiques ci-dessous, il n'apparaît pas non plus de différence significative entre les deux groupes.

Sous « troubles dépressifs récurrents » sont regroupés les patients présentant des troubles dépressifs récurrents d'intensité moyenne et sévère ou des dysthymies ; sous « troubles bipolaires » sont regroupés les patients présentant des troubles bipolaires I et II ou des cyclothymies ; « troubles anxieux » comprend « trouble anxieux non spécifié » et « anxiété généralisée ».

### Malades témoins



### Malades du groupe "conjugopathie"



**Figure 2 : pathologies présentées par les malades des deux groupes**

Parmi les 54 sujets témoins, aucun n'exprime de conflit avec son conjoint ou n'envisage de s'en séparer. Par contre, 56,6% (34 sur 60) des sujets appartenant aux couples à difficultés conjugales (20 malades et 14 conjoints sains) se disent en conflit avec leur conjoint et 3 (2 malades et 1 conjoint sain) désirent s'en séparer ; pour 26 de ces individus, soit 43,3%, le conflit conjugal n'est cependant pas reconnu.

**Tableau IV : répartition des sujets par classe professionnelle**

	TEMOINS	CONJUGOPATHIES	TOTAL
SANS PROFESSION	7	9	16
AGRICULTEUR	7	2	9
OUVRIER/EMPLOYE	25	39	64
ARTISAN OU COMMERCANT	9	3	12
CADRE OU PATRON	3	6	9
ENSEIGNANT	3	1	4
TOTAL	54	60	114

Il n'apparaît pas de différence significative entre les deux groupes quant à la classe professionnelle, ni même en ce qui concerne l'activité ou l'inactivité professionnelle.

Pour le suivi des patients et de leurs conjoints, le test chi 2 n'a pas permis de mettre en évidence de proportion significativement plus élevée dans le groupe « conjugopathie » que dans le groupe « témoin » en ce qui concerne :

- le suivi par un médecin généraliste
- le suivi par un psychiatre
- le suivi en hôpital de jour psychiatrique ou gériatrique
- le traitement médicamenteux (psychotropes)
- le traitement par électroconvulsivothérapie d'entretien
- le suivi de secteur
- les aides à domicile

L'étude de la « charge totale de suivi ambulatoire », c'est-à-dire de la palette de soins nécessaire aux sujets ne révèle pas de différence significative entre le groupe « conjugopathie » et le groupe témoin, que ce soit de façon globale, malades et conjoints réunis ( $2,2 \pm 1,5$  contre  $2,0 \pm 1,4$  ;  $p=.5$ ), ou de façon éclatée en comparant les malades des deux groupes entre eux ( $3,4 \pm 0,9$  contre  $3,1 \pm 0,9$  ;  $p=.3$ ) et les conjoints des deux groupes entre eux ( $1,0 \pm 1,0$  contre  $0,9 \pm 0,7$  ;  $p=.6$ ).

### 3.3.2 RESULTATS AUX QUESTIONNAIRES

#### 3.3.2.1 RESULTATS AU QUESTIONNAIRE EVVIE

Le score cumulé d'événements de vie s'est avéré significativement plus élevé chez les sujets du groupe « conjugopathie » que chez les sujets témoins (respectivement  $31,1 \pm 11,1$  et  $22,2 \pm 11,4$  ;  $p<.0001$ ). Il existe une différence significative entre les conjoints des couples à problèmes et ceux des couples témoins (respectivement  $29,7 \pm 11,3$  et  $18,8 \pm 11,6$  ;  $p=.0007$ ), ainsi qu'entre les malades des deux groupes de couples (respectivement  $32,4 \pm 11,0$  et  $25,6 \pm 10,2$  ;  $p=.02$ ).

Ce score est également significativement plus élevé chez les malades que chez leurs conjoints (respectivement  $29,2 \pm 11,1$  et  $24,5 \pm 12,6$  ;  $p=.04$ ), dans les deux groupes. Si le score global EVVIE reste significativement plus élevé chez les malades que chez leurs conjoints dans le groupe des témoins (respectivement  $25,6 \pm 10,2$  et  $18,8 \pm 11,6$  ;  $p=.03$ ), ce n'est pas le cas dans le groupe « conjugopathie » ( $32,4 \pm 11,0$  contre  $29,7 \pm 11,3$  ;  $p=.35$ ).

**Tableau V : événements de vie et vie conjugale**

	CONJUGOPATHIES	TEMOINS	TEST-T (p=)
Circonstances de mariage inhabituelles	0,27±0,7	0,15±0,4	.24 NS
Difficultés sexuelles	0,57±1,0	0,04±0,2	<.0001
Relations extraconjugales	0,62±1,0	0	<.0001
Mésentente conjugale	1,57±1,2	0,15±0,5	<.0001
Violence conjugale physique ou morale	0,65±1,0	0,04±0,2	<.0001
Séparation imposée par les circonstances	0,38±0,9	0,20±0,5	.20 NS
Séparation ou divorce voulu	0,48±1,0	0	.0005
Maladie grave du conjoint	1,23±1,3	0,85±1,1	.1 NS
Accident grave du conjoint	0,42±0,9	0,22±0,7	.21 NS

Quelques précisions concernant les items du tableau V peuvent être apportées ; l'item « séparation ou divorce voulu » signifie que le sujet a été séparé à un moment donné ou bien a divorcé par volonté de l'un des deux conjoints, à l'inverse de l'item « séparation imposée par les circonstances ». Quant à l'item « circonstances de mariage inhabituelles », la raison « inhabituelle » de se marier la plus fréquemment invoquée a été un début de grossesse. L'item « mésentente conjugale » désigne une période de mésentente dans le couple ressentie par le sujet, soit actuellement, soit dans le passé ; un sujet peut donc tout à fait répondre positivement à cette question sans pour autant avoir des difficultés conjugales actuellement.

Comme le montre le tableau V ci-dessus, la violence conjugale physique ou morale est significativement plus fréquente en cas de difficultés conjugales ; il est à noter également que cette violence est plus souvent exprimée chez les malades que chez leurs conjoints (respectivement 0,5±1,0 et 0,3±0,6 ; p=.05) et ce de façon encore plus probante dans le groupe « conjugopathie » (0,9±1,2 contre 0,4±0,8 ; p=.03).

**Tableau VI : événements de vie concernant les enfants**

	CONJUGOPATHIES	TEMOINS	TEST-T (p=)
Problèmes liés à la grossesse et à la fertilité	1,22±1,1	0,52±0,8	.0002
Maladie grave d'un enfant	0,60±1,1	0,35±0,8	.18 NS
Accident grave d'un enfant	0,37±0,9	0,30±0,8	.66 NS
Décès d'un enfant	0,45±1,1	0,72±1,3	.22 NS
Problèmes avec un enfant mineur	0,18±0,7	0,11±0,5	.50 NS
Problèmes avec un enfant majeur	1,03±1,2	1,04±1,1	.99 NS
Problèmes liés au départ ou au mariage d'un enfant	0,87±0,9	0,76±0,9	.53 NS

Dans l'item « problèmes liés à la grossesse et à la fertilité », sont inclus : stérilité, grossesse(s) non désirée(s) par le patient ou son conjoint, fausses-couches, avortements, naissance d'enfants prématurés, mortalité périnatale, survenue de maladie en cours de grossesse, problèmes à l'accouchement et autres.

Dans « problèmes avec un enfant mineur », sont compris : échec scolaire, délinquance, toxicomanie, peine de prison et autres. « Problèmes avec un enfant majeur » inclut : chômage, mésentente, divorce et autres.

Le retentissement affectif lié au départ de la maison d'un enfant ou au mariage d'un enfant semble plus important chez les malades que chez leurs conjoints, couples avec ou sans problèmes conjugaux confondus (respectivement 1,1±1,0 et 0,6±0,7 ; p=.002).

**Tableau VII : événements de vie et vie professionnelle**

	CONJUGOPATHIES	TEMOINS	TEST-T (p=)
Difficultés à la retraite (autres que conjugales)	0,32±0,8	0,20±0,6	.40 NS
Difficultés conjugales liées à la retraite	0,83±1,1	0,13±0,4	<.0001
Difficultés en rapport avec l'activité professionnelle du conjoint	0,23±0,7	0,11±0,6	.33 NS

Par « difficultés à la retraite autres que conjugales », on entend les difficultés rencontrées par l'individu lors de son passage à la retraite, qu'il s'agisse d'une retraite imposée ou non, sans prendre en compte son retentissement au niveau conjugal. Ce dernier est exploré de façon individuelle dans l'item « difficultés conjugales liées à la retraite » et correspond aux conséquences du rapprochement des deux conjoints par la retraite et l'augmentation du temps libre, aux modifications des relations du couple, de la répartition des rôles, des activités communes lors du passage à la retraite, ressenties comme une détérioration des relations conjugales, comme négatives pour le couple. Par exemple, l'un des conjoints, qui espérait pouvoir passer plus de temps avec son époux à la retraite, peut être déçu de voir celui-ci le délaisser au profit d'activités extérieures, ce qui peut être source de conflit conjugal.

A partir des événements de vie précédemment exposés, une analyse par régression logistique a permis d'isoler quatre items pouvant être considérés comme des facteurs de risque de difficultés conjugales chez le sujet âgé : mésentente conjugale, violence conjugale physique ou morale, maladie grave du conjoint, problème lié à la grossesse et à la fertilité. Le décès d'un enfant apparaîtrait, aux vues de ces tests, comme plutôt protecteur de problèmes conjugaux.

**Tableau VIII : facteurs de risque de difficultés conjugales du sujet âgé**

	VALEUR DE P	ODDS RATIO	INTERVALLE DE CONFIANCE
MESSENTENTE CONJUGALE	<.0001	12,9	3,8-43,7
VIOLENCE CONJUGALE	.03	8,8	1,3-61,1
MALADIE DU CONJOINT	.02	3,8	1,3-11,3
PROBLEME DE GROSSESSE	.009	4,3	1,4-13,0
DECES D'UN ENFANT	.04	0,2	0,1-0,9

Donc, par exemple, un sujet âgé qui déclarera avoir vécu une situation de violence conjugale aura 8,8 fois plus de risques d'avoir des difficultés conjugales que la population âgée générale.

### 3.3.2.2 RESULTATS AU VKP

Le score global au VKP est significativement plus élevé chez les malades que chez leurs conjoints (respectivement  $23,0 \pm 12,0$  et  $16,1 \pm 7,9$  ;  $p=.0004$ ), couples avec et sans problèmes conjugaux confondus. Dans les couples en difficulté, les malades ont un score global au VKP significativement supérieur à celui de leurs conjoints (respectivement  $24,5 \pm 11,3$  et  $16,4 \pm 7,6$  ;  $p=.002$ ), ce qui n'est pas le cas dans les couples témoins ( $21,4 \pm 12,8$  et  $15,6 \pm 8,4$  ;  $p=.06$ ).

Le test t ne met pas en évidence de différence significative entre les scores globaux au VKP des groupes « conjugopathie » et « témoin » (respectivement  $20,5 \pm 10,4$  et  $18,5 \pm 11,1$  ;  $p=.33$ ), ni entre malades du groupe « conjugopathie » et malades témoins (respectivement  $24,5 \pm 11,3$  et  $21,4 \pm 12,8$  ;  $p=.33$ ), ni entre conjoints du groupe « conjugopathie » et conjoints témoins (respectivement  $16,4 \pm 7,6$  et  $15,6 \pm 8,4$  ;  $p=.7$ ).

Le test chi 2 comparant les proportions des différents types de personnalité entre le groupe des sujets ayant des difficultés conjugales et le groupe témoin ne retrouve pas de résultat significatif pour les personnalités paranoïaque, borderline, schizoïde, schizotypique, évitante, dépendante, histrionique, obsesso-compulsive, passive-agressive, sadique, antisociale, narcissique et à conduites d'échec. Par contre, il existe une plus forte proportion de troubles de la personnalité non spécifiés dans le premier groupe que dans le groupe témoin ( $\chi^2=10,7$  ;  $p=.001$ ). Aucune différence significative n'est observée en ce qui concerne ces traits de personnalité entre les malades et les conjoints des deux groupes réunis.

### 3.4 DISCUSSION

#### 3.4.1 A PROPOS DE LA METHODOLOGIE

Les données recueillies sont individuelles, c'est-à-dire qu'elles concernent chaque membre du couple séparément : pour chaque couple et pour chaque question, on a recueilli la réponse du malade et celle de son conjoint, au lieu de recueillir une seule réponse par couple comme cela est souvent le cas dans les études sur les couples. Les données des maris et celles des épouses ayant été collectées séparément, elles sont méthodologiquement indépendantes des perceptions du partenaire. Cette méthode permet de tenir compte du ressenti affectif de chacun des membres du couple à la survenue d'un événement de vie particulier. De plus, il nous aurait semblé incohérent de devoir n'utiliser pour les calculs statistiques que les réponses concordantes entre les deux conjoints, s'agissant justement d'une étude sur les conflits conjugaux, donc sur les divergences. D'ailleurs, les pourcentages de réponses concordantes, assez variables d'un item à l'autre (voir tableau IX), s'avèrent en moyenne plus élevés dans le groupe des couples témoins. Ceci irait dans le sens d'une meilleure entente, d'un ressenti affectif commun et de moins de sujets de désaccord dans

ces couples-là, ce qui semble tout à fait cohérent. Par contre, il est possible que la puissance des tests, c'est-à-dire leur significativité, ait été augmentée artificiellement dans les cas de fort pourcentage de concordance, en particulier dans le groupe témoin puisqu'il s'agit du groupe présentant en moyenne le plus fort degré de concordance des réponses, c'est-à-dire la meilleure reproductibilité.

**Tableau IX: reproductibilité, pourcentages de réponses concordantes entre conjoints par item**

	<b>GROUPE CONJUGOPATHIE (%)</b>	<b>GROUPE TEMOIN (%)</b>
<b>Mariage inhabituel</b>	90	85,2
<b>Difficultés sexuelles</b>	<u>53,3</u>	<u>92,6</u>
<b>Relations extraconjugales</b>	80	100
<b>Mésentente conjugale</b>	60	77,8
<b>Violence conjugale</b>	<u>43,3</u>	<u>93,1</u>
<b>Séparation imposée</b>	96,7	100
<b>Divorce voulu</b>	93,3	100
<b>Problèmes de grossesse</b>	73,3	88,9
<b>Maladie d'un enfant</b>	90	96,3
<b>Accident d'un enfant</b>	93,3	96,3
<b>Décès d'un enfant</b>	96,7	100
<b>Problème avec un enfant mineur</b>	83,3	92,6
<b>Problème avec un enfant majeur</b>	66,7	92,6
<b>Départ/mariage d'un enfant</b>	63,3	66,7
<b>Difficultés à la retraite</b>	76,7	77,8
<b>Difficultés conjugales à la retraite</b>	76,7	81,5
<b>Difficultés avec le travail du conjoint</b>	80	92,6
<b>Pourcentages moyens</b>	77,4	90,2

En ce qui concerne les circonstances de mariage inhabituelles, une séparation imposée par les circonstances, un divorce voulu, la maladie, l'accident ou le décès d'un enfant, la reproductibilité des réponses est élevée. Par contre, celle-ci est particulièrement basse pour les difficultés sexuelles et la violence conjugale. En ce qui concerne les difficultés sexuelles, ceci peut s'expliquer par les tabous rencontrés quand on interroge les gens sur leur sexualité et le fait que l'un des deux partenaires peut éprouver des difficultés sexuelles sans en parler à l'autre et sans que celui-ci s'en rende compte (ou ne veuille s'en rendre compte), même pendant très longtemps. L'orgueil de certains époux peut aussi les pousser à masquer ces difficultés sexuelles. Pour ce qui est de la violence conjugale, qu'elle soit physique ou morale, elle est bien plus souvent avouée par la victime que par son conjoint violent ; il n'est donc pas étonnant de retrouver des réponses discordantes à son sujet. Remarquons d'ailleurs que les sujets malades la mentionnent plus souvent que leurs conjoints sains, ce qui peut s'interpréter de deux façons : soit les malades sont plus passifs et subissent plus la violence dans le couple que leurs conjoints, ceux-ci ayant un rôle plus actif et passant peut-être plus à l'acte violemment ; soit les malades ont plus tendance à se plaindre, du fait de leur pathologie psychiatrique et de leur personnalité ou du fait que la prise en charge en psychiatrie leur permette de s'exprimer plus facilement.

La façon de poser le diagnostic de « difficultés conjugales » ou au contraire de l'écarter pour composer nos deux groupes de couples est discutable dans le sens où il existe une part de subjectivité dans ce diagnostic. Cependant, d'une part, il n'existe pas d'outil permettant de poser ou d'infirmier formellement ce diagnostic et d'autre part notre recherche a été motivée, à l'origine, par la constatation clinique que des couples niant toute difficulté conjugale présentaient en fait une problématique de couple ; il n'était donc pas question pour nous d'exclure ces cas-là de notre travail. De plus, nous nous sommes efforcés de dépister le plus finement possible toute pathologie de la relation conjugale chez nos couples témoins, par un entretien précis et approfondi ainsi

que par le recueil d'informations fournies par l'entourage proche et les équipes soignantes.

Le conflit conjugal n'est donc explicite que pour 56,6% des sujets du groupe « conjugopathie » (66,6% des malades et 46,6% de leurs conjoints). Ceci s'explique, d'une part par le fait que certains sujets ne sont pas conscients des aspects pathologiques de leur relation conjugale et d'autre part par le fait que de nombreux sujets n'osent pas exprimer leurs problèmes conjugaux, soit qu'ils ne veuillent pas se les avouer car cela correspondrait à un constat d'échec trop douloureux pour eux après tant d'années de vie commune, soit qu'ils aient peur de la réaction de leur conjoint s'ils aborderaient ce sujet ensemble.

#### 3.4.2 A PROPOS DES RESULTATS

Les résultats obtenus indiquent un plus grand nombre d'hospitalisations chez les patients souffrant de difficultés conjugales que chez les autres. Ceci confirme nos constatations cliniques et notre hypothèse que les problèmes conjugaux favorisent des hospitalisations répétées, l'hôpital devenant un refuge à chaque fois que la tension dans le couple devient trop forte et que les symptômes psychiatriques réapparaissent. Par contre, il n'est pas possible d'affirmer qu'ils favorisent la chronicisation des troubles psychiatriques puisque la durée moyenne de ceux-ci n'est pas significativement plus élevée dans un groupe que dans l'autre. Il pourrait être intéressant d'étudier le nombre moyen d'hospitalisations survenues après la retraite pour tenter de vérifier l'hypothèse d'une aggravation des difficultés conjugales à la retraite se traduisant par des hospitalisations itératives. Ceci n'a pas pu être effectué ici, faute de données suffisantes.

L'analyse des résultats concernant les diagnostics psychiatriques posés chez les malades des deux groupes ne permet pas de mettre en évidence de corrélation entre un diagnostic ou une classe diagnostique et la variable « conjugopathie » ; il n'est donc pas possible d'affirmer que les difficultés conjugales favorisent la survenue d'un trouble psychiatrique plutôt que d'un autre, ni que l'existence d'une pathologie psychiatrique particulière provoque plus de difficultés conjugales qu'une autre. Par exemple, il n'existe pas de façon significative plus de troubles dépressifs récurrents ou de troubles bipolaires dans un groupe que dans l'autre. Il n'est donc pas possible, aux vues de nos résultats, de dire que la « conjugopathie » favorise la récurrence des épisodes dépressifs ou que la pathologie bipolaire entraîne plus de problèmes conjugaux.

Comme le montre le tableau III, ni la classe professionnelle, ni l'inactivité professionnelle de l'un des conjoints, ne semblent être susceptibles d'influencer la survenue ou non de problèmes conjugaux.

Notre impression clinique que les patients en difficulté conjugale nécessitaient un suivi en ambulatoire après leur sortie de l'hôpital plus lourd que les autres n'a pas été vérifiée. En terme de charge de soins, ils se différencient donc des autres patients essentiellement par leur nombre d'hospitalisations complètes, ce qui confirme la notion d'hospitalisation « refuge ». Il aurait pu être intéressant d'approfondir notre recherche en étudiant la fréquence des consultations et des hospitalisations de jour, ainsi que le nombre de psychotropes prescrits et la durée des hospitalisations complètes.

Les scores globaux moyens obtenus à l'échelle EVVIE montrent que les couples en difficulté sont composés de membres ayant vécu plus d'événements de vie marquants ou traumatisants que les autres. Les événements de vie, y compris ceux survenus dans l'enfance, auraient donc une influence sur les relations conjugales. Cette différence entre les deux groupes peut également simplement correspondre aux items concernant la vie conjugale pour lesquels

les scores sont supérieurs dans le groupe « conjugopathie » que dans le groupe témoin.

Le score EVVIE est plus élevé chez les malades que chez leurs conjoints dans le groupe témoin, ce qui confirme que les événements de vie sont des facteurs de vulnérabilité pour la survenue d'une pathologie psychiatrique. Par contre, il n'est pas significativement plus élevé chez les malades que chez leurs conjoints dans le groupe « conjugopathie », ce qui peut s'expliquer par le fait que ces couples auraient vécu une plus grande quantité d'événements traumatisants communs (notamment des événements de la vie conjugale) que les sujets témoins ; il y aurait en fait une sorte de « nivellation » des scores globaux par cette masse d'événements vécus communément.

L'analyse des données concernant les événements de la vie conjugale montre que les difficultés sexuelles sont ou ont été beaucoup plus fréquentes dans les couples à problèmes que dans les autres. A l'inverse, une vie sexuelle satisfaisante serait plutôt le reflet d'une bonne entente conjugale. Quant aux relations extraconjugales, qui semblent significativement plus fréquentes en cas de difficultés conjugales, il est très probable que les chiffres s'y rapportant soient nettement sous-estimés, les sujets n'ayant pas toujours répondu franchement, mais il n'est pas possible de savoir s'il y a eu plus de réponses fausses dans un groupe que dans l'autre...

Il faut noter que des circonstances de mariage inhabituelles, et notamment un mariage précipité pour cause de grossesse ou un mariage « arrangé », ne constituent pas un élément différenciant significativement les deux groupes ; beaucoup de couples s'en sont accommodé et ont vécu une bonne entente conjugale. Rappelons au passage qu'à leur époque, chaque conjoint attendait peut-être moins de son couple qu'à l'heure actuelle où le couple doit quasiment apporter toutes satisfactions ou bien est rompu.

La mésentente et la violence conjugales, de même qu'un désir de séparation ou de divorce, sont souvent retrouvés dans le passé, même ancien, ou le présent des couples âgés rencontrant des difficultés conjugales. Cela signifierait qu'une crise de couple mal négociée, repérable par une période de mésentente, de violence conjugale et/ou de séparation, laisserait des séquelles et fragiliserait le couple.

Une séparation imposée au couple par les circonstances (travail, guerre...), ou l'accident grave d'un des conjoints ne paraissent pas fragiliser le couple, par contre.

Pour ce qui est des enfants, le seul item qui différencie le groupe « conjugopathie » du groupe témoin est celui correspondant aux problèmes liés à la grossesse et à la fertilité. Il semble effectivement plausible qu'une stérilité, une fausse-couche, une grossesse non désirée ou un avortement imposé par l'un des conjoints puissent être sources de sentiments tels que la culpabilité, la tristesse ou la rancune envers son partenaire et ainsi aboutir à la dégradation des relations conjugales. Notons également l'intrication de ces problèmes avec les difficultés sexuelles, les uns pouvant parfois être à l'origine des autres et inversement. Nous avons été surpris de ne constater significativement ni plus de maladie, d'accident ou de décès d'enfant, ni plus de problèmes en relation avec les enfants chez les couples en difficulté que chez les autres. Peut-être ces événements-là aident-ils le couple à mieux communiquer et à être plus soudé, « uni envers et contre tout » ? L'analyse des données par régression logistique tendrait effectivement vers un effet plutôt protecteur pour les relations conjugales du décès d'un enfant.

Conformément à notre bibliographie, la retraite semble bien être un facteur de décompensation de l'équilibre conjugal ; l'influence néfaste de la retraite sur les relations conjugales apparaît nettement dans le groupe « conjugopathie ».

L'analyse par régression logistique suivie d'une analyse pas-à-pas descendante a finalement permis de mettre en évidence plusieurs facteurs de risque de difficultés conjugales du sujet âgé. Il s'agit des événements de vie suivants:

- la mésentente conjugale,
- la violence conjugale,
- la maladie grave du conjoint,
- les problèmes liés à la grossesse et à la fertilité.

Cette méthode statistique permettant d'éliminer l'influence et les relations des variables entre elles, n'a finalement gardé que des variables indépendantes les unes des autres et dont la probabilité  $p$  de commettre une erreur était inférieure à 0,25.

La maladie grave d'un conjoint a pu modifier les relations conjugales en diminuant de façon durable ou seulement temporaire les capacités du malade à remplir ses fonctions au sein du couple, induisant une redistribution des pouvoirs entre les partenaires, une atteinte narcissique pour le malade diminué mais aussi pour son conjoint qui se sent moins rassuré et moins confirmé dans son choix amoureux.

Ce travail confirme donc l'impact de certains événements de vie chez le sujet âgé et doit permettre de travailler avec le couple âgé, dans une optique systémique, pour que celui-ci puisse exprimer et métaboliser ces événements. En pratique, notre but est de faciliter la recherche de ces facteurs de vulnérabilité pour le couple, lors de la prise en charge des patients.

L'interprétation des résultats du VKP ne permet pas de mettre en évidence de traits de personnalité significativement plus fréquents en cas de problèmes conjugaux. Nous ne pouvons pas non plus conclure à une corrélation entre trouble de la personnalité et difficultés conjugales, le score global au VKP

n'étant pas significativement plus élevé dans un groupe que dans l'autre. Notre hypothèse que la problématique conjugale pourrait correspondre à un trouble de la personnalité de l'un ou des deux conjoints n'est donc pas vérifiée, mais l'importance du nombre d'items du VKP et le faible échantillon peuvent aussi empêcher de conclure. Il est possible que la survenue de problèmes conjugaux soit plus liée à certaines « associations » de personnalités, certaines intrications des fonctionnements psychiques inconscients des conjoints au sein du couple.

## CONCLUSION

Cette étude se justifie par les données démographiques indiquant que les personnes âgées vivant en couple sont de plus en plus nombreuses.

Les couples âgés doivent faire face à de nombreux changements qui peuvent être à l'origine d'une crise conjugale mais aussi d'une crise personnelle. Tout d'abord, la personne âgée doit surmonter son propre vieillissement, ce qui nécessite des réaménagements libidinaux et narcissiques, ainsi que celui de son conjoint. La diminution des capacités de l'un ou l'autre à remplir ses tâches habituelles peut entraîner une redistribution des fonctions et des pouvoirs de chacun, où peuvent s'exprimer de vieilles rancunes et des sentiments de revanche. Le couple est aussi confronté à la retraite qui est bien souvent désignée par les couples comme un élément déterminant de leurs difficultés conjugales, ce qui s'est nettement perçu dans les résultats de notre étude.

Les difficultés conjugales ne se manifestent pas uniquement par un conflit explicite entre les époux, mais aussi de façon plus détournée par une symptomatologie pouvant être très variée : trouble de l'humeur, trouble du comportement, délire, anxiété, somatisation, dysfonction sexuelle...

Ce qui semble assez caractéristique de la souffrance conjugale du sujet âgé est cette incapacité du patient à rester à la maison avec son conjoint alors qu'il se sent bien à l'hôpital, ce qui entraîne des hospitalisations à répétition.

Nous avons retrouvé un score global au questionnaire EVVIE significativement supérieur chez les sujets ayant des difficultés conjugales que chez les autres, ce qui peut signifier que le couple est fragilisé par la survenue d'événements de vie plus nombreux et/ou plus traumatisants.

Il n'a pas été mis en évidence de trait de personnalité pouvant favoriser les difficultés conjugales. Peut-être celles-ci sont-elles plutôt liées à l'association et aux interactions de certains types de personnalité dans le couple.

Ce travail a permis de confirmer l'influence de certains événements de vie, comme la violence ou la mésentente conjugale, la maladie d'un des conjoints ou des problèmes liés à la grossesse ou à la natalité, sur la vie conjugale du sujet âgé. Il semblerait que ces événements puissent correspondre à une période de crise du couple qui aurait été mal négociée. Ils auraient alors été enfouis et seraient réactivés par le rapprochement des conjoints opéré par la retraite, ce qui raviverait une crise ancienne. Celle-ci n'aurait jamais pu être résolue, faute d'une bonne communication dans le couple, ce qui était assez habituel à l'époque de ces couples aujourd'hui âgés de plus de 65 ans.

L'implication thérapeutique de notre recherche, dans une perspective systémique, est donc de repérer ces événements traumatisants, d'aider les couples âgés à mieux communiquer à leur propos et exprimer le vécu qu'ils en ont eu, pour améliorer l'entente conjugale. Ceci a pour but d'accroître le bien-être conjugal de la personne âgée et de diminuer le nombre d'hospitalisations, donc le coût social qu'elles impliquent. Ce travail vise donc à améliorer la prise en charge des patients, en travaillant en psychothérapie individuelle en présence du conjoint, afin d'améliorer la relation à l'autre du patient et plus

globalement son ouverture sur le monde extérieur. En effet, c'est plus souvent d'une pathologie de la relation à l'autre en général qu'il s'agit que seulement d'une pathologie de la relation conjugale. Cette approche systémique permet ainsi d'aborder tous les couples, y compris ceux qui ne reconnaissent pas avoir un problème conjugal, par l'intermédiaire du « patient désigné ».

Hélas, parfois seuls un soutien psychologique, une hospitalisation de jour, un suivi de secteur, un traitement psychotrope ou par sismothérapie d'entretien peuvent être proposés, constituant une sorte d'« aménagement » de la situation. Dans tous les cas, notre intervention visera à tout prix à éviter une séparation qui, comme cela a été exposé plus haut, peut s'avérer tragique. Dans cette optique, contrairement aux thérapies de couples jeunes où un travail de deuil du « couple idéal » sera favorisé, il s'agira plutôt ici de faciliter le réinvestissement des idéaux.

## ANNEXE

**DOCUMENT N°1**

## QUESTIONNAIRE EVENEMENTS DE VIE :

### EVVIE

---

NOM :

Prénom(s) :

Date de Naissance :

Sexe :

Unité :

Date :

Cotateur :

---

Le questionnaire suivant est constitué d'une liste d'événements potentiellement traumatisants auxquels vous avez peut-être été confronté au cours de votre existence.

Pour chaque question il vous est demandé de répondre si vous avez ou non été soumis à l'événement cité.

Si tel est le cas, quelle est selon vous l'intensité du retentissement de cet événement sur vous-même ?

(1) - Vous avez été soumis à l'événement mais n'en avez pas gardé le souvenir d'un événement particulièrement traumatisant.

(2) - Vous estimez avoir été *marqué* par cet événement.  
(Vous en gardez un souvenir douloureux, pénible. Cependant, cet événement n'a pas pesé à chaque instant sur le cours de votre existence).

(3) - Vous estimez avoir été *bouleversé* par cet événement.  
(Vous gardez le souvenir d'avoir éprouvé la sensation d'un véritable effondrement lorsque est survenu cet événement. Celui-ci a eu par la suite, selon vous, une influence déterminante sur le cours de votre vie).

[ (0) - Vous n'avez pas subi l'événement. ]

Avant de débiter ce questionnaire, pouvez-vous citer d'ores et déjà un ou plusieurs événements qui ont eu pour vous un retentissement déterminant sur le cours de votre existence ?



0 1 2 3

-3- Vous avez été confronté à la maladie physique grave d'un ou plusieurs de vos proches au

cours de votre enfance :

(Laquelle ? Quel âge aviez-vous ?)

-a- Père (.....) (Age : .....)

-b- Mère (.....) (Age : .....)

-c- Collatéral (.....) (Age : .....)

-d- Autre(s) (.....) (.....) (Age : .....)

(.....) (.....) (Age : .....)

(.....) (.....) (Age : .....)

-4- Vous avez été confronté à la maladie mentale grave d'un ou plusieurs de vos proches au

cours de votre enfance :

(Laquelle ? Quel âge aviez-vous ?)

-a- Père (.....) (Age : .....)

-b- Mère (.....) (Age : .....)

-c- Collatéral (.....) (Age : .....)

-d- Autre(s) (.....) (.....) (Age : .....)

(.....) (.....) (Age : .....)

(.....) (.....) (Age : .....)

-5- Vous avez été séparé durablement de l'un ou de vos deux parents au cours de votre

enfance :

(Motif ? Quel âge aviez-vous ?)

-a- Père (.....) (Age : .....)

-b- Mère (.....) (Age : .....)

-6- Vous estimez être issu(e) d'un milieu défavorisé :

-a- sur le plan affectif

-b- sur le plan social

-c- sur le plan culturel

	0	1	2	3
-7- Vos parents ont divorcé ou se sont séparé : (Age : .....)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
-8- Il régnait une mésentente entre vos parents :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
-9- Vous avez subi l'alcoolisme de l'un de vos proches :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
-a- Père	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
-b- Mère	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
-c- Autre(s) (.....)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(.....)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(.....)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
-10- Vous avez été victime de maltraitance de la part de vos proches :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
-a- Père	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
-b- Mère	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
-c- Autre(s) (.....)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(.....)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(.....)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(Type de sévices : <input type="checkbox"/> Physiques				
<input type="checkbox"/> Sexuels				
<input type="checkbox"/> Psychologiques)				
-11- Vous avez été gravement malade dans votre enfance:	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
(Nature de l'affection ? Age ?)				
-a- Maladie physique (.....) (Age : .....)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
-b- Maladie mentale (.....) (Age : .....)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
-c- Accident (.....) (Age : .....)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>



**-B- EVENEMENTS SURVENUS AU COURS DE VOTRE VIE**  
**D'ADULTE**

**CONCERNANT LA VIE CONJUGALE :**

	0	1	2	3
-19- Les circonstances de votre mariage étaient « inhabituelles » :				
(Nature : .....)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Notamment : mariage imposé (par qui ? .....)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
 -20- Vous avez connu des problèmes de couple :				
-a- Difficultés sexuelles	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
-b- Relation(s) extra-conjugale(s)				
- Vous	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Votre conjoint(e)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
-c- Méésentente conjugale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
-d- Violence du conjoint				
- Violence morale	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- Violence physique	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
 -21- Vous avez été séparé de votre conjoint(e) :				
-a- Séparation imposée par les circonstances (Nature : .....)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
-b- Divorce (ou séparation) voulu(e)				
- par vous	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
- par lui (elle)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

- |  | 0                            | 1                            | 2                            | 3                        |
|--|------------------------------|------------------------------|------------------------------|--------------------------|
| -22- Votre conjoint(e) a été gravement malade            | <input type="checkbox"/>     | <input type="checkbox"/>     | <input type="checkbox"/>     | <input type="checkbox"/> |
| -(Nature : .....)(Durée : .....)                         |                              |                              |                              |                          |
| - Il (elle) en a gardé des séquelles                     | <input type="checkbox"/> Oui |                              | <input type="checkbox"/> Non |                          |
| - Séquelles physiques                                    | (Nature : .....)             |                              |                              |                          |
| - Séquelles psychiques                                   | (Nature : .....)             |                              |                              |                          |
| <br>   |                              |                              |                              |                          |
| -23- Votre conjoint(e) a été victime d'un accident grave | <input type="checkbox"/>     | <input type="checkbox"/>     | <input type="checkbox"/>     | <input type="checkbox"/> |
| -(Nature : .....)(Durée : .....)                         |                              |                              |                              |                          |
| - Il (elle) en a gardé des séquelles                     | <input type="checkbox"/> Oui |                              | <input type="checkbox"/> Non |                          |
| - Séquelles physiques                                    | (Nature : .....)             |                              |                              |                          |
| - Séquelles psychiques                                   | (Nature : .....)             |                              |                              |                          |
| <br>   |                              |                              |                              |                          |
| -24- Vous avez perdu prématurément votre conjoint(e) :   | <input type="checkbox"/>     | <input type="checkbox"/>     | <input type="checkbox"/>     | <input type="checkbox"/> |
| - Quel âge aviez-vous ?                                  | ..... ans                    |                              |                              |                          |
| - Quel âge avait-il (elle) ?                             | ..... ans                    |                              |                              |                          |
| - Quelle en était la cause ?                             | .....                        |                              |                              |                          |
| [- Est-il resté longtemps malade ?                       | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non | (Durée : .....)]             |                          |
| - Vous êtes-vous remarié(e) ?                            | <input type="checkbox"/> Oui | <input type="checkbox"/> Non |                              |                          |



	0	1	2	3
-30- Vous avez eu des problèmes avec un ou plusieurs de vos enfants <u>mineurs</u> :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
-a- Echec scolaire	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Age : (lui) .....ans (vous) .....ans				
-b- Délinquance	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Age : (lui) .....ans (vous) .....ans				
-c- Toxicomanie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Age : (lui) .....ans (vous) .....ans				
-d- Peine de prison	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Age : (lui) .....ans (vous) .....ans				
-e- Autres .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Age : (lui) .....ans (vous) .....ans				

-31- Vous avez eu des problèmes avec un ou plusieurs de vos enfants <u>majeurs</u> :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
-a- Chômage	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Age : (lui) .....ans (vous) .....ans				
-b- Méésentente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Age : (lui) .....ans (vous) .....ans				
-c- Divorce	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Age : (lui) .....ans (vous) .....ans				
-d- Autres .....	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Age : (lui) .....ans (vous) .....ans				

-32- Vous avez été perturbé(e) par :				
-a- Le départ de l'un de vos enfants de la maison	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Age : (lui) .....ans (vous) .....ans				
-b- Le mariage d'un de vos enfants	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Age : (lui) .....ans (vous) .....ans				

**CONCERNANT LA VIE PROFESSIONNELLE**

	0	1	2	3
-33- Vous avez connu des difficultés d'insertion professionnelle (Nature : .....)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
-34- Vous avez eu des problèmes relationnels au travail :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
-a- Avec vos supérieurs	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
-b- Avec vos collègues	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
-35- Vous avez perdu votre emploi :           (Age : .....ans)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
-a- Chômage	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
-b- Licenciement	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
-c- Faillite	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
-36- Vous avez dû changer de travail : (Age : .....ans) (Motif : .....)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
-a- Même travail	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
-b- Recyclage	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
-37- Vous avez connu des difficultés en relation avec une promotion professionnelle :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
-38- Vous avez connu des difficultés lorsque vous avez pris votre retraite :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
-a- Retraite imposée	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
-b- Retraite « normale »	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
-c- Difficultés dans vos relations conjugales	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

	0	1	2	3
-39- Vous avez connu des difficultés en relation avec l'activité professionnelle de votre conjoint(e) :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
-a- Insertion professionnelle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
-b- Chômage ou licenciement	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
-c- Promotion / responsabilités	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
-d- Retraite	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
-e- Autre (.....)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

**CONCERNANT LES FINANCES :**

-40- Vous avez connu des difficultés matérielles :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
-a- Diminution importante des revenus (> 25%)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
-b- Endettement important	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
-c- Perte de biens mobiliers et/ou immobiliers	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
-d- Victime de vols ou escroquerie	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
-e- Autre (.....)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

CONCERNANT LA SANTE

0      1      2      3

-41- Vous avez été victime d'une maladie physique exigeant une hospitalisation ou au moins un mois d'arrêt de travail                       

Nature de l'affection : .....      Age de survenue : .....ans

Séquelles / Handicap : (Nature : .....)

-42- Vous avez été victime d'un accident exigeant une hospitalisation ou au moins un mois d'arrêt de travail                       

Nature de l'accident : .....      Age de survenue : .....ans

Séquelles / Handicap : (Nature : .....)

-43- Vous avez subi une hospitalisation prolongée                       

Motif : .....      Durée : .....      Age de survenue : .....ans

-44- Vous avez été victime d'un handicap visuel ou auditif soudain et important  
(Nature : .....)

-45- Vous avez eu des problèmes psychologiques :                       

-a- Dépression « nerveuse »                       

-b- Tentative de suicide                       

-c- « Problèmes » liés à l'alcool                       

-d- Autres (.....)                       

-46- Vous avez été victime d'un viol (abus sexuels ?)

**CONCERNANT LA VIE SOCIALE**

- |   | 0                        | 1                        | 2                        | 3                        |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| -47- Vous avez connu une réduction importante de vos relations sociales : | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Motif : .....   |                          |                          |                          |                          |
| Age : .....ans  |                          |                          |                          |                          |
| -48- Vous avez souvent déménagé (Motif : .....)                           | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| -49- Vous avez eu des problèmes de voisinage (Nature : .....)             | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| -50- Vous avez perdu un (des) amis très proche(s)                         | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| -51- Vous avez dû accueillir un nouvel arrivant dans votre foyer          | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| -52- Vous avez dû émigrer   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| Motif : .....   |                          |                          |                          |                          |
| Age : .....ans  |                          |                          |                          |                          |
| -53- Vous avez fait l'objet de poursuites judiciaires :                   |                          |                          |                          |                          |
| -a- Pas de condamnation :   | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| -b- Condamnation sans emprisonnement :                                    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| -c- Emprisonnement  | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

**CONCERNANT DES FAITS DRAMATIQUES DIVERS**

- |   |                          |                          |                          |                          |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| -54- Vous avez participé à la guerre          | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| -55- Vous avez subi une catastrophe naturelle | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| -56- Vous avez subi un sinistre (incendie)    | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| -57- Vous avez participé à des bagarres       | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| -58- Vous avez assisté à la mort de quelqu'un | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

**CONCERNANT LA FAMILLE PROCHE**

	0	1	2	3
-59- Vous avez connu la <u>maladie grave</u> d'un proche	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lien de parenté : ..... Age : (lui) ..... (vous) .....				
-60- Vous avez été confronté à l' <u>accident</u> d'un proche	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lien de parenté : ..... Age : (lui) ..... (vous) .....				
-61- Vous avez été confronté au <u>suicide</u> d'un proche	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lien de parenté : ..... Age : (lui) ..... (vous) .....				
-62- Vous avez été confronté à l' <u>alcoolisme</u> d'un proche	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Lien de parenté : ..... Age : (lui) ..... (vous) .....				
-63- Vous avez été confronté à la perte d'un membre de votre proche famille :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
-a- Décès du père (âge .....ans) (vous : .....ans)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
-b- Décès de la mère (âge .....ans) (vous : .....ans)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
-c- Décès dans la fratrie (âge .....ans)(vous : .....ans)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
-d- Autre : ..... (âge .....ans) (vous : .....ans)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
-e- Autre : ..... (âge .....ans) (vous : .....ans)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
-f- Autre : ..... (âge .....ans) (vous : .....ans)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
-64- Vous avez connu des difficultés relationnelles avec un (des) membre(s) de votre proche famille :	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
-a- Père	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
-b- Mère	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
-c- Fratrie (combien ? .....)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
-d- Autre(s) (Lien de parenté : .....)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

# QUESTIONNAIRE EVVIE

**NOM :** \_\_\_\_\_ **Prénom(s) :** \_\_\_\_\_ **Date de Naissance :** \_\_\_\_\_ **Sexe :** \_\_\_\_\_  
**Unité :** \_\_\_\_\_ **Date :** \_\_\_\_\_ **Cotateur :** \_\_\_\_\_

	0	1	2	3	*
<b>-A- ENFANCE</b>					
1- non élevé par les 2 parents					
2- perte d'un proche dans l'enfance					
3- maladie physique d'un proche					
4- maladie mentale d'un proche					
5- séparation durable d'avec les parents					
6- milieu défavorisé					
7- parents séparés ou divorcés					
8- mésentente entre les parents					
9- alcoolisme d'un proche					
10- maltraitance de la part d'un proche					
11- maladie grave dans l'enfance					
12- hospitalisation prolongée					
13- déménagements					
14- changements d'écoles					
15- situation d'échec scolaire					
16- traumatisé par un enseignant					
17- autre événement traumatisant en relation avec un proche dans l'enfance					
18- autre événement traumatisant subi dans l'enfance					
<b>-B- VIE ADULTE</b>					
<b>vie conjugale</b>					
19- circonstances du mariage inhabituelles					
20- problèmes de couple					
21- séparation					
22- maladie du conjoint					
23- accident du conjoint					
24- décès du conjoint					
<b>enfants</b>					
25- problèmes de grossesse					
26- enfant(s) élevés par une tierce personne					
27- maladie d'un ou plusieurs enfants					
28- accident d'un ou plusieurs enfants					
29- décès d'un ou plusieurs enfants					
30- problèmes avec un ou plusieurs enfants mineurs					
31- problèmes avec un ou plusieurs enfants majeurs					
32- perturbations en relation avec le départ ou le mariage des enfants					

\* : une astérisque suggère de se référer aux sous-items de la question correspondante.



**DOCUMENT N°2**

**QUESTIONNAIRE DE TRAITS DE PERSONNALITE**  
(VRAGENLIJST KLINISCHE PERSOONLIJKHEID) (VKP)

Le propos de ce questionnaire est de déterminer quelle sorte de personne vous êtes.  
Le but est de mettre en évidence les traits de personnalité qui vous caractérisent tout au long de votre vie, et non pas seulement ces dernières années.

Instructions

Dans les pages suivantes, vous allez trouver des propositions qui pourraient s'appliquer à votre personnalité selon un degré plus ou moins fort.

- OUI            indique que la proposition dans son ensemble s'applique à. vous.
- NON            indique que la proposition ne s'applique pas du tout à vous.
- ?                indique que nous ne pouvons pas décider entre "OUI" et "NON".
- NA             signifie "Non Applicable", et indique que la proposition ne peut pas vous être appliquée parce qu'elle ne concerne pas votre situation.

Pour chaque proposition, notez votre réponse en entourant d'un cercle l'une des possibilités: "oui", "non", "?" ou - occasionnellement - "NA".  
Ne sautez aucune proposition.'

Plusieurs propositions offrent la possibilité de choisir parmi les réponses: "souvent", "une fois" ou "jamais".. Ici à. nouveau, vous devez toujours entourer d'un cercle l'une de ces trois réponses.

Prenez tout le temps qui vous est nécessaire pour compléter le questionnaire.

**2 VKP / version DSM 3-R**

---

Nom : Date :

Âge :

Sexe :

État civil :

Niveau de scolarité :

Profession / emploi :

---

### 3 VKP I version DSM 3-R

#### LES PROPOSITIONS SUIVANTES CONCERNENT LE TRAVAIL, LA SCOLARITE ET LES ACTIVITES QUOTIDIENNES.

- |    |  |              |
|----|--|--------------|
| 1  | Je consacre tellement de temps à mon travail que je n'en ai plus assez pour mes loisirs et mes amis.                         | OUI ? NON NA |
| 2  | Je suis généralement en retard dans mon travail parce que je passe trop de temps à essayer de le faire parfaitement.         | OUI ? NON    |
| 3  | Je passe souvent tellement de temps sur de petits détails que je perds de vue le véritable but de mon travail.               | OUI ? NON    |
| 4  | Je réalise moins de choses que ce que je désirerais ou suis capable de faire.  | OUI ? NON    |
| 5  | Je remets souvent à plus tard le travail que je n'ai pas envie de faire, avec pour conséquence qu'il n'est pas fait à temps. | OUI ? NON    |
| 6  | Quand je n'ai pas envie de faire un travail, je fais exprès de travailler lentement ou mal.                                  | OUI ? NON    |
| 7  | Quand je n'ai pas envie de faire quelque chose, je me mets habituellement à bouder ou je deviens irritable.                  | OUI ? NON    |
| 8  | J'oublie souvent des obligations lorsque je n'ai pas envie de les remplir.   | OUI ? NON    |
| 9  | Je ne supporte pas que les gens me donnent de bons conseils, sur la manière d'être plus productif dans mon travail.          | OUI ? NON    |
| 10 | Je me plains que les autres attendent trop de moi.   | OUI ? NON    |
| 11 | Je gêne les efforts des autres en ne faisant pas bien mon travail.   | OUI ? NON    |
| 12 | Ça m'ennuie que les autres pensent que je travaille moins bien que je ne le crois.   | OUI ? NON    |
| 13 | Souvent et sans raison valable, je ne supporte pas les gens en position d'autorité.  | OUI ? NON    |
| 14 | J'évite tout travail qui implique des contacts importants avec d'autres personnes.   | OUI ? NON    |

#### 4 VKP I version DSM 3-R

- 15 Je suis absent(e) du travail (école), sans raison valable, plus de 30 jours par année. OUI ? NON
- 16 J'ai quitté un emploi (école), plus d'une fois, sans savoir ce que j'allais faire par la suite. OUI ? NON
- 17 Au cours des 5 dernières années, j'ai passé plus de 6 mois sans emploi alors que j'aurais très bien pu travailler. OUI ? NON

LES PROPOSITIONS SUIVANTES SE REFERENT AU GENRE DE PERSONNE QUE VOUS ETES.

- |    |  |           |
|----|--|-----------|
| 18 | Je ne sais pas vraiment qui je suis et parfois je ne sais pas à quoi m'attendre de moi même.                         | OUI ? NON |
| 19 | Je ne sais pas ce que je désire finalement réaliser dans ma vie ou dans mon travail.                                 | OUI ? NON |
| 20 | Je ne sais pas avec certitude ce qui est important pour moi dans la vie, ni ce que je pense être bien ou mal.        | OUI ? NON |
| 21 | J'ai besoin de la réassurance et des conseils d'autrui avant de prendre des décisions courantes de tous les jours.   | OUI ? NON |
| 22 | Je remets à plus tard ou j'évite le plus possible de prendre des décisions.  | OUI ? NON |
| 23 | Je laisse les autres prendre des décisions importantes à ma place.   | OUI ? NON |
| 24 | J'éprouve des difficultés à entreprendre ou faire quelque chose de ma propre initiative.                             | OUI ? NON |
| 25 | Je suis incapable de jeter des objets usés ou sans valeur, même quand ils n'ont pas de valeur sentimentale pour moi. | OUI ? NON |
| 26 | Je suis très strict(e) sur ce qui est bien et ce qui est mal.  | OUI ? NON |
| 27 | Je ne supporte pas d'avoir à attendre ce que je désire.  | OUI ? NON |
| 28 | Je suis mesquin et ne donne de l'argent, des présents ou du temps que si je peux en tirer un bénéfice.               | OUI ? NON |
| 29 | Je cherche constamment à être réassuré(e) par autrui.  | OUI ? NON |
| 30 | Je cherche constamment à être apprécié(e) et complimenté(e) par les autres.  | OUI ? NON |
| 31 | Je cherche toujours à être admiré(e) par les autres.   | OUI ? NON |

## 6 VKP / version DSM 3-R

- 32 J'ai énormément besoin d'être au centre de l'attention d'autrui. OUI ? NON
- 33 Je consacre beaucoup plus de temps et d'attention à mon apparence physique que la plupart des gens. OUI ? NON
- 34 Je suis une personne de grande valeur et qui a beaucoup de succès. OUI ? NON
- 35 Je me mets en difficulté parce que je passe trop de temps, dans la journée, à rêver de pouvoir, de célébrité, de succès ou d'amour idéal. OUI ? NON
- 36 Mes problèmes sont si particuliers qu'ils ne peuvent être compris que par des personnes hors du commun. OUI ? NON

## 7 VKP / version DSM 3-R

### LES PROPOSITIONS SUIVANTES SE REFERENT AUX PERSONNES QUI SONT IMPORTANTES DANS VOTRE VIE.

- 37 Je ne cherche ni n'apprécie les relations proches avec autrui même à l'intérieur de la famille. OUI ? NON
- 38 Je n'ai pas d'amis intimes en dehors de mes parents proches. OUI ? NON
- 39 J'évite toutes situations dans lesquelles j'aurais des relations étroites avec les autres. OUI ? NON
- 40 J'ai une préférence marquée pour les activités solitaires. OUI ? NON
- 41 J'hésite à me confier à autrui, de peur que ce que je dis soit utilisé contre moi. OUI ? NON
- 42 Je me sens très nerveux(se) et mal à l'aise quand je suis avec des gens. OUI ? NON
- 43 Je suis habituellement silencieux(se) en société, par crainte de paraître stupide. OUI ? NON
- 44 J'ai besoin de savoir avec certitude que les gens m'aiment avant d'oser nouer des relations avec eux. OUI ? NON
- 45 Je me sens désespéré(e) et anéanti(e) durant une longue période quand une relation proche s'interrompt. OUI ? NON
- 46 Je change souvent d'avis à propos du genre d'amis que je désire avoir. OUI ? NON
- 47 Mes relations avec autrui sont habituellement orageuses, avec beaucoup de hauts et de bas. OUI ? NON
- 48 J'insiste pour que les autres fassent les choses à ma manière, sinon ça ne serait pas bien fait. OUI ? NON
- 49 J'estime avoir droit à un traitement de faveur parce que je suis une personne exceptionnelle. OUI ? NON
- 50 Je suis capable de manipuler les autres très habilement, si j'y trouve avantage. OUI ? NON

## 8 VKP / version DSM 3-R

- 51 Je ne me préoccupe pas de ce que ressentent les autres. OUI ? NON
- 52 J'ai tendance, à prendre des décisions à la place des gens qui me sont proches ou à leur imposer mon mode de vie. OUI ? NON
- 53 Je critique et rabaisse autrui en présence de tiers. OUI ? NON
- 54 Je m'arrange pour que les autres fassent ce que je veux. en les effrayant ou en les menaçant. OUI ? NON
- 55 Je mens parfois délibérément afin de blesser les autres. OUI ? NON
- 56 Je tire parfois plaisir de la souffrance d'autrui (personnes ou animaux). OUI ? NON
- 57 Je suis intéressé(e) par les armes, les arts martiaux, les blessures et la torture. OUI ? NON
- 58 Il m'est arrivé d'être cruel ou de maltraiter quelqu'un qui m'était confié. OUI ? NON
- 59 Je m'empresse de dire que les autres ont raison, même si ça n'est pas le cas, parce que j'ai peur qu'ils me rejettent. OUI ? NON
- 60 Je refuse l'aide des autres, même si j'en ai besoin. OUI ? NON
- 61 Je fais les travaux sales et désagréables que les autres n'ont pas envie de faire, afin qu'ils m'apprécient. OUI ? NON
- 62 Je me porte volontaire pour aider les autres, même si cela risque de me rendre la vie bien plus difficile. OUI ? NON
- 63 Les choix que je fais conduisent toujours. d'une façon ou d'une autre, à des déceptions ou à des échecs. OUI ? NON
- 64 Je ne suis pas intéressé(e) par les personnes qui sont bonnes envers moi ou qui me traitent bien. OUI ? NON
- 65 Je fais des choses qui mettent les autres en colère ou qui les dressent contre moi, puis je me sens blessé(e), vaincu(e) ou humilié(e). OUI ? NON

## 9 VKP / version DSM 3-R

- 66 Quand quelqu'un m'insulte. je ne peux pas lui pardonner ou je ressens l'insulte durant des années. OUI ? NON
- 67 Je me rends compte que je me méfie de mes amis ou de mes associés sans raison valable. OUI ? NON
- 68 Je vois des sens cachés et des menaces même dans des remarques ou des gestes bien intentionnés. OUI ? NON
- 69 J'ai tendance à penser. sans raison suffi santé, que les autres essaient de m'exploiter ou de me blesser. OUI ? NON
- 70 J'ai facilement tendance à penser que les autres disent du mal de moi. OUI ? NON

## 10 VKP version DSM 3-R

### LES PROPOSITIONS SUIVANTES CONCERNENT VOS SENTIMENTS.

- |    |   |           |
|----|---|-----------|
| 71 | Je suis insensible aux compliments ou aux critiques d'autrui.   | OUI ? NON |
| 72 | Je me sens trop facilement blessé(e) par les critiques.   | OUI ? NON |
| 73 | Quand les gens me critiquent, je me sens furieux(se), honteux(s e) ou humilié(e).   | OUI ? NON |
| 74 | Je suis trop enclin(e) à me sentir rabaissé(e) ou offensé(e).   | OUI ? NON |
| 75 | Quand je me sens rabaissé(e) ou offensé(e) je me mets aussitôt en colère ou je contre-attaque                                       | OUI ? NON |
| 76 | Je suis en proie à des sentiments d'envie.  | OUI ? NON |
| 77 | J'éprouve de la difficulté à exprimer des sentiments chaleureux et tendres.   | OUI ? NON |
| 78 | J'exprime mes sentiments de façon dramatique et exagérée.   | OUI ? NON |
| 79 | Je suis incapable d'éprouver du plaisir ou de la joie.  | OUI ? NON |
| 80 | Je refuse pratiquement toutes occasions de prendre du plaisir.  | OUI ? NON |
| 81 | Parfois je me sens extrêmement fâché(e), sans raison valable, et j'ai des éclats de colère incontrôlés.                             | OUI ? NON |
| 82 | Je ne suis pas capable de ressentir de la colère.   | OUI ? NON |
| 83 | Je souffre de sentiments de vide et d'ennui.  | OUI ? NON |
| 84 | Chaque fois qu'il m'arrive quelque chose de bien ou que j'obtiens un succès, je me sens déprimé(e) et coupable.                     | OUI ? NON |
| 85 | Je fais tout ce que je peux pour ne pas me retrouver seul(e). car lorsque je suis seul(e), je me sens mal à l'aise et désemparé(e). | OUI ? NON |

## 11 VKP version DSM 3-R

- 86 Mes émotions peuvent changer très subitement, de manière inattendue et parfois sans raison apparente. OUI ? NON
- 87 J'ai souvent des accès de dépression, de nervosité ou d'irritabilité qui durent plusieurs heures. OUI ? NON
- 88 Je crains d'être embarrassé(e) par le fait de rougir, de pleurer ou de montrer des signes d'anxiété devant d'autres personnes. OUI ? NON
- 89 J'évite beaucoup de situations qui ne font pas partie de mes activités quotidiennes, parce que je les trouve dangereuses ou risquées. OUI ? NON
- 90 J'éprouve une crainte envahissante d'être abandonné(e) par les personnes qui me sont proches. OUI ? NON
- 91 Chaque fois que j'ai le sentiment qu'une personne qui m'est proche va me quitter, je fais tout pour l'en empêcher. OUI ? NON
- 92 Je suis peu ou pas attiré(e) par les relations sexuelles. OUI ? NON
- 93 Je réalise parfois ou d'autres personnes me le disent, que je m'habille ou me comporte d'une manière sexuellement très provocatrice. OUI ? NON
- 94 Je m'engage dans des relations sexuelles de manière précipitée et impulsive. OUI ? NON
- 95 Dans mes relations amoureuses, je ne suis jamais resté(e) fidèle plus d'un an. OUI ? NON NA
- 96 J'ai souvent mis en doute, et sans raison valable, la fidélité de mon(ma) partenaire sexuel(le). OUI ? NON NA
- 97 Je suis préoccupé(e) par une incertitude concernant mon identité sexuelle. OUI ? NON

## 12 VKP I version DSM 3-R

### LES PROPOSITIONS SUIVANTES CONCERNENT QUELQUES UNES DE VOS IDEES.

- 98 Je crois à des phénomènes supranaturels et extraordinaires, et des choses comme la magie, la superstition, la télépathie ou la sorcellerie jouent un rôle dans ma vie quotidienne. OUI ? NON
- 99 Il m'arrive quelques fois de voir, d'entendre ou de sentir des choses inhabituelles que les autres gens ne perçoivent pas. OUI ? NON

### LES PROPOSITIONS SUIVANTES SE REFERENT A DES CONDUITES IMPULSIVES ET IRRRESPONSABLES.

- 100 Dans le passé, il m'est arrivé de vivre ou de voyager sans but précis pendant plus d'un mois, sans avoir de travail ou d'adresse fixe. OUI ? NON
- 101 Dans le passé, il m'est arrivé de négliger la santé ou la sécurité de mes enfants, ou de les avoir négligés de quelque autre manière. OUI ? NON NA
- 102 Dans le passé, il m'est arrivé de ne pas respecter mes engagements financiers ou d'avoir manqué aux obligations financières envers ma famille, alors que j'étais censé(e) le faire. OUI ? NON
- 103 Dans le passé, il m'est arrivé de maltraiter quelqu'un ou d'en abuser physiquement. OUI ? NON
- 104 J'ai parfois essayé de contrôler les autres ou de les contraindre à m'obéir en employant la cruauté ou la violence physique. OUI ? NON
- 105 Dans le passé, il m'est arrivé de tromper quelqu'un, d'utiliser un faux nom ou de mentir, lorsque cela servait mes intérêts. OUI ? NON
- 106 Il m'est arrivé plus d'une fois de conduire imprudemment, trop vite ou en état d'ivresse. OUI ? NON

### 13 VKP / version DSM 3-R

- 107 Dans le passé, il m'est arrivé d'être arrêté(e) par la police ou d'avoir fait des choses pour lesquelles j'aurais pu être arrêté(e) si on m'avait pris(e). OUI ? NON
- 108 Dans le passé, Il m'est arrivé d'avoir des ennuis:  
- en perdant aux jeux ou en dépensant trop d'argent;  
- en étant saoul(e) ou en ayant abusé de drogues;  
- en me gavant de nourriture;  
- en volant à l'étalage. OUI ? NON
- 109 Quelquefois, je me suis blessé(e) volontairement, j'ai tenté de me suicider ou j'ai menacé de le faire. OUI ? NON
- 110 Si. jamais je blesse, maltraite ou vole quelqu'un, c'est toujours justifié. OUI ? NON

**14 VKP / version DSM 3-R**

**LES PROPOSITIONS SUIVANTES CONCERNENT VOTRE COMPORTEMENT AVANT L'AGE DE 15 ANS.**

- |     |  |                         |
|-----|--|-------------------------|
| 111 | Je faisais souvent l'école buissonnière.   | OUI ? NON               |
| 112 | J'ai fugué de la maison et suis resté(e) absent(e) toute la nuit.  | souvent une fois jamais |
| 113 | J'ai déclenché des bagarres.   | souvent une fois jamais |
| 114 | Je me suis servi(e) d'une arme pendant une bagarre.  | souvent une fois jamais |
| 115 | J'ai forcé quelqu'un à avoir des relations sexuelles avec moi.   | souvent une fois jamais |
| 116 | J'ai été cruel envers les animaux.   | souvent une fois jamais |
| 117 | J'ai maltraité physiquement des gens.  | souvent une fois jamais |
| 118 | J'ai volontairement détruit des choses de valeur appartenant à d'autres personnes.   | souvent une fois jamais |
| 119 | J'ai délibérément causé un incendie.   | souvent une fois jamais |
| 120 | J'ai menti à propos de choses importantes, pour d'autres raisons que celle d'échapper à des sévices physiques ou à des abus sexuels. | OUI ? NON               |
| 121 | J'ai volé.   | souvent une fois jamais |
| 122 | J'ai volé en me servant d'une arme. en attaquant quelqu'un, ou en le menaçant.   | OUI ? NON               |

## 15 VKP I version DSM 3-R

POUR TERMINER, VOICI QUELQUES PROPOSITIONS SUR CE QUE AUTRES PENSENT (OU POURRAIENT PENSER) DE VOUS.

- |     |  |           |
|-----|--|-----------|
| 123 | Les gens se plaignent que je parle de façon étrange/<br>bizarre/ vague/ Incompréhensible.                          | OUI ? NON |
| 124 | Les gens se plaignent que, à cause de ma manière exubérante<br>de parler, j'exagère ou je n'en arrive pas au fait. | OUI ? NON |
| 125 | Mon comportement ou mon apparence font probablement<br>croire aux gens que je suis étrange, spécial ou mauvais.    | OUI ? NON |
| 126 | Les gens me croient froid(e) et sans émotion.  | OUI ? NON |
| 127 | Les gens ne comprennent pas mon sens de l'humour.  | OUI ? NON |
| 128 | Les gens doivent penser que je suis paranoïaque.   | OUI ? NON |

Temps de passation :

## REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES

Albernhe K, Albernhe T (2000). Les thérapies familiales systémiques. 126-139. Paris, Masson.

Alengrin D, Arbus L, Bras PM, Brouchet A, Calvet C, Rouge D (1991). Les femmes battues – Pourquoi restent-elles au domicile conjugal ? Le concours médical, 19, 10, 113-131.

Andolfi M (1993). Crises du couple et de la famille trigénérationnelle. Thérapie familiale, 14, 1, 3-15.

Annuaire statistique de la justice (1998). Ministère de la justice. La documentation française.

Annuaire statistique de la justice (2000). Ministère de la justice. La documentation française.

Attias-Donfut C, Clément F, Delbès C, Paillat P, Renaut S, Rozenkier A (1989). Passages de la vie active à la retraite. Sous la direction de P. Paillat. PUF.

Badeau D (1995). Illness, disability and sex in aging. Sexuality and disability. 13, 3, 219-237.

Balier C (1979). Pour une théorie narcissique du vieillissement. In : L'information psychiatrique, 55, 6.

Barrère H, Poitrenaud J, Costagliola D, Vallery-Masson J (1982). Les facteurs de bien-être psychologique au-delà de 55 ans. Gérontologie et société, 22, 32-43.

Bartholomew K (1997). Adult attachment processes : individual and couple perspectives. British journal of medical psychology, 70, 249-263.

Beauchemin J-P (1990). La violence envers les personnes âgées ; cadre de référence et modes d'intervention. La revue de gériatrie, 15, 1, 11-16.

Benedikt L, Guenkine M (1983). Quel sexe pour le troisième âge ? Dialogue-Recherches cliniques et sociologiques sur le couple et la famille, 79, 37-42.

Benoît J-C, Malarewicz J-A, Beaujean J, Colas Y, Kannas S (1988). Dictionnaire clinique des thérapies familiales systémiques. ESF.

Bergman B, Ericsson E (1996). Family violence among psychiatric in-patients as measured by the Conflict Tactics Scale (CTS). Acta Psychiatr Scand, 94, 168-174.

Bianchi H, Gagey J, Moreigne J-P, Balbo G, Poivet D-Y, Thomas L-V. La question du vieillissement, perspectives psychanalytiques. Dunod.

Bourgeois M L (1999). Défenses et coping dans l'adaptation. In : Ferreri M, Le trouble de l'adaptation avec anxiété. Springer, Paris, 11-22.

Brenot P (1995). Le retentissement de la dépression dans le couple. In Dépression et sexualité. Ardix médical. p40-45.

Bronowska T, Cassou B, Dubois-Sauvecanne J-Y, Gonnet A, Hamon M-L, Leyglène M (1993). La relation psychosociale avec les personnes âgées, sous la direction de H. Barrère. Privat.

Caillé P (1991). Un et un font trois, le couple révélé à lui-même. ESF, Paris. 148p.

Caillé P (1996). Le couple et la maladie. Une illustration de l'arithmétique complexe des relations humaines. Thérapie familiale, 17, 4, 475-486.

Camdessus B, Bonjean M, Spector R (1989). Les crises familiales du grand âge. ESF, Paris.

Camus V, de Mendonça Linna CA, Gaillard M, Simeone I, Wertheimer J (1997). Are personality disorders more frequent in early onset geriatric depression ? Journal of Affective Disorders, 46, 297-302.

Cartensen L, Gottman J, Levenson R (1995). Emotional behavior in long-term marriage. *Psychology and aging*, 10, 1, 140-149.

Chahraoui K (1999). Evénements stressants de la vie : modèles et méthodologies ; quelques réflexions critiques. *L'encéphale*, XXV, 541-8.

Chartres J-P, Tignol J (1989). Difficultés et déviations sexuelles chez les personnes âgées. *Psychologie médicale*, 21, 8, 1071-1076.

Clément J-P, Léger J-M (1992). La place de la personne âgée dans la société ? *Psychiatrie française*, 3, 9-17.

Clément JP (2000). Psychothérapie préventive de la démence et biographie traumatique. Colloque Démences et traumatismes, Strasbourg 2000 (à paraître).

De Butler A (1993). Le vieillissement dans le couple. *Dialogue-Recherches cliniques et sociologiques sur le couple et la famille*, 122, 62-70.

Decherf G (1998). Les chemins de la violence - De la petite enfance, au couple, à la famille. *Journal de la psychanalyse de l'enfant*, 23, 163-171.

Dérouesné C (1998). Troubles sexuels dans la maladie d'Alzheimer. *L'année gériatologique 1998*, 497-501.

Deutsch H (1994). *Psychanalyse des fonctions sexuelles de la femme. Histoire de la psychiatrie*. PUF.

*Dictionnaire de la langue française Emile Littré* (1982).

Ducharme F (1994). Conjugal support, coping behaviors, and psychological well-being of the elderly spouse. *Research on aging*, 16, 2, 167-190.

Ducharme F (1997). Conjugal support, coping behaviors and mental health of elderly couples : a three-wave longitudinal panel study. *Health care in later life*, 2, 3, 155-165.

Duijsens IJ, Eurelings-Bontekoe EHM, Diekstra RF (1996). The VKP, a self report instrument for DSM III-R and ICD-10 personality disorders : construction and psychometric properties. *Person Indiv Diff*, 20, 171-182.

Eagles J M, Walker L G, Blackwood G W, Beattie J A G, Restall D B (1987). The mental health of elderly couples ; concordance for psychiatric morbidity in spouse. *British journal of psychiatry*, 150, 303-308.

Eiguer A, Ruffiot A, Padron C, Berenstein I, Puget J, Decobert S, Soulé M (1991). *La thérapie psychanalytique du couple*. Dunod, Paris.

Faure M-P (1983). Couple, dépendance pathologique et institution. *Psychologie médicale*, 15, 8, 1227-1228.

Ferreri M (1997). Evénements de vie. In *Les dépressions réactionnelles*, sous la direction de T. Lempérière. Masson, Paris, 39-62.

Ferrey G, Taurand P, Dupuy C (1999). Dysharmonie et violences dans le couple âgé. *Gérontologie n°110*, 11-16.

Ferrey G (1992). Le maintien à domicile et les limites de celui-ci chez les personnes âgées atteintes de troubles intellectuels et mentaux. *Psychogériatrie. Revue de la société de psychogériatrie de langue française*, 11, 18-24.

Ferrey G, Dupuy C (1997). Dimensions sociales du déclenchement et de la prise en charge du sujet âgé. In : *Les dépressions du sujet âgé*, sous la direction de T. Lempérière. Masson, Paris, p129-153.

Ferrey G, Le Goues (1995). *Psychopathologie du sujet âgé*. Paris, Masson.

Flipo A, Le Blanc D, Laferrère A (1999). De l'histoire individuelle à la structure des ménages. *Insee première*, 649.

Freud (1905). *Trois essais sur la théorie de la sexualité*. Trad. Franç. Paris, Gallimard, 1942, 189p.

Freud (1914), *Pour introduire le narcissisme*. Trad. Franç. In *La vie sexuelle*. Paris, PUF. 1969, pp81-105).

- Gafner G, Lukas-Arnold J (1991). An old-old couple's success at problem solving. *Clinical gerontologist*, 11, 1, 84-85.
- Gaucher J, Agniel A, Ploton L, Chapuy P (1980). Les conjugopathies en gériatrie. *Lyon médical*, 244, 14, 109-112.
- Girard A (1974). *Le choix du conjoint*. Paris, PUF.
- Gladstone J (1995). Elderly married persons living in long term care institutions : a qualitative analysis of feelings. *Aging and society*, 15, 493-513.
- Gognalons-Nicolet M (1984). Vieillir au féminin : à propos d'une temporalité spécifique liée à l'organisation différentielle des temps sociaux. In *Introduction à la psychogériatrie*, 62-67. Simep, Villeurbanne.
- Gognalons-Nicolet M, Bardet-Bloch A (1996). Vieillir au féminin, vieillir au masculin. *Gérontologie et société*. Cahiers de la fondation nationale de gérontologie, 77, 68-78.
- Gori C, Poinso Y (1972). *Dictionnaire pratique de psychopathologie*. Editions universitaires, Paris, 21-23.
- Gorwood P (1999). Evénements de vie et adaptation. In : Ferreri M, *Le trouble de l'adaptation avec anxiété*. Springer, Paris, 5-10.
- Gottman J-M (1994). Les interactions conjugales. *Neuro-psy*, 9, 3, 75-81.
- Grand A, Grand-Filaire A, Pous J (1991). Couples, vieillissements et gestion des incapacités. *Cahiers Socio. Démo. Méd.*, 31, 1, 15-44.
- Green A (1995). La causalité psychique, entre nature et culture. *Odile Jacob*, p271-274.
- Guelfi JD (1993). *L'évaluation clinique standardisée en psychiatrie*. Editions médicales Pierre Fabre.

Hagestad G, Smyer M (1987). La dissolution des relations de longue durée : exemples de divorces à l'âge mûr. *Gérontologie*, 63, 3-28.

Hanot C (1993). Approche systémique de la stérilité du couple. *Thérapie familiale*, 14, 1, 59-71.

Haynes S, Floyd F (1992). The marital satisfaction questionnaire for older persons. *Psychological assessment*, 4, 4, 473-482.

Hetu R, Jones L, Getty L (1993). The impact of acquired hearing impairment on intimate relationships : implications for rehabilitation. *Audiology*, 32, 363-381.

Higginbottom S, Barling J, Kelloway K (1993). Linking retirement experiences and marital satisfaction : a mediational model. *Psychology and aging*, 8, 4, 508-516.

Hinrichsen G, Pollack S (1997). Expressed emotion and the course of late-life depression. *Journal of abnormal psychology*, 106, 2, 336-340.

Horenstein M, De Moustier C, Martineau A (1992). Conflit de couple et dépression. In *Dépression et événements de vie*. *Ardix médical*, p 17-26.

Jacus J-P, Quiniou A-M, Hamon-Vilcot B (1998). Conflits conjugaux et leur issue au 4<sup>ème</sup> âge. *La revue de gériatrie*, 23, 6, 569-573.

Jalenques I, Albuissou E, Rancé J-R, Coudert A-J (1990). Les dix dernières années ou la fin du parcours. *Psychologie médicale*, 22, 12, 1177-1182.

Kagan Y (1998). *Dictionnaire de pratique gérontologique*. Ed. Frison-Roche, Paris.

Kaplan L, Ade-Rider L, Hennon C, Brubaker E, Brubaker T (1995). Preliminary typology of couplehood for community-dwelling wives : « I » versus « we ». *International journal of aging and human development*, 40, 4, 317-337.

Kaufman R, Glasl G (1977). La vie avec un partenaire psycho-organique : un aspect de la psychodynamique du couple âgé. *Med. et Hyg.* 35, 3713-3714.

Kendler K, Karkowski-Shuman L (1997). Stressful life events and genetic liability to major depression : genetic control of exposure to the environment ? *Psychol. Med.*, 27, 539-547.

Kiecolt-Glaser J, Glaser R, Cacioppo J, MacCallum R, Snyder-Smith M, Kim C, Malarkey W (1997). Marital conflict in older adults : endocrinological and immunological correlates. *Psychosomatic medicine*, 59 : 339-349.

Kissen M (1996). Projective identification : a resistance in couples. *American journal of psychotherapy*, 50, 1, 54-65.

Kivelä S-L, Luukinen H, Viramo P, Koski K (1998). Depression in elderly spouse pairs. *International Psychogeriatrics*, 10, 3, 329-338.

Kivelä S-L, Luukinen H, Sulkava R, Viramo P, Koski K (1999). Marital and family relations and depression in married elderly Finns. *J Affect Disord*, 54, 1-2, 177-182.

Kulik L (1996). Perceptions of conjugal relations among Israeli males : pre-retirement versus late retirement phases. *Contemporary family therapy*, 18, 1, 115-128.

Kulik L, Zuckerman Bareli H (1997). Continuity and discontinuity in attitudes toward marital power relations : pre-retired vs retired husbands. *Aging and society*, 17, 571-595.

Lafay A (1996). Images de la vieillesse dans à la recherche du temps perdu – le temps retrouvé. *Gérontologie et société*, 77, 149-169.

Laufer L (1997). La dispute. In : *Violence des familles, maladie d'amour*. collection mutations, 168, 155-174.

Le Gouès G (1991). Le travail du vieillir. In : *Etre vieux, de la négation à l'échange*. Série mutations, 124, 146-152.

Le Robert (1978). *Dictionnaire analogique et alphabétique de la langue française*.

Léger J-M, Tessier J-F, Godard M (1981). L'agressivité des personnes âgées. La revue de gériatrie, VI, 2, 61-64.

Léger J-M, Bourlot D, Lombertie ER, Malauzat D (1987). Alcoolisme et personnes âgées. Psychiatrie pratique du médecin, 45, 10-18.

Léger J-M, Tessier J-F, Mouty M-D(1989). Psychopathologie du vieillissement. Doin, Paris.

Léger J-M, Paulin S, Clément J-P (1995). Quelles significations peut-on donner aux états d'agitation et d'agressivité de la personne âgée ? Atelier de réflexion pluridisciplinaire : «Troubles de l'adaptation : états d'agitation et d'agressivité », Paris.

Lemaire J-G (1963). Exposé sur les mésententes conjugales et le rôle des conseillers conjugaux. L'hygiène mentale, 1, tome LII.

Lemaire J-G (1971). Les thérapies du couple. Payot.

Lemaire J-G (1979).Le couple :sa vie, sa mort. Paris, Payot, 347p.

Lemaire J-G (1967). Hygiène de la vie sexuelle et conjugale. Encyclopédie médico-chirurgicale, Paris, 37960-E-10.

Lemaire J-G. Thérapie du couple. Encyclopédie médico-chirurgicale, Paris, 37-819-F-05.

Lemaire-Arnaud E (1979). La crise et la durée dans le couple. Gérontologie, 31, 38-41.

Lempérière T (1997). Les dépressions du sujet âgé (sous la direction de T. Lempérière). Masson, Paris.

Lempérière T (1997). Les dépressions réactionnelles (sous la direction de T. Lempérière). Masson, Paris.

Levet-Gautrat M (1985). Evolution du rôle féminin lors de la cessation d'activité du conjoint. Gérontologie, 56, 60-62.

Lhôte A-E (1998). Le couple âgé. *Soins gériatrie*, 13, 41-42.

Louis M V (1992). Quels mécanismes de production de la violence dans le couple ? *Actualités psychiatriques*, 1, XXIIe année, 8-14.

Maggi L, Frongia P, Guidotti B, Spada T, Bressi C (1998). Depression and family : a symptom in interpersonal relationships. *New trends in experimental and clinical psychiatry*. 14, 3, 147-150.

Meaux J-P (1978). Problèmes de couples. *Psychologie médicale*. 10, 9 : 1699-1702.

Mémin C (1999). Sexualité et affectivité de la personne âgée. *Soins gériatrie*, 18, 7-12.

Messy J (1992). La personne âgée n'existe pas. Une approche psychanalytique de la vieillesse. Rivages, psychanalyse.

Mimoun S (1996). L'affaiblissement sexuel tardif : clinique et biologie. *La revue de gériatrie*, 21, 3, 163-170.

Monfort J-C, Gremion J (1995). Sévices à personnes âgées. *Nervure*, 8, 9, 24-27.

Neuburger R (1988). L'irrationnel dans le couple et la famille. ESF, Paris.

Neuburger R (1997). Nouveaux couples. Editions Odile Jacob.

Nuss P (1997). Clinique de la dépression réactionnelle. In : Les dépressions réactionnelles, sous la direction de T. Lempérière. Masson, Paris, 23-35.

Paillat P (1991). Vieillesse différentes, vieillesse inégales. *Gériatrie et société*, 56.

Pancrazi M-P, Simeone I (1998). Le couple à l'épreuve de la démence. *Revue Française de psychiatrie et de psychologie médicale*, 20, 65-69.

Pasini W (1996). A quoi sert le couple ? Editions Odile Jacob, Paris.

Peteet J, Greenberg M D and B (1995). Marital crises in oncology patients, an approach to initial intervention by primary clinicians. *General hospital psychiatry*, 17, 201-207.

Picat S, Fontanier D, Léger JM, Clément JP (1999). Difficultés de coexistence conjugale chez le sujet âgé : quelques réflexions à propos de 7 observations. *Revue française de psychiatrie et de psychologie médicale*, 33, tome 3, 97-100.

Pina DL, Bengtson VL (1995). Division of household labor and the well-being of retirement-aged wives. *The gerontologist*, 35, 3, 308-317.

Polivka J (1989). Visual models in family diagnosis. *Clinical gerontologist*, 9, 1, 45-52.

Porto R (1985). L'activité sexuelle dans la seconde moitié de la vie. *Médecine et hygiène*, 43, 1209-1216.

Potiron G, Senon J-L, Perivier E (1998). Dépression et travail du vieillir : approche psychodynamique des troubles dépressifs du sujet âgé. *Annales de psychiatrie*, 13, 1, 25-34.

Pronovost G (1996). Sociologie du temps. *Gérontologie et société*, 77, 164-166.

Proust M (1927). *A la recherche du temps perdu, le temps retrouvé.*

Pull CB, Wittchen HU (1991). CIDI, SCAN and IPDE : structured diagnostic interviews for ICD 10 and DSM III-R. *Eur Psychiatry*, 6, 277-285. Elsevier, Paris.

Rancé J-R, Jalenques I, Coudert A-J (1990). La retraite comme temps de bien vivre. *Psychologie médicale*, 22, 12, 1224-1226.

Rey Y (1996). Emprise du couple sur la famille : l'envers du décor. *Thérapie familiale*, Genève, 17, 2, 261-266.

Reynolds W, Remer R, Johnson M (1995). Marital satisfaction in later life : an examination of equity, equality, and reward theories. *International journal of aging and human development*, 40, 2, 155-173.

Ribes G (1995). Couple et institution. In : *Le droit absolu de ne pas vieillir ?* sous la direction de L.Ploton. Editions Pradel.

Rochard-Bouthier M-F (1994). Le sujet âgé et sa famille de la crise aux retrouvailles. *Psychologie médicale*, 26, 4, 361-363.

Sansot P (1995). *Les vieux, ça ne devrait jamais devenir vieux*. Payot.

Sautereau E, Tavernier-Vidal B, Pfitzenmeyer P, Gaudet M (1993). Une façon de vieillir à deux où la régression de l'un répond au maternage de l'autre. *Psychologie médicale*, 25, 3, 229-231.

Schrod H (1996). Couple recomposé, recherche d'identité. *Thérapie familiale*, 17, 2, 267-270.

Simeone I (1984). Le devenir du couple âgé. In : *Introduction à la psychogériatrie*. Villeurbanne, Simep, 35-42.

Simeone I (1986). Le couple âgé et le vieillissement. *Actualités psychiatriques*, 3, 18-24.

Simeone I (1990). Aspects du devenir psychique et relationnel à la sénescence. *Psychologie médicale*, 22, 12, 1167-1169.

Simeone I (1995). Patients déments et famille : à propos des groupes thérapeutiques de soutien. *Psychologie médicale*, 27, spécial 3, 200-202.

Smilkstein G, Aspy C, Quiggins P (1994). Conjugal conflict and violence : a review and theoretical paradigm. *Family medicine*, 26, 2, 111-116.

Stirtzinger R, Robinson G E (1989). The psychologic effects of spontaneous abortion. *CMAJ*, 140, 799-805.

Swindle RW, Cronkite RC, Moos RH (1989). Life stressors, social resources, coping, and the 4-year course of unipolar depression. *J. Abnorm. Psychol.*, 98, 468-477.

Szinovacz M, Harpster P (1994). Couples' employment/retirement status and the division of household tasks. *Journal of gerontology : social sciences*, 49, 3, 125-136.

Tessier J-F, Léger J-M (1981). Les réactions psychologiques au vieillissement. *Rev Méd de Limoges*, 2, 113-116.

Tessier J-F (1986). Couples et démence. *Revue médicale de Tours*, 20, 2, 124-130.

Tessier J-F, Pareaud M (1984). Le conjoint du dément. *L'actualité en gérontologie*, 39, 15-17.

Thomas P, Hazif-Thomas C, Pradere C (1996). Démotivation chez la personne âgée et tolérance familiale. *La revue du généraliste et de la gérontologie*, 27, 111-114.

Thomé-Renault A (1994). Une théorie pulsionnelle du vieillissement. *L'information psychiatrique*, 70, 4, 329-334.

Tignol J, Brenot Ph, Etcheverry M, Grafeille N (1999). Troubles de la sexualité du sujet âgé et conjugopathies. In : *Traité de psychiatrie du sujet âgé*. Flammarion, 284-291.

Tordjman G (1981). *Le couple, réalités et problèmes*. Hachette.

Tower R, Kasl S (1995). Depressive symptoms across older spouses and the moderating effect of marital closeness. *Psychology and aging*, 10, 4, 625-638.

Vacola G (1992). Amour et haine, Eros-Thanatos. *Actualités psychiatriques*, 1, 12-14.

Veylon R (1979). Du couple « normal » au couple « malade ». *La nouvelle presse médicale*, 8, 23, 1947-1952.

Veyrat J-G (1993). Pour une approche psychopathologique de la retraite. *Revue de médecine fonctionnelle*, 25, 221-243.

Veyrat J-G (1988). Retraite et couple, à propos de 23 observations. *Annales médico-psychologiques*, 146, 6, 572-576.

Veyrat J-G (1996). Sexualité du sujet âgé. *La gazette médicale*, 103, 28, 37-39.

Wertheimer J (1989). Désordres socio-familiaux et troubles des conduites en médecine gériatrique. *Psychologie médicale*, 21, 8, 1141-1143.

Wolff HG, Wolf SG, Harec C (1950). Basic dimensions within the coronary-prone behavior pattern. *J Chronic Dis*, 22, 781-95.

# TABLE DES MATIERES

<b>UNIVERSITE DE LIMOGES</b>	1
<b>REMERCIEMENTS</b>	5
<b>DEDICACES</b>	9
<b>PLAN</b>	11
<b>INTRODUCTION</b>	15
<b>1 DONNEES GENERALES SUR LE COUPLE</b>	16
1.1 DEFINITIONS	16
1.1.1 DEFINITION DU SUJET AGE	16
1.1.2 DEFINITION DU COUPLE	17
1.1.3 DEFINITION DU CONFLIT CONJUGAL	18
1.1.4 NOTION DE CONJUGALITE	19
1.2 LA STRUCTURATION DU COUPLE HUMAIN	19
1.2.1 LE CHOIX DU PARTENAIRE	19
1.2.1.1 ASPECTS SOCIOLOGIQUES	19
1.2.1.2 DONNEES PSYCHANALYTIQUES	20
1.2.1.3 APPROCHE SYSTEMIQUE	21
1.2.2 L'EVOLUTION DU COUPLE	23
1.2.2.1 LUNE DE MIEL	23
1.2.2.2 CRISE DU COUPLE	24
1.2.2.3 RETOUR DU REFOULE	25
1.2.3 LES DIFFERENTS TYPES DE COUPLE	25

<b>2 LE COUPLE AGE</b>	<b>26</b>
2.1 DONNEES DEMOGRAPHIQUES	28
2.2 DIFFERENCES DE VIEILLISSEMENT ENTRE L'HOMME ET LA FEMME	28
2.3 LES FONCTIONS DU COUPLE AGE	30
2.4 FACTEURS FAVORISANT UNE CRISE CONJUGALE OU UN DYSFONCTIONNEMENT DU COUPLE	31
2.4.1 CONCEPT D'EVENEMENT DE VIE	31
2.4.2 EVENEMENTS DE VIE PERTURBANT L'EQUILIBRE DU COUPLE AGE	32
2.4.2.1 LA RETRAITE	32
2.4.2.2 LA DEGRADATION PHYSIQUE OU PSYCHIQUE D'UN CONJOINT	35
2.4.2.3 LA MENOPAUSE	37
2.4.2.4 EVENEMENT FAMILIAL	38
2.5 LES DIFFERENTS MASQUES PSYCHIATRIQUES QUE PEUVENT PRENDRE LES DIFFICULTES CONJUGALES CHEZ LE SUJET AGE	39
2.6 LES ISSUES POSSIBLES	43
2.6.1 SEPARATION	44
2.6.2 COUPLE DE LONGUE DUREE	45
2.6.3 DIVORCE	46
<b>3 ETUDE</b>	<b>47</b>
3.1 OBJECTIFS ET HYPOTHESES	47
3.2 MATERIEL ET METHODE	48
3.2.1 MATERIEL	48
3.2.1.1 POPULATION ETUDIEE	48
3.2.1.2 OUTILS	49
3.2.1.2.1 UN AUTO-QUESTIONNAIRE D'EVALUATION DES TRAITS DE PERSONNALITE	50

3.2.1.2.2	UN HETERO-QUESTIONNAIRE SUR LES EVENEMENTS DE VIE	51
3.2.2	METHODE	53
3.2.2.1	RECUEIL DES DONNEES	53
3.2.2.2	ANALYSE STATISTIQUE	54
3.3	RESULTATS	56
3.3.1	CARACTERISTIQUES DESCRIPTIVES DE L'ECHANTILLON	56
3.3.2	RESULTATS AUX QUESTIONNAIRES	60
3.3.2.1	RESULTATS AU QUESTIONNAIRE EVVIE	60
3.3.2.2	RESULTATS AU VKP	64
3.4	DISCUSSION	65
3.4.1	A PROPOS DE LA METHODOLOGIE	65
3.4.2	A PROPOS DES RESULTATS	68
	<b>CONCLUSION</b>	<b>73</b>
	<b>ANNEXE</b>	<b>76</b>
	Document n°1 : questionnaire VKP	77
	Document n°2 : questionnaire EVVIE	94
	<b>REFERENCES BIBLIOGRAPHIQUES</b>	<b>110</b>

## SERMENT D'HIPPOCRATE

En présence des maîtres de cette école, de mes condisciples, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine.

Je dispenserai mes soins sans distinction de race, de religion, d'idéologie ou de situation sociale.

Admis à l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe, ma langue taira les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser les crimes.

Je serai reconnaissant envers mes maîtres, et solidaire moralement de mes confrères. Conscient de mes responsabilités envers les patients, je continuerai à perfectionner mon savoir.

Si je remplis ce serment sans l'enfreindre, qu'il me soit donné de jouir de l'estime des hommes et de mes condisciples, si je le viole et que je me parjure, puissé-je avoir un sort contraire.

BON N° 164

LE PRÉSIDENT DE LA THÈSE

Vu, le Doyen de la Faculté

VU ET PERMIS D'IMPRIMER

LE PRÉSIDENT DE L'UNIVERSITÉ

**PICAT S. : Souffrance conjugale et psychopathologie du sujet âgé (étude sur 57 couples) ; 125 p**  
Thèse de médecine, Limoges, 2000, n°

### **RESUME**

La pratique clinique en psychogériatrie montre que la souffrance conjugale est fréquente chez le sujet âgé et a des spécificités tant cliniques que psychopathologiques.

Elle peut se manifester par une symptomatologie psychiatrique variée et entraîner des hospitalisations à répétition en milieu psychiatrique.

Certains événements peuvent réactiver une crise ancienne du couple et le déséquilibrer.

Le couple ne reconnaît pas toujours le problème conjugal mais, souvent, l'un des deux conjoints montre qu'il ne peut plus vivre avec l'autre en venant se réfugier à l'hôpital où son état s'améliore assez rapidement alors qu'il se détériore presque aussitôt après son retour à domicile.

Cette étude a pour objectif de rechercher dans la personnalité et l'histoire des époux des facteurs de risque de difficultés conjugales chez le sujet âgé. Pour cela, 30 couples en difficulté conjugale et 27 couples témoins ont été étudiés grâce à un auto-questionnaire d'évaluation des traits de personnalité, le VKP, et un hétéro-questionnaire sur les événements de vie, le EVVIE.

Les résultats de ce travail indiquent que les sujets en difficulté conjugale présentent un nombre d'hospitalisations et un score global au questionnaire EVVIE significativement supérieurs à ceux des sujets témoins.

Des facteurs de risques de problèmes conjugaux chez le sujet âgé ont été mis en évidence : la violence ou la mésentente conjugale, la maladie d'un des conjoints et les problèmes liés à la grossesse et à la fertilité, survenus à une période même ancienne de la vie du couple.

Les perspectives de cette recherche sont finalement la prise en charge des patients en psychothérapie systémique en essayant de résoudre la crise conjugale et d'éviter une séparation qui peut s'avérer tragique pour le conjoint abandonné.

### **DISCIPLINE : PSYCHIATRIE**

### **MOTS-CLES**

Evénement de vie, sujet âgé, personnalité, couple, souffrance conjugale.

### **JURY**

Président

Monsieur le Professeur J.-M. LEGER

Juges

Monsieur le Professeur J.-P. CLEMENT

Monsieur le Professeur R. GAROUX

Monsieur le Professeur C. PIVA

Membre invité

Monsieur le Docteur D. FONTANIER