



Personnes âgées

Autonomie - Dépendance - Santé mentale

20/05/2001 - © copyright Thierry TOURNEBISE

[Retour nouveau à lire](#)

Lire aussi les publications [Psychologie et violence dans le grand âge](#) ainsi que [Humaniser la fin de vie](#) et [Communication thérapeutique](#)

Un article destiné à tous ceux qui s'interrogent sur la dimension humaine de cette étape de la vie, au personnel de maison de retraite, aux soignants de service long séjour et des unités de soins de longue durée

Être dans le grand âge et être quelqu'un

Dans mon article de mars [un Quelqu'un en habit de personne](#) j'ai précisé pourquoi le mot "personne" est ambiguë. **"Personne"**, c'est le personnage, l'apparence, alors que "quelqu'un" c'est l'individu. Dans le cas des hommes et des femmes très âgées cette notion est très importante car leur apparence (le masque, le statut, le personnage) ne satisfait plus aux critères sociaux habituels. La peau, la posture du corps, la position sociale et l'énergie sont sortis des normes. Parfois même les facultés intellectuelles ne sont plus ce qu'elles étaient.

Dans le très grand âge (d'autant plus que la médecine sait nous prolonger) il arrive que l'**autonomie** diminue jusqu'à parfois disparaître. La médecine sait prolonger la vie, mais pas encore la jeunesse. Alors des **institutions spécialisées** viennent en aide à ceux qui ne peuvent plus se suffire à eux-mêmes.

Dans ce contexte, **saurons nous encore voir le "quelqu'un" qui vit au cœur de ces hommes et femmes de grand âge**, ou bien nous contenterons nous de voir "une personne âgée" ? **Le mot "personne" désignant peut-être ici le fait qu'on a cessé d'y voir quelqu'un.**

Naturellement, chacun pensera qu'il faut respecter ces hommes et ces femmes et s'en occuper dignement. Probablement même chacun le pensera de façon sincère. Mais qu'en est-il en réalité?

Pour mieux comprendre le grand âge

J'ai entendu un **éminent psychiatre**, au fait des problèmes de communication, s'exprimer à ce sujet dans une émission radiophonique. Il faisait remarquer aux auditeurs **qu'il est difficile de se mettre à la place de ces personnes malades, grabataires, parfois démentes...** et que de ce fait il est difficile de les comprendre.

En effet il est impossible de se mettre à leur place. Et c'est là notre problème en communication: pour comprendre les autres nous essayons toujours de nous mettre à leur place. **Or nous mettre à la place de quelqu'un (même d'un jeune) revient à ne contempler que notre propre imaginaire et à rester aveugle à autrui.** Sur ce sujet, je ne me répéterai pas et vous renvoie à mon article de novembre 2000 [Les pièges de l'empathie](#).

Je partage tout à fait le point de vue de ce psychiatre sur le fait que nous ne pourrons jamais comprendre les vieillards des maisons de retraite en essayant de nous mettre à leur place.

Par contre **nous y parviendrons en nous ouvrant à eux, en cessant d'essayer de nous mettre à leur place**. Nous y parviendrons le jour où nous saurons **être attentif à quelqu'un au-delà de son apparence physique ou intellectuelle**; le jour où **l'individu comptera plus à nos yeux que son discours** (et que le nôtre).

Nous y parviendrons **le jour où nous saurons être distincts de lui sans en être distant**. Le jour où nous saurons être chaleureux sans être dans l'affectivité.

Nous pourrons le comprendre le jour où **nous saurons mieux entendre que dire**; le jour où nous entendrons avec plus que nos oreilles; **le jour où le cœur (pas l'affectivité, qui elle rend aveugle) affinera notre perception d'autrui**.

Nous commencerons alors à savoir de quoi nous parlons quand nous parlons de dignité, d'autonomie, de syndrome de glissement, de démence, de réhabilitation de la raison etc....

Quand nous parlerons de projets de vie dans une maison de retraite, il s'agira alors vraiment de projets de vie.

Pour parler de vie il est essentiel de considérer l'humain dans la globalité de son existence. Cela ne peut bien-sûr se résumer à des évaluations physiologiques ou psychologiques (même si celles-ci sont utiles).

Une rencontre

Lors d'un de mes derniers stages animés dans une maison de retraite pour former son personnel soignant, j'ai particulièrement apprécié, en fin de journée, **un moment d'échange avec une pensionnaire**.

Elle est valide, diagnostiquée démente et Alzheimer, mais ses **propos sont remarquables et profonds**. Hélas, dit le diagnostic, elle ne montre que de l'apparence, une sorte de bluff derrière lequel il n'y a plus rien ! L'amusant de ce diagnostic est qu'il semble décrire l'attitude ordinaire de la plupart des gens dans la société. On ne dit pourtant pas qu'ils sont déments !

Naturellement cette vieille femme a des **difficultés de mémoire importantes**, elle **ne trouve pas toujours ses mots**, elle est **agressive avec d'autres pensionnaires**. **Mais elle se sent bien quand elle me parle de sa vie, de son ressenti**, qu'elle refuse de me dire son âge d'abord en me disant qu'elle ne s'en souvient plus, puis en me disant qu'il ne faut pas y penser... qu'elle n'a pas peur de... (sous-entendu la fin) car elle sait apprécier chaque instant l'un après l'autre... peu lui importe qu'il lui reste quelques jours, semaines ou années. Puis elle me **chante une chanson en y mettant beaucoup de poésie et de nuances**. Après 10 mn d'échange, **elle finit par dire, en parlant de la "fin" sur le ton de la confiance: "ça fout la trouille. Il vaut mieux ne pas y penser. Alors je vis chaque instant..."**

Sentant que je la comprends, elle me remercie, chaleureusement. Je ne me suis pas mis à sa place (j'en serai bien incapable) mais j'ai été ouvert à chacun de ses mots, chacun de ses regards, de ses gestes. Pas pour les interpréter... juste pour "la rencontrer" dans ce qu'elle veut me montrer dans cet instant.

J'ai vécu ce moment comme un moment de rencontre, un moment d'exception. Elle aussi. Naturellement, c'est beaucoup plus facile dans un instant isolé ainsi, que dans le feu du travail au moment où l'on a mille choses à faire. D'autant plus que d'autres pensionnaires ont d'importants troubles physiologiques, plus du tout d'autonomie et des pathologies graves ou invalidantes.

Le personnel est mis à rude épreuve dans un environnement difficile. Ces lignes ne visent aucunement à culpabiliser les soignants. Rendons plutôt hommage à leur travail et apportons leur l'aide dont ils ont besoin pour mener à bien leur tâche en y gardant leur propre intégrité.

Le stress des soignants est immense dans ces circonstances. D'une part à cause des **moyens (matériels et humains) insuffisants...** mais cela tout le monde le sait et il n'est pas aisé d'y remédier, même s'il faut sérieusement y penser. D'autre part à cause des **attitudes inadaptées dans le soin**, et cela n'a rien à voir avec le manque de temps et de moyens. Il s'agit là de précisions sur l'aide et la communication qui ne sont pas connues... mais en plus, **la plupart du temps, j'observe hélas que la façon de faire est à l'opposé**. Sans doute à cause de précisions manquantes, mal expliquées ou mal comprises. Peut-être un bain culturel qui nous a enseigné à faire le contraire. Voir dans l'article du mois dernier [le non savoir source de compétence](#), le chapitre final traitant de l'écoute humaine.

Les changements d'environnement

Nous faisons dans notre vie **plusieurs expériences de changement d'environnement**. Je vous propose un résumé rapide de quatre de ces étapes. Ceci nous permettra mieux de cerner dans quel contexte d'existence s'inscrit le dernier changement : celui du grand âge ou de la maison de retraite.

La naissance

C'est sans doute notre **première expérience de changement d'environnement**. Nous y passons d'un monde où nous bénéficions de tout en continu, vers un monde où il faudra nous habituer à ne l'avoir qu'en discontinu. Nous entrons dans un monde d'**alternance du manque et du contentement**.

L'adolescence

Nous n'y sommes plus un enfant mais pas encore un adulte. Nous ne supportons plus de dépendre de nos parents, mais nous ne pouvons toujours pas nous passer d'eux. **Nous ne pouvons être dans le monde d'avant, mais ne sommes pas encore dans le monde d'après**. Période cruciale aussi où le corps change soudain. Changement "d'habitat": ce n'est plus le corps d'avant, ce n'est pas encore celui d'après.

Le milieu de vie (40-50)

Un nouveau changement majeur se produit. Entre quarante et cinquante ans, **après vingt années d'acharnement pour faire notre situation, l'avoir et le faire perdent à nos yeux de l'intérêt**. Ce n'est plus la même énergie, ou en tout cas plus l'envie de l'investir de la même façon. Nous avons alors un **souhait de plus de vie, de plus d'être, de plus d'attention, de plus d'authenticité**. Mais si l'intérêt (pour les choses) est moins présent, l'attention (pour les gens) n'est pas encore tout à fait au rendez-vous avec la dimension attendue.

Pendant un temps, comme il n'y a ni l'un ni l'autre, le quadra-quinqua que nous sommes se met un peu, ou beaucoup, à déprimer. Puis nous arrivons dans ce qu'on peut appeler la maturité... on arrive enfin dans la vie. **L'énergie c'est faire, la vie c'est être**. Une sorte de véritable âge adulte. La vie et l'énergie sont deux notions très distinctes l'une de l'autre.

Parfois ça ne marche pas et nous nous accrochons alors à une attitude d'adolescent immature... Il n'y a pas de quoi sourire : cela est douloureux et pathétique car généralement incompris.

Dans ce moment de milieu de vie, la situation change aussi du fait que **les enfants que nous avons eus sont adolescents** (ils nous renvoient à notre propre adolescence) et que **nos parents eux sont âgés (ils nous font entrevoir le bout de notre propre vie)**. Parfois dans cette époque de notre existence **nous essayons quelques deuils** qui font que rien n'est plus comme avant. Décidément, le décor n'est plus le même et c'est une nouvelle vie qui commence. **Passage réussi ?** Si le passage est réussi, la nouvelle vie qui suit est plus profonde et plus riche, y compris la retraite.

La retraite

Quand le passage du milieu de vie fut incertain (c'est le plus fréquent) ou vraiment raté (ça arrive plus qu'on ne le croit), quelques uns se raccrocheront à leur travail. Dans ce cas, pour eux, la retraite sera un changement de monde éprouvant.

S'ils n'y dépriment pas trop, ils s'y occuperont avec **frénésie** et se retrouveront **moins libres que lors de leur activité professionnelle**.

Ils ne seront arrêtés que par le grand âge... à la maison de retraite ! Dans ce cas ce sera pour eux une épreuve très lourde.

Au contraire, quand le passage du milieu de vie s'est bien déroulé dans le sens d'une réelle maturation, la retraite n'est pas éprouvante. Elle est plus source de vie que d'activisme.

Il en découle que, si dans le grand âge la maison de retraite y est néanmoins nécessaire, elle y sera mieux vécue.

Des constantes à chaque étape

Il est à noter que ces passages, même quand tout va bien, s'accompagnent d'un temps de déprime. Plus précisément, comme à chaque fois que nous sommes confrontés à quelque chose de trop difficile à intégrer spontanément, nous y traversons 5 étapes. La **dénégation** (On n'y croit pas), la **colère** (Oh non pas déjà ! C'est trop injuste), le **marchandage** (comment négocier au mieux pour éviter), la **déprime** (c'est incontournable), l'**acceptation** (intégration et passage à l'étape suivante). Naturellement nous prendrons soin de ne pas confondre résignation ou compensation avec acceptation.

Pour plus de détails, lire "[Se Comprendre avec ou sans mots](#)" de la page 155 à 218 et "[Chaleureuse rencontre avec soi-même](#)" de la page 31 à 43

Peut être aurez-vous reconnu là les étapes généralement identifiées pour la fin de vie? Mais en réalité, elles accompagnent toutes les périodes délicates de l'existence. Elles se produisent à chaque fois que nous sommes confrontés à quelque chose qui nous dépasse et ne peut être intégré spontanément.

Après la **naissance**, l'**adolescence**, le **milieu de vie** et la **retraite**, nous arrivons à l'étape qui nous intéresse dans cet article : **la maison de retraite**. Ultime étape avant la dernière.

La maison de retraite

Une vie remplie

Après une existence déjà bien remplie et ses multiples passages plus ou moins bien réussis; après de multiples **instants de joies ou de peines, tant de réussites et tant d'échecs; tant de vie amoureuse et tant d'incertitudes, tant de satisfactions et de bonheurs mais aussi de frustrations et d'espoirs déçus;** après **tant de deuils** venant "agrémenter" la vie d'une façon si inattendue (on ne s'y fait jamais vraiment)... **Après tout cela, voilà la maison de retraite.**

Jusque là, **quand le moral n'était pas au rendez vous, on pouvait ouvrir le frigo** et manger un peu de chocolat, on pouvait **faire de la marche**, on pouvait **aller au concert**, faire des repas avec des amis ou de la famille... On pouvait **sortir son chien ou câliner son chat**. Puis il y avait une intimité : ce qu'on veut quand on veut ! Tout seul ou avec le compagnon ou la compagne. On pouvait **aller voir du monde... ou rester chez soi.**

Un dénuement

Là c'est différent. Que le moral soit ou non au rendez vous, **les compensations se font rares**. Il reste **peu d'objets personnels**. Il n'y a **presque pas d'intimité**. S'il n'y a pas autonomie, il n'y a plus du tout d'intimité.

Naturellement, il y a du personnel attentionné, il y a des animateurs, il y a des projets de vie, des activités. Tout le monde fait au mieux pour rendre ce nouveau lieu aussi acceptable que possible.

Il n'empêche que c'est un changement radical. Le fait nouveau majeur en est la rareté des compensations. **Il semble que les sources d'intérêt se soient amenuisées à l'extrême, afin de proposer une ouverture vers l'attention** (je vous proposerai le mois prochain un article détaillé sur ce mécanisme de la disparition de l'intérêt pour éveiller l'attention avec le rôle naturel de la [déprime](#)).

Sagesse ?

Est-ce cela qui fait dire que le grand âge est un âge de sagesse ? C'est certainement vrai **pour ceux qui ont su franchir avec succès les différents changements de monde** cités plus haut et qui ont su accepter ce chemin vers plus de vie et de maturité.

Ultimes Astuces de vie ou de survie

Pour ceux qui n'ont pas trouvé cette sagesse, c'est à dire la plupart d'entre nous, quand les compensations diminuent ou s'arrêtent, l'esprit peut "se débrancher" un peu pour ne plus souffrir... et cela ne donne pas franchement des allures de sage!

Certains états psychopathologiques ont des causes purement physiologiques et nécessitent alors des traitements médicamenteux et un travail de rééducation adaptés. Mais **la plupart des apparents dérèglements mentaux ne sont pas que physiologiques**. Souvent ils n'ont même rien à voir avec la physiologie. **Ils sont :**

Soit une astuce pour ne plus souffrir. C'est alors une anesthésie de survie.

Soit un moyen pour retrouver enfin des raisons oubliées (des moments d'existences non intégrés qui attendent toujours un soin ou une écoute qu'ils n'ont pas reçus). C'est alors une pulsion de vie poussant l'individu à restaurer un bout de son histoire.

Même quand un homme ou une femme très âgés **semblent dire n'importe quoi** et être atteints d'un **trouble du comportement...** ils sont peut être **en train d'évoquer une raison fondamentale de leur existence présente ou passée**.

La raison: c'est ce qui est source, ce qui est origine... et provoque leur apparent trouble actuel. C'est la raison de leur trouble.

Cette raison est un moment de leur vie où ils ont souffert. Leur **pulsion de survie** (réflexe) leur a permis d'éloigner cette douleur de leur conscience. Mais en même temps leur **pulsion de vie** (inconsciente) a assuré la protection de cette part de vie contre l'effacement.

Ceci est important car si **la pulsion de survie est essentielle pour échapper à la douleur**, elle a l'inconvénient d'amputer d'un bout d'existence, d'un bout de sa [structure psychique](#).

La pulsion de vie assure la sauvegarde de cette part de soi oubliée. Elle en assurera aussi la manifestation ultérieure dans des circonstances similaires. Le but étant de la réhabiliter pour se guérir de ses manques. Pour plus de détails, voir le [dossier thérapie de ce site](#). Dans la fin de vie, une personne **meurt plus en paix si elle est entière**. C'est un aspect de l'accompagnement de fin de vie qu'il faut prendre en considération en plus de tous les autres.

Ce qu'on nomme trouble est donc souvent un éclaircissement en marche. Encore faut-il savoir l'accompagner. Pour cela il faut d'abord avoir confiance en ce quelqu'un que sont cet homme ou cette femme de grand âge.

Ce qui devient grave, c'est quand toutes les personnes qui entourent cet homme ou cette femme très âgés **nient cette raison... jusqu'à la leur faire perdre !** Même avec de bonnes intentions, cela est trop fréquent.

Autonomie, santé mentale ?

Le personnel est formé aux différents soins de médecine, de kinésithérapie et d'hygiène . Il a aussi une attention toute particulière à la vie des pensionnaires, à leur santé mentale, à leur autonomie, à leur vie sociale et à leurs activités.

Dans de nombreux établissements, la fin de vie est aussi prise en compte avec autant de délicatesse que possible pour ceux qui arrivent au bout de leur existence. L'accompagnement des êtres arrivant à ce dernier passage est de plus en plus évoqué aujourd'hui (tant physiquement que psychologiquement) Il fait partie intégrante du rôle des soignants. Ceci concerne les **hôpitaux** en général... et bien sûr les **maisons de retraite**, services de **longs séjours** et les **unités de soin longue durée** en particulier. Naturellement ce n'est pas le cas partout et il reste encore fort à faire.

Les médecins et soignants sont généralement conscients que tout cela est important. Mais leur formation est insuffisante sur ces points. La question n'est donc pas de souligner que c'est important, mais d'examiner comment les choses se passent afin de les optimiser.

Malgré toutes ces bonnes intentions (tout de même encore manquantes dans quelques unités de soin), la prise en charge des patients et pensionnaires ne semble pas satisfaisante.

Le souci des soignants, outre tous les aspects médicaux, c'est le glissement des pensionnaires dans la **dépendance** et la **démence**. C'est aussi le glissement vers un désir de ne plus vivre. Ce **syndrome de glissement**, c'est quand la personne ne souhaite plus s'alimenter ni se soigner... se laisse mourir.

L'inverse malgré soi

Le rôle et la volonté des soignants est d'aider de tels patients ou pensionnaires. Depuis 1988, date où j'ai commencé à former du personnel de ces établissements, je rencontre un certain nombre de situations où **ce qui est fait** (avec de bonnes intentions) **est hélas souvent l'inverse de ce qui serait souhaitable.**

Douceurs et violences ordinaires

Le projet étant de motiver vers la vie, de promouvoir ou de **restaurer l'autonomie**, d'éviter, réduire ou soigner les **états de démences** ou les **troubles du comportement... que voit-on faire habituellement ?** Je vais vous proposer ci-dessous quelques **exemples de propos tenus avec des pensionnaires ou patients.**

Sous des dehors de gentillesse, ils contiennent des **maladresses involontaires qui conduisent gravement à l'opposé du projet initial.** Ils semblent anodins ou dérisoires, mais ils ne le sont pas. Le premier aspect à considérer quand on veut parler de projet de vie pour les personnes âgées... c'est d'abord de rectifier ces fâcheuses habitudes.

Vous pouvez lire attentivement ces exemples de propos, afin d'éviter qu'ils ne continuent à nuire. **Peu de gens remarquent qu'ils favorisent la perte d'autonomie,** la démence, et le syndrome

de glissement. Il y a là un travail majeur à accomplir. Peut être même vous demanderez vous parfois en les lisant **"mais en quoi ces phrases sont-elles si mauvaises que ça?"** Évidemment, c'est pour cela que ces propos échappent à la sagacité des soignants. Mais la nuisance est profonde car **ils consistent à ne jamais tenir compte de ce que vient de dire le pensionnaire...** pour le rassurer, pour être positif, pour le distraire de ce qui le préoccupe etc. Mais en fait ça le détruit. Ça lui fait du lavage de cerveau, de la **cervelle mixée...** ça l'infantilise progressivement sans que personne ne s'en rende compte.

Imaginez les phrases ci-dessous avec un non verbal délicat. L'effet néfaste ne vient pas ici d'un ton excédé. Il vient plus simplement de l'état d'esprit qui amène à nier l'autre, même gentiment. Naturellement il peut arriver qu'en plus ces phrases soient prononcées avec un peu de brutalité... mais là, la nuisance est évidente pour tous.

Ce qui est important, c'est de pointer que l'effet néfaste de ces phrases existe même en l'absence de brutalité dans le ton. Elle persiste même avec un ton délicat.

Les repas :

"Je n'ai pas faim" dit le pensionnaire. "Mais il faut manger, cela vous fera du bien - *répond le soignant* - Il n'y a pas quelque chose qui vous ferait plaisir?"

"Je ne veux pas aller au réfectoire pour manger. Je veux manger dans ma chambre" dit le pensionnaire. "Mais vous n'allez pas rester tout seul. Si vous voulez rester autonome, il faut vous déplacer. Allez, je vous emmène" répond le soignant.

Les toilettes :

"Je ne veux pas me laver". "Mais si, je vais faire vite... vous verrez vous vous sentirez mieux. Vous ne pouvez pas rester comme ça!" répond le soignant.

"Chez moi je ne me lavais pas tous les jours. Je suis déjà propre vous m'avez lavé hier". dit le pensionnaire. "Oui mais ici c'est autrement. C'est plus hygiénique. Il faut se laver tous les jours. C'est pour votre bien être et votre santé" répond le soignant.

Les souffrances et les psychopathologies :

"Je ne sers plus à rien ici" dit le pensionnaire dépressif. "Mais faut pas dire ça, on vous apprécie ici, puis vous avez vos petits enfants qui vous aiment beaucoup" répond le soignant.

"Je me sens seul " dit le pensionnaire Mais nous sommes là, puis vous allez avoir de la visite" répond le soignant.

"Je veux mourir" dit le pensionnaire suicidaire. "Ah! vous ne devez pas dire ça! Vos enfants vous aiment, ils tiennent à vous" répond le soignant.

"Je veux voir maman" dit la très vieille dame. "Quel âge avez vous?" répond le soignant voulant la resituer dans le présent afin qu'elle ne soit plus dans le délire de chercher sa mère. J'expliquerai plus loin le danger d'une telle pratique pourtant recommandée par certains.

"Je voudrais mourir pour retrouver mon mari" dit une pensionnaire souffrant encore d'un deuil ancien. "C'est vrai, il est mort, mais vos enfant tiennent à vous, vos petits enfants aussi. Vous allez être arrière-grand-mère. Il ne faut pas vivre avec le passé" répond le soignant

Les Activités :

"C'est pas terrible" dit un pensionnaire venant de réaliser un ouvrage (par exemple un coloriage). "Mais si, c'est très réussi!" dit le soignant

"**J'ai pas envie d'aller chanter**" dit le pensionnaire à qui on propose de participer à un atelier de chant. "Allez, venez, ça vous changera les idées!" répond le soignant.

"**J'en ai mare de faire ce truc idiot**" dit le pensionnaire à qui on propose d'envoyer un ballon. "Mais c'est important de le faire pour garder une bonne capacité physique" répond le soignant.

"**Je ne veux pas faire ce voyage**" dit le pensionnaire à qui on propose une sortie organisée. "Mais si venez avec nous. Ce serait dommage. C'est l'occasion de rencontrer des gens et d'aller un peu à l'extérieur" répond le soignant.

Les soins :

"Je vous amène vos médicaments". "**J'en veux pas de vos saloperies**" rétorque le pensionnaire "Ah si ! Il faut les prendre si vous ne voulez plus avoir mal" renvoie le soignant.

"Je vais refaire votre pansement". "**Vous allez encore me faire mal!**" râle le pensionnaire. "Mais non, je vais faire attention" dit le soignant.

"Il faut vous lever". "**Laissez moi au lit, je suis fatigué**" répond le pensionnaire. "Si vous ne vous levez pas c'est mauvais pour votre circulation. Allez je vais vous aider" dit le soignant.

...etcetc ...etc. Vous n'avez ci-dessus que quelques exemples de situations et quelques cas de réponses. Toutes celles que j'ai choisies dans **ces exemples contribuent discrètement à faire glisser les pensionnaires vers la dépendance et la démence!** C'est à dire contribuent à produire le contraire de ce que l'on cherche... aussi gentil qu'en soit le ton, ces réponses détruisent progressivement l'équilibre mental et l'autonomie.

La dépendance

L'autonomie est au cœur des préoccupations. Qu'est-ce que l'autonomie ? Naturellement quelqu'un d'autonome peut accomplir seul de nombreux actes de la vie courante. Se déplacer, se laver, manger, aller aux toilettes... etc.

Mais **ce n'est pas tout.** L'autonomie, **c'est aussi de décider par soi-même.** C'est aussi le droit d'**avoir des pensées personnelles,** des avis, des ressentis, des désirs.

**Quand une chose n'est plus possible et qu'en plus même l'évoquer ou la désirer devient interdit...
... le monde est alors un monde totalement vide.**

Or la difficulté des soignants est de **valider la pertinence d'une demande qu'ils savent ne pouvoir satisfaire.** Tel pensionnaire demande de rentrer chez lui. Il s'entend répondre "Mais votre maison c'est ici maintenant!" ou "Mais vous savez bien que ce n'est pas possible, votre maison a été vendue"...

C'est comme pour le repas, la toilette, les soins... **Le vœux du pensionnaire ne pouvant être satisfait, il est nié...** "pour son bien"! Chaque soignant pense qu'on ne peut entendre et valider la pertinence d'une demande quand on ne peut la satisfaire.

"Je ne veux pas manger aujourd'hui" et on lui répond "Mais il faut manger au moins un peu. Quelque chose vous ferait plus plaisir?"... personne n'écoute qu'il ne veut pas manger, ni pourquoi il ne veut pas manger. **Tout le monde essaye de le convaincre plus ou moins doucement.**

Mais même doucement c'est une atteinte à l'intégrité ainsi qu'une douleur de ne pas être compris et d'être nié.

Quand il veut rentrer chez lui, personne n'ose lui dire "Votre maison vous manque?" car chacun sait qu'il ne pourra satisfaire ce désir. Alors il semble plus convenable de le nier.

Pourtant **ça lui serait si agréable de parler de ce chez-lui**, de ce qui s'y trouvait de précieux. De tout ce qui faisait son quotidien et qui lui manque aujourd'hui. Et bien non! **Non seulement il ne l'a plus en réalité, mais il lui est même interdit de l'avoir en esprit** (par peur qu'il se fasse du mal).

Si l'autonomie physique ne peut être retrouvée, rendons au moins l'autonomie psychologique. Il en découlera des améliorations physiques. **Il n'est pas facile de rester motivé à vivre quand 90 % de vos propos sont niés.** Même s'ils sont niés avec gentillesse, ils rendent progressivement invalide. Puis quand nous sommes niés même par les "gentils" que nous reste-t-il?

Les contacts lors des soins offrent **mille et une opportunités pour donner corps à cette autonomie tant recherchée.** En validant les propos, les désirs, les attentes, les ressentis... en leur permettant d'exprimer ce qu'ils vivent, même si ensuite il faut leur expliquer qu'on ne peut les satisfaire (quand c'est le cas)

Les troubles psy

Recentrages dans le temps et l'espace:

S'ils sont parfois nécessaires, les recentrages dans le temps et dans l'espace, quoi que abondamment recommandés, peuvent aussi être **dangereux**. Dans tous les cas **il ne doivent impérativement être pratiqués qu'après avoir aidé la personne à accéder à sa raison.**

Dire à la personne de 90 ans qui appelle sa mère **"Quel âge avez-vous?"** pour la ramener à la réalité que sa mère est morte va malencontreusement mépriser le manque de mère qu'elle exprime et cela ne l'aide pas. Au contraire, en niant sa raison (la raison de son ressenti) **on contribue, sans le vouloir, à la lui faire perdre... et à lui faire perdre en même temps un bout de sa vie**

Quand la raison est validée, la personne se recentrera souvent d'elle-même. Si ce n'est pas le cas, à partir de ce moment, on peut alors accomplir le fameux recentrage. C'est dans ce sens que nous examinerons les situations ci-dessous.

Délires :

Quand des pensionnaires tiennent des propos apparemment incohérents, l'habitude est de parler de démence. Parfois ils évoquent comme étant présentes des choses ou des gens absents.

Telle personne voit des animaux, telle autre insiste pour ranger son bois, une autre encore dit que quelqu'un veut la battre. Il y en aura qui veulent aller chercher leur fils à l'école, d'autres qui appelleront leur mère... etc.

Le soignants et médecins sont désappointés devant de telles situations. **La difficulté est qu'après un étiquetage "dément" la personne âgée n'est plus du tout écoutée.** On risque alors de passer à côté de choses importantes. Même en gérontopsy, une infirmière me signalait qu'il est recommandé à l'équipe de ne pas tenir compte des propos de telle patiente car elle est hystérique.

Quand l'homme ou la femme âgés, même en perte de facultés mentales, évoquent des propos répétitifs, ceux-ci ont forcément une importance. Comme si **une part blessée de leur vie cherchait sans cesse à s'exprimer car personne ne l'a jamais entendue.** Pour retrouver au moins un peu d'équilibre, il est essentiel qu'on les aide à exprimer cette raison qui les habite. Le plus curieux est que **quand ils semblent perdre la raison, ils sont en fait en train de la retrouver.** L'instant est donc précieux.

Une femme âgée veut aller chercher son petit-fils à l'école car il est seul. Elle semble s'égarer. En l'écoutant on découvre qu'elle parle du jour où les parents de cet enfant sont morts et où il s'est retrouvé seul à l'âge de 10 ans... également où elle a elle-même perdu son fils. Cette part meurtrie de sa vie attend du soin.

Elle ne perd pas la raison! Elle est en train de retrouver la raison de ce qu'elle ressent! Trop souvent personne ne s'en aperçoit et même tout le monde lui dit "mais quel âge a votre petit fils aujourd'hui?"... **En essayant de la ramener dans le présent, chacun contribue alors malencontreusement à finir de lui faire perdre la raison.**

Il est souhaitable de bien cerner ces notions pour une meilleure prise en charge, un meilleur accompagnement des personnes âgées dans cette étape de leur vie.

Troubles du comportement

Peurs, agressivité, insultes. Quand les comportements semblent inadaptés à la situation réelle, on parlera de **troubles du comportement**. Cette appellation indélicate ne tient pas compte là non plus du fait que **si le comportement est inadapté au présent, il est parfaitement en correspondance avec une raison**. La raison peut être actuelle ou passée. Mais il y en a une.

Par exemple: il faut plusieurs mois pour découvrir tout simplement que ce pensionnaire invalide et agressif souhaitait simplement avoir son fauteuil tourné vers le jardin visible de la fenêtre. Une autre personne est agressive quand on la touche (même doucement) pour ses soins. Elle profère des insultes du genre " salope!". Elle mord, elle griffe. En fait il faudra trop longtemps pour découvrir qu'elle a subi des actes de pédophilie dans son enfance...

Un cas remarquable rencontré par une soignante que j'ai formée il y a pas mal d'années déjà : **La femme âgée mord, griffe, insulte en permanence**. Elle est la bête noire du service. Tout le monde craint de venir lui faire ses soins. Elle hurle "fous moi la paix salope. Garde tes cochonneries, je suis vieille, laisse moi crever..." en y ajoutant une extrême agressivité physique. **Cette soignante lui a juste retourné (sur un ton très chaleureux) "Vous vous sentez trop vieille, vous voulez mourir?"** Calmée par cette question elle répond que oui. Quelques échanges. Des propos cette fois-ci cohérents. Un apaisement significatif. **Cette femme âgée n'a plus été agressive alors que l'équipe était prête à l'envoyer en secteur psy.**

Le grand âge dément. L'homonyme de *dément* veut aussi dire "cesse de mentir". Peut-être se révèlent à ce moment des bouts d'histoire trop longtemps cachés ou des présents trop mal entendus.

Parfois la dentition et l'estomac des pensionnaires justifient **que leur nourriture soit mixée... tâchons surtout de ne pas faire de même avec leur cerveau...** car là rien ne le justifie... et heureusement personne ne le souhaite!

Nous mettrons donc un soin tout particulier à éviter tout ce qui , même involontairement, pourrait ressembler à un lavage de cerveau!

Venir au monde

Toutes **ces raisons qui émergent, sont des opportunités de naissance**. De naissance? **Peut-on naître en maison de retraite?** Certainement! Il reste encore bien des parts de soi à naître même dans cette étape de la vie.

Comme nous l'avons vu plus haut, **c'est le moment de l'existence où les compensations s'évanouissent**. Le dénuement conduit à **se retrouver en face de ce qu'on a si souvent mis de côté**. Mais la tâche est parfois rude au point que la démence puisse être un ultime recours pour y échapper encore. Heureusement, il y a mieux: accomplir la naissance des parts de soi restées entre parenthèse.

Notre immaturité de l'époque nous les a fait mettre de côté. Le moment est venu de les réhabiliter, de leur donner du soin. **Comme si des parts de nous-mêmes n'ayant pu naître totalement, par immaturité, nous les avons laissé en garde dans notre inconscient.** L'inconscient est un bon gardien de ces parts de soi en attente. Comme un enfant laissé chez une gardienne, elles attendent que nous revenions les chercher. C'est donc le moment des retrouvailles.

La structure psychique d'un individu a été amputée des moments douloureux par sa **pulsion de survie**. Cet individu se tournera plus tard vers ces parts amputées pour les réintégrer poussé inconsciemment par sa **pulsion de vie**. La pulsion de vie pousse à redevenir entier en invitant à réhabiliter les parts de vie personnelle et familiale manquantes.

Les soignants doivent se préparer à ce type de travail pour accompagner sainement ces hommes et ces femmes dans la dernière étape de leur vie et aussi au moment de leur fin de vie.

Projet de vie

Dans les maisons de retraite, il est souvent question de projet de vie pour les pensionnaires.

Pour mieux mettre l'accent sur la vie, tentons de clairement **différencier la vie de l'occupationnel**. Naturellement, il faut des activités et des occupations ne serait-ce qu'au titre du maintien du corps et de l'esprit. Mais pour ce qui est de donner plus de vie cela va bien au-delà des occupations.

Tâchons de ne pas renouveler le corollaire de jeunesse, le fameux plan de carrière en le transmutant en projet de vie. Il s'agit bien sûr ici de quelque chose de beaucoup plus subtil.

Mettre plus de vie, c'est d'abord entendre, valider les ressentis des hommes et des femmes âgées. C'est entendre leur histoire, car ils sont aussi constitués de tous ceux qu'ils ont été au cours de leur vie et de ceux dont ils sont issus. Il sont aussi tout ce qui anime leur présent... même parfois leur vie amoureuse. On aurait tort de rire de leur sexualité. Parfois ils n'y attachent aucune importance, d'autres fois elle compte beaucoup.

La vie, c'est naturellement la famille présente, les petits enfants et arrières petits enfants. Ce sont aussi toutes ces histoires de famille non résolues. C'est aussi l'accomplissement de la naissance décrite dans le paragraphe précédant.

Fin de vie

Pour mourir en paix, être entier. Pour être entier, accueillir en soi tous ces bouts de soi éparpillés dans le temps de l'histoire personnelle et familiale. L'accompagnement de fin de vie comporte bien-sûr des **soins physiques**. Des plus simples qui consistent à humecter la bouche trop sèche jusqu'à celui qui consiste à calmer chimiquement la douleur.

Mais il y a aussi les **soins psychologiques**. Ceux-ci ne peuvent se résumer à de la technicité. Ils demandent d'être présent sans détour (pas forcément longtemps, mais de façon authentique - d'ailleurs le personnel n'a que peu de temps). Certaines situations sont trop difficiles, certes, mais même les situations simples sont si souvent mal gérées.

Voici un exemple d'approche satisfaisante : Une ASH (agent de service hospitalier) ayant parfaitement intégré les apports de la formation sur l'aide a su accompagner remarquablement et simplement une pensionnaire. Imaginez les questions qu'elle pose avec un ton délicat, chaleureux et affirmatif se terminant par un point d'interrogation. **Une sorte d'affirmation interrogative.** Le tout ponctué par une **validation (réception, compréhension, accueil, gratitude) après chaque réponse et avant chaque question suivante.**

La vieille dame dit "**Je vais mourir** "

L'ASH lui répond "**Vous allez mourir?**"

La dame rectifie le mal entendu "**Non! Je veux mourir!**"

L'ASH continue par "**Ce serait mieux pour vous si vous étiez morte?**"

La dame répond "**Oui, je pourrai rejoindre mon mari!**"

L'ASH lui demande "**Vous aimez beaucoup votre mari?**".

La dame lui retourne un "**Oui**" rempli d'un merveilleux sourire. Celui de quelqu'un qu'on vient de comprendre, à qui on vient d'accorder de la vie dans ce qu'elle a de plus précieux en elle.

L'ASH se retrouve aussi en paix et évidemment sans aucun stress, bien au contraire.

Cette dame est décédée quelques jours après de sa belle mort. Malgré sa demande de mourir l'euthanasie aurait été ici hors sujet. Ce qu'il fallait ici c'est la comprendre et réhabiliter ce qu'il y avait de si précieux en elle. Cela lui a permis d'aller naturellement vers sa mort avec un sentiment d'accomplissement. Cela ne l'a pas fait mourir, mais lui a peut être permis de ne pas résister à sa mort au moment venu.

Ce moment est un moment d'exception tant pour la vieille dame que pour l'ASH. Cette dernière le garde comme un précieux instant.

Efficacité et stress des soignants

Vous travaillez dans le monde soignant et vous occupez de personnes âgées ? Que vous soyez médecins, infirmières, aides soignantes, agents de service hospitaliers, ergothérapeutes, kinésithérapeutes, psychologues... ces lignes vous apporteront quelques éléments s'ajoutant à vos connaissances et à votre expérience pour optimiser votre travail.

L'optimiser pour la qualité des soins, mais aussi pour votre confort professionnel. Pour y parvenir, quelques uns des éléments clés sont :

- **Être distinct sans être distant.**
- **Être chaleureux sans être dans l'affectivité.**
- **Être proche sans se mettre à la place.**

Pour éviter les stress, nous éviterons donc **l'empathie** autant que la **prise de distance**. Souvent conseillées sans discernement, **ces deux notions sont des pièges qui engluent les soignants dans des comportements impossibles et contradictoires**. Il en résulte du stress, de l'inhumanité et de l'affectivité. En effet, comment pourrait-on être empathique (se mettre à la place) et en même temps garder une distance suffisante (être loin)?

La distance doit être prise avec l'histoire de la personne, mais surtout pas avec la personne elle-même.

Le but n'est pas de se protéger mais de s'ouvrir.

Ce n'est pas d'avoir plus d'énergie, mais plutôt de moins se mettre en lutte contre l'énergie du patient. C'est de mieux faire équipe avec lui.

C'est de mieux s'appuyer sur ses ressources à lui plutôt que de s'acharner à développer les nôtres.

Il s'agit de développer une affirmation de soi sans efforts et dans un grand respect d'autrui. Pour mieux développer cette attitude nommée **assertivité** (du latin *assertio* "affirmer" et en anglais **assertiveness**), lire les dossiers de ce site sur la communication.

Toutes ces nuances permettent de développer une grande **qualité de l'aide** et de vraiment **humaniser les soins**.

Sans cela l'humanisation tant évoquée n'est qu'un vain mot.

Ces nuances permettront de diminuer le stress, de mieux prendre soin de soi et des patients, d'éviter le burn-out auquel sont exposés les soignants s'occupant de patients en situations extrêmes.

Thierry TOURNEBISE

Nombreux exemples
concernant les personnes âgées
dans les publications ci-dessous

Bientraitance
Psychologie et violence dans le grand âge
Humanisation de la fin de vie

pour des informations médicales sur la gérontologie,
consultez le site du Docteur Jean-Pierre MARTIN
(service de gériatrie à l'hôpital de Sarlat)
www.mathusalem.com

Autres articles importants
en lien avec le thème des personnes âgées

Le danger de convaincre

La reformulation

Assertivité

Dépression et suicide

Relation d'aide

Vous trouverez aussi des précisions
sur le fait de mieux s'accueillir soi-même
pour mieux s'ouvrir aux autres dans
Se comprendre avec ou sans mots

Chaleureuse rencontre avec soi-même

L'écoute thérapeutique

Ouvrage à lire
"Validation Mode d'emploi"
Naomi Feil - Editions PRADEL 1997