

-Pack 3- Gérontologie

Thierry TOURNEBISE

Article présent dans le pack (année)

Bienveillance (2010)

Psychologie et violence dans le grand âge (2010)

Personnes âgées (2010)

Humaniser la fin de vie (2010)

Alzheimer (2011)



Publication **Février 2011**

Table des matières

lire avec le pack 1 praticien 1 et 2 psychopathologie

Présentation du Pack « Gériologie »	1
Bientraitance	3
1. La bientraitance et la maltraitance	3
1.1. <i>Le généreux investissement des soignants</i>	3
1.2. <i>Là où se porte notre attention</i>	4
1.3. <i>Le piège du pouvoir bienveillant</i>	4
1.4. <i>Bien ou mal traiter, c'est hélas toujours « traiter »</i>	5
2. Notion de bienveillance	6
2.1. <i>Le problème du déni involontaire</i>	6
2.2. <i>Les « violences douces »</i>	7
2.3. <i>Ce qui fait la considération</i>	9
2.4. <i>Problématique de la confiance</i>	9
2.5. <i>Différencier l'individu de son problème</i>	9
2.6. <i>Etre touché sans être affecté</i>	10
3. Privilégier une réelle reconnaissance	11
3.1. <i>L'autonomie</i>	11
3.2. <i>Quand on ne peut permettre certaines libertés</i>	12
3.3. <i>Quand on entend des choses auxquelles on ne peut vraiment rien</i>	14
3.4. <i>Les gentillesse dévastatrices</i>	16
3.5. <i>La valeur de ce qui est exprimé</i>	17
3.6. <i>La désorientation</i>	18
3.7. <i>Face au silence verbal</i>	19
3.8. <i>Le piège des activités occupationnelles</i>	20
4. La prise en compte des familles	21
4.1. <i>La complétude</i>	21
4.2. <i>Le vécu des proches</i>	21
4.3. <i>Pour conclure</i>	22
5. ANNEXE	25
Psychologie et violence dans le grand âge	27
1. Psychologie du sujet âgé	31

5.1.	<i>Entre sérénité et violence</i>	31
5.1.1.	Maturité et fragilités	31
5.1.2.	Le suicide à l'honneur !	31
5.1.3.	Le « non savoir » comme fondement pour l'aidant	32
5.2.	<i>La sénescence n'implique pas la sénilité</i>	32
5.2.1.	Distinguer vieillesse et pathologie.....	32
5.3.	<i>Evolution d'un individu et de sa personnalité</i>	33
5.3.1.	Le déclin corporel n'est pas celui de l'individu	33
5.3.2.	Développement de l'individu tout au long de sa vie	34
5.3.3.	Du Moi au Soi, de l'ego à l'individu	35
5.3.4.	Cas du déclin de l'individuation.....	37
5.4.	<i>Performances et compétences du sujet âgé</i>	39
5.4.1.	Différencier performances et compétences.....	39
5.4.2.	Sensibilité accrue aux informations émotionnelles.....	40
5.4.3.	Exigences d'adaptation sans compensations	40
5.4.4.	Pertinence des désordres apparents.....	41
6.	Situations de violence.....	42
6.1.	<i>Des plus répréhensibles aux plus anodines</i>	42
6.1.1.	Les violences graves	42
6.1.2.	Les « violences douces »	42
6.2.	<i>Les sources de violence</i>	43
6.2.1.	La violence initiale	43
6.2.2.	Répartition par types et par sources	44
6.3.	<i>Violences envers les sujets âgés</i>	45
6.3.1.	Les exemples sont plus parlants que les chiffres.....	45
6.3.2.	Enchaînement de circonstances	45
6.3.3.	Exemples au moment de la toilette.....	46
6.3.4.	Exemples aux moments des repas	47
6.3.5.	Exemples dans les soins médicaux	48
6.3.6.	Exemples du déni des ressentis.....	49
6.3.7.	Exemples de situations d'animations et de démotivation	51
6.3.8.	Les sujets âgés entre eux.....	52
6.4.	<i>Violences envers les familles</i>	52
6.4.1.	Violence de la personne âgée elle-même envers ses proches	52
6.4.2.	Violence des soignants envers la famille	53
6.4.3.	« Histoires de familles » complexes	53
6.5.	<i>Violences envers les soignants</i>	54
6.5.1.	Violences des sujets âgés	54
6.5.2.	Violences des familles	55
6.5.3.	Violence de l'institution	56
6.5.4.	Violence de la législation et des risques de procès	57
6.6.	<i>Le dépistage</i>	58
6.6.1.	Ethique et signalement	59
6.6.2.	Les articles de loi	59
6.7.	<i>Les remèdes, l'action</i>	61
6.7.1.	Attention aux « redresseurs de torts ».....	61
6.7.2.	Ouverture et respect.....	62
6.7.3.	Comprendre les enjeux réels.....	63

Personnes âgées **65**

1.	Être dans le grand âge et être quelqu'un	69
2.	Pour mieux comprendre le grand âge	69
3.	Une rencontre	70
4.	Les changements d'environnement	71
	4.1. <i>La naissance</i>	71
	4.2. <i>L'adolescence</i>	71
	4.3. <i>Le milieu de vie (40-50)</i>	71
	4.4. <i>La retraite</i>	72
	4.5. <i>Des constantes à chaque étape</i>	72
5.	La maison de retraite	73
	5.1. <i>Une vie remplie</i>	73
	5.2. <i>Un dénuement</i>	73
	5.3. <i>Sagesse ?</i>	74
	5.4. <i>Ultimes Astuces de vie ou de survie</i>	74
6.	Autonomie, santé mentale ?.....	75
	6.1. <i>L'inverse malgré soi</i>	75
7.	Douceurs et violences ordinaires	75
	7.1. <i>Les repas :</i>	76
	7.2. <i>Les toilettes :</i>	76
	7.3. <i>Les souffrances et les psychopathologies :</i>	77
	7.4. <i>Les Activités :</i>	77
	7.5. <i>Les soins :</i>	77
8.	La dépendance	78
9.	Les troubles psy	79
	9.1. <i>Recentrages dans le temps et l'espace:</i>	79
	9.2. <i>Délires :</i>	79
	9.3. <i>Troubles du comportement</i>	80
10.	Venir au monde	81
11.	Projet de vie	81
12.	Fin de vie	82
13.	Efficacité et stress des soignants.....	83

Humaniser la fin de vie **85**

1.	Attitudes, sensibilité, réactions	89
-----------	--	-----------

1.1.	<i>Commencer par la vie</i>	89
1.1.1.	Progrès en cours.....	89
1.1.2.	Entre intention et réalisation	89
1.1.3.	Exemple d'attitude contradictoire	89
1.1.4.	Aider les soignants	90
1.2.	<i>Stratégies face à l'inacceptable</i>	90
1.2.1.	Anesthésie spontanée face à l'impossible.....	90
1.2.2.	La colère du «réveil»	91
1.2.3.	Se soutenir par quelques derniers espoirs	92
1.2.4.	La déprime.....	92
1.2.5.	L'acceptation	93
2.	Accompagner les pulsions de vie et de survie	93
2.1.	<i>Evitement puis rapprochement</i>	93
2.1.1.	Un antagonisme pertinent	93
2.1.2.	Une lutte inégale	94
2.1.3.	Emergences	94
2.2.	<i>Accompagner les rencontres</i>	95
2.2.1.	Favoriser sa rencontre avec Lui-même.....	95
2.2.2.	Exemples de rencontres	95
2.2.3.	L'évènement est passé, celui qu'il était est présent.....	96
2.2.4.	L'aider à rencontrer ses proches	96
2.2.5.	Aider ses proches à ne pas le manquer	97
3.	Le vécu des proches - Le deuil.....	98
3.1.	<i>Violence de l'évènement</i>	98
3.1.1.	Pas si prêt que ça !	98
3.1.2.	Le choc.....	98
3.2.	<i>La rupture physique</i>	99
3.3.	<i>Les autres ruptures</i>	100
3.3.1.	La rupture par la colère	100
3.3.2.	La rupture avec sa propre colère (refoulement)	100
3.3.3.	Les ruptures antérieures au décès	100
3.3.4.	Le manque par idéalisation	101
3.3.5.	Le «dire» amputé	101
3.4.	<i>La fin du deuil</i>	102
3.4.1.	Réhabilitation du dernier instant	102
4.	Humaniser l'accompagnement	103
4.1.	<i>La chaleur humaine</i>	103
4.1.1.	La chaleur humaine	103
4.1.2.	L'affectivité.....	104
4.2.	<i>Avec ou sans spiritualité</i>	104
4.2.1.	Des convictions diverses.....	104
4.2.2.	Entre «Rien» et «Quelque chose».....	104
4.2.3.	Sensibilité incontournable.....	105
4.3.	<i>Les progrès face à la douleur</i>	106
4.3.1.	Nous venons de loin	106
4.3.2.	Des caricatures existent encore	106
4.3.3.	Des attitudes plus nuancées.....	107

4.4.	<i>De la lutte vers l'écoute</i>	107
4.4.1.	Les équipes antidouleur	107
4.4.2.	Vers plus de considération	108
5.	Opportunité vers une nouvelle sensibilité	108
5.1.	<i>Le défi de la fin de vie</i>	108
5.1.1.	Revers du progrès, source d'évolution	108
5.1.2.	L'empathie démasquée	109
5.1.3.	Aider sans solution	110
5.2.	<i>La dimension humaine à nu</i>	110
5.2.1.	Authenticité.....	111
5.2.2.	Plus de vie et moins de pouvoir	111
5.2.3.	Une plus grande capacité à vivre (compensations, vides et plénitudes).....	112
5.2.4.	HUMANISATION Simplicité de la rencontre	112
5.2.5.	Ultime proximité	113
5.2.6.	Ultime regard	113
5.2.7.	« A chaque souffle qui touchera notre cœur ».....	114
5.2.8.	Où est passée la vie?	115
6.	ANNEXES	117
6.1.	<i>Annexe I</i>	117
6.1.1.	État de la situation	117
6.1.2.	La bonne parole.....	119
6.1.3.	Le bon geste	121
6.2.	<i>Annexe II</i>	122

Alzheimer **125**

14.	Quelques regards sur la psyché et la maladie mentale	129
14.1.	<i>Philippe Pinel</i>	129
14.2.	<i>Eugène Bleuler</i>	129
14.3.	<i>Abraham Maslow</i>	129
14.4.	<i>Jean Maisondieu</i>	130
14.5.	<i>Aloïs Alzheimer</i>	130
15.	Recherches étiologiques de la démence	130
15.1.	<i>L'état physiologique</i>	130
15.2.	<i>Le rapport entre la psyché et les neurones</i>	131
15.3.	<i>Histoire de la perte d'identité</i>	132
15.4.	<i>Histoire de l'angoisse de mort</i>	133
16.	Perte de facultés ou stratégie pertinente ?.....	133
16.1.	<i>Concernant la perte d'identité</i>	133
16.2.	<i>Concernant l'angoisse de mort</i>	136
17.	Recherche de moyens d'accompagnements	137
17.1.	<i>La rencontre qui ne se fait pas</i>	137

17.2. <i>Les validations manquées</i>	138
17.3. <i>Les validations partielles</i>	140
18. Mise en œuvre d'accompagnements	141
18.1. <i>Concernant l'identité</i>	141
18.2. <i>Concernant l'angoisse de mort</i>	145
18.3. <i>Concernant les propos ou les gestes incohérents</i>	149
18.4. <i>Concernant les montées d'agressivité et les oppositions</i>	152
18.5. <i>Dans le monde du silence verbal</i>	153
19. Conclusion	154

Bibliographie **157**

390 831 caractères et espaces

Présentation du Pack « Gériatologie »

J'ai réuni dans ce pack mes publications en ligne concernant la bientraitance, les personnes âgées, la psychologie et la violence dans le grand âge, l'accompagnement de fin de vie.

Ces documents sont ici publiés séparément des packs « Praticien » et « Psychopathologie » d'une part parce que ceux-ci auraient été trop volumineux, d'autre part parce que les lecteurs intéressés par les deux autres documents ne le sont pas forcément par celui-ci.

Pour ceux qui souhaitent délivrer des soins de qualité et une réelle humanité envers les sujets âgés ou en fin de vie ce pack apportera d'inestimables données inédites, simples, claires, parfois bouleversantes.

Naturellement, pour plus d'information, les données des packs « Psychopathologie » et « Praticien » seront des compléments essentiels. Malgré la quantité importante d'informations ainsi disponibles le lecteur est bien-sûr invité à étendre ses recherches, car aucun document, aussi complet soit-il ne peut se prétendre exhaustif. D'autre part un regard ouvert à différentes approches est source de créativité et d'efficacité.

C'est dans cet esprit d'ouverture, de délicatesse, de profondeur, d'humanité et de qualité des soins psychologiques adressés aux personnes âgées, ou à celle en fin de vie, que j'ai réuni ces quelques textes. Je vous en souhaite une savoureuse lecture... que vous trouviez autant de plaisir à les lire que j'en ai eu à les écrire. Je vous souhaite également que les actions qui en découleront soient aussi heureuses pour vous-mêmes que pour ceux que vous accompagnerez

Bienveillance

Envers les patients et les personnes âgées

Thierry TOURNEBISE

Nous entendons de plus en plus parler de "bientraitance". Ce mot comporte en même temps une grande générosité et une grande ambiguïté. Cette publication a pour but de permettre à chacun d'être dans la délicatesse qu'il souhaite réellement offrir à ceux dont il s'occupe, et d'échapper aux pièges qui le conduisent involontairement à produire des "violences douces"

Aout 2007 © [copyright Thierry TOURNEBISE](#)

2009 pour cette version PDF

1. La bientraitance et la maltraitance

1.1. Le généreux investissement des soignants

Il est toujours nécessaire d'avoir un regard critique, afin d'aboutir à la meilleure qualité possible. Mais dans le monde du soin, **il serait inconvenant d'avoir un tel regard critique sans mentionner à quel point ce métier est délicat, et combien tous ceux qui l'exercent le font avec générosité.**

Naturellement, nous trouverons des exceptions quand certains d'entre eux sont intentionnellement et gravement indélicats. Mais n'oublions pas que ce sont des exceptions. Se focaliser sur de tels cas serait injuste et ne rendrait pas compte du sincère investissement de tous les autres.

De plus, il y a bien longtemps qu'on parle de « communication » ou de « relation d'aide ». La « relation d'aide » est même considérée comme un soin à part entière. Elle fait partie du rôle propre de l'infirmier(e) et est même enseignée dans leur formation initiale ainsi que dans celle des aides soignant(e)s.

Pourtant, comme je le signale déjà dans ma publication d'avril 2004 « [Communication thérapeutique](#) », **la relation d'aide est le seul soin pour lequel nous ne voyons aucun temps prévu pour le mettre en œuvre.** La relation d'aide s'exerce le plus souvent « à temps perdu » (!?) Cela signifie très probablement qu'on en a mal cerné le contenu et l'aboutissement.

Il est vrai qu'il est plus facile de planifier un temps de toilette, de repas, de pansement, de piqûre ou de distribution des médicaments, qu'un temps d'aide psychologique. Cette difficulté explique un certain nombre de défaillances dans la relation d'aide, mais il y a surtout le fait que les connaissances acquises en ce domaine sont trop floues, insuffisantes ou inadaptées. Les soignants font avec les moyens qu'on leur a initialement donnés, et on ne peut leur reprocher d'improviser au mieux avec ces maigres éléments. Depuis près de 20 ans que j'anime des stages auprès d'eux je n'ai jamais remarqué que ce soit au niveau de la volonté de bien faire qu'il y ait défaillance. Nous trouvons souvent incriminés le manque de temps et la charge de travail. Mais ce ne sont là aussi que des explications partielles de la difficulté. Ce n'en est que l'amplificateur. En effet, même avec du temps, pratiquer la relation d'aide de façon satisfaisante est chose rare ! Il arrive même que ce qu'on croit être de l'aide soit une forme de violence.

Ce document s'adresse donc aux soignants qui, animés de leur profond désir de bien faire, souhaitent ajuster leur pratique et aboutir à une qualité de soin optimisée. Il s'agit là d'un accompagnement qui leur est proposé pour **mener à bien ce qui leur tient déjà à cœur, et de le réaliser sans s'y épuiser.**

1.2. Là où se porte notre attention

Souhaitant ne pas « mal faire », notre attention s'est tout naturellement portée vers le problème de la maltraitance, afin de préserver les êtres vulnérables et de leur offrir une sécurité, un confort et une humanité de vie satisfaisants. Qu'il s'agisse des enfants, de personnes handicapées ou bien des personnes âgées... ou plus largement, de toutes personnes partiellement ou totalement démunies, la maltraitance a été observée, dénoncée et même souvent punie par la loi. Une telle vigilance est bien sûr tout à fait nécessaire.

Il s'agit là d'un principe d'humanisation des rapports humains, dans lequel le fait qu'un être exerce un pouvoir malveillant sur un autre présentant une fragilité, est une chose inacceptable. L'élan naturel, face à de telles exactions, est d'avoir un regard dur et intransigeant ... mais est-ce bien là la bonne méthode ?

Nous serons tous d'accord sur le fait qu'il est impossible de ne pas parler des maltraitements. Depuis la simple inattention, jusqu'aux attitudes les plus perverses, celle-ci doit être examinée, et l'on doit faire en sorte qu'il n'y en ait pas. Pour cela nous pointerons les situations extrêmes, dont la plupart seront même punies par la loi : détournement de biens, violences physiques, abus sexuels, harcèlement moral... etc (je cite certains de ces textes de loi dans ma publication juin 2005 « [Psychologie et violence dans le grand âge](#) », qui traite principalement de la dimension humaine des personnes âgées).

Nul ne contestera qu'une telle vigilance soit nécessaire. **Il y a cependant là un risque : à force d'avoir toute notre attention sur la maltraitance (même pour l'éviter), nous risquons d'en oublier ce qu'est un comportement délicat.** Nous risquons de nous focaliser sur « les méchants qui font ça » et d'en oublier ce que nous faisons nous-même. Comme d'habitude, exacerber l'horreur chez l'autre nous déculpabilise en venant masquer nos propres maladresses. Cela ne les supprime pas, bien au contraire, cela nous conforte sur le fait que « nous, au moins, nous ne sommes pas un tel monstre ».

Si nous y regardons de plus près, **la question qui se pose est de savoir si l'éradication de la maltraitance nous conduit forcément à la bientraitance ?**

1.3. Le piège du pouvoir bienveillant

Nous venons de voir que tout pouvoir malveillant exercé par un être sur un autre est inacceptable. La chose est tellement évidente qu'on se demande s'il est utile de le mentionner ? Ne pas l'évoquer du tout reviendrait à un déni de la réalité, mais **à trop l'évoquer, on court le risque de passer à côté de l'essentiel : ça ne nous est d'aucune utilité pour accéder à la bientraitance.**

Nous avons plutôt à examiner le problème de la maltraitance sous un angle plus subtil, dans des zones où la loi ne peut rien, et même dans des zones où il est souhaitable qu'elle ne vienne pas mettre son nez ! En effet, légiférer a ses limites. Quand la loi en

vient même à prévoir la façon de se moucher (soi-disant pour notre bien) il y a lieu de s'inquiéter ! Autant elle est absolument nécessaire pour endiguer les excès majeurs, autant, pour le reste, les individus doivent garder leur initiative et leur autonomie pour se comporter avec justesse.

Cela nous donne déjà un indice à propos de la bienveillance. **Si nous n'avons pas envie qu'on nous contrôle dans le moindre détail, même soit disant pour notre bien, ... cela nous conduit à constater qu'un pouvoir prétendument bienveillant peut produire l'inverse de l'effet escompté.**

1.4. Bien ou mal traiter, c'est hélas toujours « traiter »

De façon naturelle nous avons l'intuition que **tout être a besoin d'être considéré avec respect pour trouver ou garder sa dignité**. Evidemment, les soignants n'ont pas attendu de lire ou d'étudier quoi que ce soit pour savoir une telle chose. Cependant, le fait de le savoir n'implique pas forcément qu'on parvienne à le mettre en œuvre. Dans l'exercice d'une profession de soin, il se passe d'innombrables circonstances venant s'opposer à cette évidence : là où nous savons qu'il serait juste d'être bienveillant, nous pouvons nous retrouver, involontairement, à ne pas l'être.

Un des points majeur, est **notre difficulté à discerner la différence entre les êtres et les choses**. Dans un premier temps nous pouvons penser que nous ne nous laissons pas égarer dans une telle confusion, car la différence saute aux yeux ! Nous pensons même spontanément avec justesse que les êtres comptent plus que les choses ! Nous sommes pourtant souvent embrouillés à ce sujet. C'est même ce qui fait la différence entre les situations communicationnelles (ouverture aux êtres) et les situations relationnelles (attachement aux choses, aux propos) (voir sur ce site la publication de septembre 2001 « [Assertivité](#) »)

De la même façon, il se trouve que **« maltraiter » ou « bientraiter »... c'est toujours « traiter »... et que le mot « traiter » comporte son lot d'ambiguïtés**. On traite une affaire, on traite une maladie, on traite quelqu'un d'imbécile. L'étymologie latine de « traiter » est « *tractare* » dont le sens premier est « traîner violemment » (mais, il est vrai, aussi « s'occuper de », « caresser »)

Pour les amateurs de précisions: Vers 1286, « traiter quelqu'un » signifiait même directement « le blâmer ». Le mot « traiter » a évolué en prenant diverses nuances dont certaines sont plus généreuses comme « recevoir à sa table comme invité » (1538), ou « comme client » (1640) [Le Robert, *Dictionnaire Historique de la Langue Française*]

Il n'en demeure pas moins que **« traiter », dans sa source, a le sens de « agir sur quelque chose », « soumettre quelque chose »**. Même si on peut y trouver de belles significations comme « soumettre quelque chose à l'esprit pour l'étudier » (d'où les ouvrages qui s'appellent des « traités ») nous trouvons qu'il s'agit toujours de choses qu'on étudie.

La réalité ressentie est qu'un être n'a pas besoin d'être traité : il a besoin d'être considéré. Il peut avoir besoin qu'on traite sa maladie, qu'on traite sa situation, qu'on traite ses difficultés, mais lui, il a surtout besoin de considération.

Si je fais ce petit aparté en début d'article, ce n'est surtout pas pour pinailler sur les mots, car ce qui compte c'est surtout le résultat. Mais **il se trouve que justement, ne pas clairement différencier entre les êtres et les choses, même avec de pieuses intentions... ça influence considérablement ce résultat.** Ce n'est certes pas un problème de mots, mais les mots choisis reflètent là où se tourne notre attention.

Ainsi quand quelqu'un vous dit sa souffrance psychologique : s'il vous voit effaré, il a l'impression d'être source de problème pour vous et ça le met mal ; s'il vous voit indifférent, du fait que vous refoulez votre effarement pour ne pas le troubler, il se sent ignoré ou abandonné... alors que faut il faire ? Ce n'est pas au niveau de ce qu'il faut faire que se pose la difficulté, c'est au niveau de ce qui mobilise votre attention. Si votre attention est tournée vers lui, vous aurez spontanément une présence bienveillante et tranquille, si votre attention est tournée vers son problème, vous serez spontanément dans le trouble et même parfois dans l'effolement.

Nous allons étudier avec soin ce positionnement juste, permettant d'être vraiment dans l'aide et dans la bienveillance sans pour autant être affecté ou épuisé.

2. Notion de bienveillance

Le mot « bienveillant » vient du latin « *bene volens* » (qui veut du bien). Nous avons déjà dit que de ce point de vue, il n'y a pas défaillance chez les soignants, car un soignant ne veut pas du mal !

Nous noterons cependant dans le mot « vouloir » deux possibilités : cela peut signifier « **je veux bien** » qui est une expression d'accord, d'ouverture et de générosité, d'acceptation ou, au contraire, « **je veux** » qui est une expression de pouvoir et d'ego tournant souvent à l'opposition. Là encore, ce qui est vraiment fait compte bien plus que les mots, mais c'est très embarrassant quand un mot (vouloir) désigne en même temps deux choses si différentes qu'elles en sont même opposées. Il n'y a aucun doute que « **être ouvert** », **ça ne signifie pas la même chose que « être dans le pouvoir »**. Or, si nous y regardons de près la problématique est que nous avons naturellement tendance à nous situer dans le pouvoir plutôt que dans l'ouverture... et ce avec les meilleures intentions du monde !

2.1. Le problème du déni involontaire

Même si nous ne nous en rendons pas compte, la plupart des situations sont gérées par le déni. Le « vouloir » devient alors « pouvoir ».

Imaginons que je retourne un malade pour lui faire sa toilette. Je le fais très délicatement et néanmoins il pousse un gémissement (comme si je lui avais fait mal). Vu l'extrême délicatesse que j'y ai mis, j'aurai tendance à dire avec gentillesse « oh, voyons, je ne vous ai pas fait mal ! ». Je tente par là d'affirmer ce que j'ai fait (de délicat) et de nier ce qu'il a exprimé (sa plainte).

Nous aurons le même type de situation **quand je vais donner son repas à un malade qui le refuse** en me disant tout simplement : « j'en veux pas ». Préoccupé par sa santé, je lui dirai gentiment « mais voyons, il faut manger un peu ! ». J'affirmerai ma connaissance de son besoin physiologique (il doit éviter les carences) en niant son ressenti psychologique (il ne veut pas manger).

Dans la cas encore où **une personne âgée s'ennuie de ses enfants** et me dit « mon fils ne vient qu'une fois par semaine, c'est dur de ne pas le voir plus ». J'aurai tendance à vouloir la rassurer avec des propos soi-disant positifs du genre « mais il vient tout de même une fois par semaine, alors qu'il travaille beaucoup. Tous les résidents n'ont pas cette chance ! » **J'affirme ici une réalité** (tout le monde n'a pas cette chance) **pour nier son ressenti** (le fait que, pour elle, ce soit douloureux).

Si, hélas, je fais de telles choses, mon « vouloir » vient contre l'expression du ressenti de mon interlocuteur. C'est alors plus un pouvoir qu'une ouverture d'esprit. Il en résulte que, souhaitant être apaisant, je me retrouve être source de tourment pour lui.

C'est même ce qui se passe à chaque fois qu'on veut rassurer. C'est très délicat car tout au long de ses études, un soignant a entendu que « il faut rassurer les patients ». On a sans doute oublié une précision qui aurait permis de formuler cela différemment : « Il faut faire en sorte que le patient soit rassuré ». Or pour qu'il se sente rassuré, le premier point est qu'il ne se sente pas nié et qu'il se sente reconnu.

Quand un patient se sent inquiet, **il ne s'agit pas de commencer par une explication, mais par « la reconnaissance de son inquiétude ».** Si arrivant dans un EHPAD (établissement hospitalier pour personnes âgées dépendantes) un résident dit « je vais m'ennuyer ici », le soignant aura tendance à dire « Ne vous inquiétez pas. C'est vrai il peut y avoir un temps d'adaptation. Mais il y a des animations...etc. » **Le « ne vous inquiétez pas » est assez terrible,** même s'il est plein de bonne volonté (*bene volens*). **Cela lui signifie, sans qu'on s'en rende compte, « qu'il est stupide de s'inquiéter et que nous avons pour projet de le faire taire quand il dit ça ! ».**

Cher lecteur, je suis désolé si cela vous semble un peu dur, car ce n'était pas du tout le message que vous souhaitiez lui faire passer. Il se trouve pourtant que c'est ce qu'il ressent quand on lui dit quelque chose qui s'oppose à son propos. C'est évidemment très déroutant car personne ne souhaite produire un tel effet chez son patient ou chez la personne soignée. Alors développer tant de gentillesse pour produire involontairement une telle violence... cela ne peut que nous bouleverser.

Nous trouvons là la notion de ce que j'appelle « violences douces ». Contre toute attente, elles sont finalement plus dévastatrices que les « violences dures ». Pour prendre un langage raccourci, nous dirons que les « violences dures » étant mises en œuvre par les « méchants », même quand c'est douloureux, on n'est pas surpris. Mais **les « violences douces » étant mises en œuvre par les « gentils », on ne s'y attend pas et, de surcroît, si nous nous retrouvons dans un monde où « même les gentils nous cassent » que faire ? Que nous reste-t-il pour nous en sortir ?**

2.2. Les « violences douces »

Comme nous l'avons vu, les « violences dures » ont été identifiées et sont punies par la loi. Elles sont finalement assez rares et ne représentent pas la plus grande source de détresse chez les résidents ou les patients.

Les « violences douces », qui semblent plus anodines, sont par contre extrêmement fréquentes et invisibles. Elles ne sont donc généralement pas identifiées. Pire que ça, pensant bien faire, on les exerce avec énergie « pour le bien de notre interlocuteur ». **C'est un peu comme si on donnait chaque jour « juste un peu de poison, juste un peu » pensant donner des vitamines. Nous verrions la personne péricliter sans comprendre ce qui se passe, car nous serions persuadés de « lui faire prendre chaque jour quelque chose censé lui donner des forces »**

Par exemple, la générosité d'une équipe de soignants conduit ceux-ci à **organiser une sortie, dans laquelle les résidents vont pouvoir faire une partie de pêche.** Après la sortie, imaginant que la pêche aurait dû les distraire, **un soignant est déçu** : « il sont heureux de sortir, mais ils n'ont pas voulu pêcher. On a l'impression qu'on fait tout ce qu'on peut pour eux, mais qu'ils s'en fichent ». Les résidents, voyant cette déception chez ceux qui les accompagnent (ça se voit sur leur visage même quand ils ne disent rien), peuvent même aller jusqu'à se culpabiliser de produire une telle déception chez « ceux qui font tout pour qu'ils soient bien ». C'est un sentiment très curieux que de se sentir coupable de ne pas avoir apprécié ce qu'on nous donne alors qu'on n'en veut pas : **voilà un « gentil » qui me fait du mal en m'imposant un truc que je ne veux pas et, en plus, du fait de sa gentillesse, je me sens coupable de ne pas avoir trouvé ça agréable !**

Vous remarquerez ici la subtilité des « violences douces ». Elles sont si subtiles qu'elles en sont généralement invisibles. Heureusement, elles ne sont invisibles que pour ceux qui ne savent pas qu'elles existent. Quand on a compris ce mécanisme, elles nous apparaissent clairement et peuvent spontanément diminuer.

Mais au début, quand on commence à en prendre conscience, ce peut être douloureux, car nous découvrons que nous semons du trouble justement là où nous pensions amener paix et bien être.

Imaginez un enfant à qui on donne des peluches pour le calmer. Puis, imaginez qu'il pleure davantage à chaque fois qu'on les lui donne. Nous en serions désolés car ce n'est pas l'effet que nous voulions produire. Puis, mettant des lunettes adaptées, nous découvririons horrifiés que **ce que nous croyions être des peluches étaient en fait des oursins.** Une fois qu'on le voit, ça devient facile. Mais avant d'avoir les lunettes, ça nous était impossible.

La difficulté, quand nous mettons ces lunettes est que nous voyons plein de monde « donner des oursins » pour calmer (croyant donner des peluches). Cela ressemble un peu à des scènes d'horreur où l'on aurait envie de dire « Stop ! Arrêtez tout ça ! ». Mais comme ceux qui commettent cette maladresse ne le font pas volontairement, leur dire « stop » avec cette violence les agresserait et ne produirait rien de bon. **Nous devons garder en conscience qu'il est aussi important d'avoir de la considération envers les personnes soignées qu'envers les soignants qui s'en occupent** (même quand ils se trompent). Nous horrifier ne nous mènerait à rien.

Cela fait un peu penser à cet ouvrage écrit par le psychologue Claude Steiner à l'attention des enfants... mais vivement recommandé aux grands : « *Le conte chaud et doux des chaudoudoux* » (Inter Editions).

Les enfants donnent des "chaoudoudoux" qu'ils ont en abondance (le fait d'en donner ne leur en enlève pas). Les gens sont si heureux que la sorcière vendeuse de potion ne fait pas d'affaires. Elle leur suggère alors de se méfier, de ne plus en donner car il pourrait venir à en manquer. Cependant, ceux qui n'en reçoivent plus deviennent malheureux au point qu'ils pourraient en mourir... et n'achèteraient toujours pas de potion ! Pour contourner cet écueil, la sorcière invite les enfants à distribuer des leurres, qui ne sont pas des *chaoudoudoux*, mais font bien illusion. Ce sont des « froids-piquants ». Si bien que les gens sont assez malheureux pour avoir besoin de potion, mais vivent quand même suffisamment pour venir en acheter.... Heureusement le stratagème est démasqué et l'histoire finit bien.

Prendre conscience de tout cela peut sembler bien douloureux dans un premier temps. Pour y remédier nous avons besoin de bien comprendre ce qui fait la considération, de façon à pouvoir la mettre en œuvre facilement, et de façon à éviter de donner des oursins en guise de peluches.

2.3. Ce qui fait la considération

Ce qui fait la considération est d'une part qu'on accorde une valeur inestimable à notre interlocuteur et d'autre part qu'on a confiance en lui.

Quand nous considérons quelqu'un, le mot exprime joliment une attitude pleine de délicatesse : « considérer » vient du latin *considerare* (constitué de *cum* – ensemble et *sidérus* – étoiles en constellation). Finalement, cela signifie que nous sommes tous les deux des étoiles en constellation ou que nous sommes ensemble sous une bonne étoile (à ne pas confondre avec « être sidéré », qui vient du latin *sideratus, siderari*, signifiant « subir l'action funeste des astres »).

La version où « nous serions tous les deux des étoiles » est aussi intéressante que celle disant qu'« on est ensemble sous une bonne étoile ». La première indique l'estime qu'on a envers son interlocuteur, la seconde indique la confiance qu'on lui accorde ou qu'on accorde à ce qui se passe.

2.4. Problématique de la confiance

La notion de confiance doit être précisée, car « **avoir confiance** » **ne doit pas être entendu au sens habituel**. Si par exemple vous êtes face à un patient qui met des coups, vous pouvez avoir confiance dans le fait qu'il a une bonne raison d'en donner, mais pas confiance dans le fait qu'il soit inoffensif. Vous vous préserverez donc de ses coups, tout en ayant confiance en sa raison de vouloir en donner. Cela est possible quand vous comprenez que sa réaction ne vient pas de vous, mais de quelque chose qu'il ressent en lui, et qu'il aurait besoin que l'on prenne en compte.

Quand Carl Rogers parle de confiance inconditionnelle envers les patients il parle de la confiance dans le fait que ceux-ci ont une raison, mais pas forcément dans le fait qu'ils soient inoffensifs envers autrui ou envers eux-mêmes.

2.5. Différencier l'individu de son problème

Pour être dans cette attitude de considération, **un des points clé est de ne pas confondre la personne qui a un problème, avec ce problème lui-même.**

Si quelqu'un vous livre un grave souci le faisant souffrir dans sa vie, **la tendance est, hélas, de laisser notre attention être littéralement « aspirée » par ce souci qu'il nous livre, car nous raisonnons aussitôt en terme de « problème-solution-résultat ».** Si un tel raisonnement est juste pour les problèmes matériels, il ne l'est pas pour les souffrances psychologiques. **Notre attitude offre ainsi l'expression de quelqu'un qui regarde un problème,** et notre interlocuteur, ressentant cette gravité dans nos yeux, se trouve soudain identifié à son souci. Il est alors en droit de douter de notre capacité à l'entendre.

Comprenant cela plus ou moins intuitivement, **nous essaierons alors de rester impassible** pour ne pas laisser paraître combien nous sommes affectés. Nous en devenons alors « vides », comme si nous n'avions rien vu, au point qu'à ce moment là **notre interlocuteur ne se sentira plus vu du tout et souffrira de notre apparente indifférence.** D'autre part, ce que nous montrons n'étant pas en harmonie avec ce que nous ressentons, nous offrirons un spectacle d'incohérence à celui que nous croyons ainsi préserver. Carl Rogers parlait de « congruence » pour nommer l'attitude juste, dans laquelle ce que nous montrons est en harmonie avec ce que nous sommes (il nous invite ainsi à ne pas être « incongru »).

L'attitude, plus simple et plus satisfaisante, est de **garder notre attention orientée vers l'individu qui s'adresse à nous. Il en résulte spontanément que notre attention n'est plus « aspirée » par la gravité du propos.** Nous entendons tout de même cette gravité, mais la présence de notre interlocuteur étant au premier plan, sa problématique peut être abordée sans que nous en soyons affectés, même s'il s'agit de quelque chose de grave (comme par exemple un deuil ou une situation de fin de vie).

Voilà qui est essentiel : **s'il importe de ne pas être affecté, nous devons cependant être chaleureux.** Pour apporter une bienveillance de qualité, nous devons être « touché » par la présence de notre interlocuteur, mais pas « affecté » par son propos. Cela mérite quelques précisions.

2.6. Etre touché sans être affecté

Si nous ne voulons pas être « touché », il n'y a pas d'aide possible ! Un patient ne se sentira pas plus aidé par quelqu'un qui semble indifférent, que par quelqu'un qui semblera affecté.

Notre langage a déjà mis notre attention sur la piste : **« Avoir du tact »,** c'est faire preuve de délicatesse. Avez-vous remarqué que nous avons coutume de désigner la délicatesse par le mot « tact » ? Naturellement il y est question du « tact psychique » et non du « tact physique ».

Pour désigner une présence chaleureuse, nous parlons souvent d'empathie. Le problème c'est que nous croyons trop que l'empathie est « l'art de savoir se mettre à la place de l'autre ». En fait c'est surtout « avoir du tact », et même « être en contact ».

Pour les amateurs de précisions: Le mot « empathie » vient de l'anglais « *empathy* » venant lui-même de l'allemand « *Einfühlung* ». Les psychologues Théodor Lipps et Sandor Ferenczi ont nommé les premiers, ce concept « *Einfühlung* » dans lequel on est sensible à autrui par une sorte de « tact psychique ». Ce « tact » se trouve dans le mot « *fühlen* » équivalent au mot anglais « *feeling* ». Les deux mots expriment une sorte de sensibilité un peu spéciale, un peu indéfinissable qui est de l'ordre du tact, mais qui n'est ni somatique ni corporelle.

« Etre touché », c'est disposer de ce type de sensibilité qui nous permet de « percevoir notre interlocuteur », c'est **disposer de ce « tact psychique » nous permettant d'être conscient du vécu de l'autre, sans pour autant nous mettre à sa place**. Il est évident que se mettre à la place de l'autre ne nous mènerait à rien, car une fois à sa place, nous percevrions « nous à sa place » et non « lui à la sienne » (voir publication « [Le piège de l'empathie](#) »). Avoir du tact, c'est « rencontrer l'autre » de façon à ce que sa présence soit ressentie comme un privilège.

C'est seulement alors, qu'il se trouve reconnu comme un individu à part entière et qu'il peut se sentir exister. Quand, au contraire, il se sent « perçu comme un problème » ça le dévalorise et il ne se sent pas du tout reconnu.

Un être a avant tout besoin de reconnaissance.

3. Privilégier une réelle reconnaissance

3.1. L'autonomie

Concernant les personnes âgées, la problématique de l'autonomie est souvent à l'honneur. Mais qu'est-ce que l'autonomie ?

Nous remarquerons que ce mot vient du grec *autonomos*, c'est-à-dire **auto** (soi-même) et **nomos** (lois). Cela signifie « **régi par ses propres lois** ». L'autonomie, ce n'est donc pas forcément « pouvoir faire tout seul », mais « pouvoir faire selon ses propres règles ».

Naturellement, dans une maison de retraite, un foyer d'hébergement, un EHPAD (établissement hospitalier pour personnes âgées dépendantes) comme dans tous établissements de soins, la vie collective ne permet pas de faire tout ce qu'on veut selon ses propres règles personnelles. On pourrait même dire que dans la vie sociale habituelle, nous ne pouvons pas non plus faire tout ce que nous voulons, quand nous le voulons comme nous le voulons. **Notre marge d'autonomie a toujours des limites découlant de notre environnement matériel et surtout de notre environnement social et familial.**

Concernant les personnes âgées, quand nous parlons d'autonomie, nous pensons surtout à leur capacité à se débrouiller toutes seules dans les tâches quotidiennes. Peuvent-elles se laver seules, manger seules, se coucher seules, se lever seules...etc? **Nous oublions alors l'autre sens de « autonomie » : faire ce qu'on veut, d'après ses propres règles.**

Nous devons remarquer que la personne âgée n'est pas seulement limitée par ses capacités, **elle est aussi limitée par la volonté ou par les possibilités de son entourage.**

La problématique des « violences douces » est ici particulièrement aiguë, car non seulement **ses désirs ne peuvent se réaliser, mais le plus souvent il lui est reproché de les avoir.**

Elle dira par exemple « **Je ne veux pas manger** », « **je ne veux pas me laver** », « **je voudrais retourner chez moi** », « **Je voudrais voir ma fille** », « **Je veux rester au lit** », ou même « **Je voudrais mourir** ». Naturellement, un soignant ne peut répondre à tous ces souhaits, soit parce que le temps lui manque, soit parce que la nécessité du soin ou la vie collective ne le permet pas, soit parce que c'est pour lui une impossibilité éthique (comme dans « je voudrais mourir »)

Aucun soignant ne souhaite être désagréable dans ces situations, mais tous sont embarrassés. Il se trouve que leur façon de le gérer est alors souvent l'utilisation du déni. Aux réflexions énoncées ci-dessus, ils opposeront : « **mais il faut manger un peu** », « **si vous ne vous lavez pas vous aurez des escarres** », « **vous savez bien que vous ne pourriez pas vous débrouiller seule chez vous** », « **mais votre fille va bientôt venir** », « **vous n'allez quand même pas rester au lit toute la journée !** », « **mais faut pas dire ça, vos enfants seraient trop tristes de ne pas vous trouver demain** »...

La question est de savoir ce qu'on peut faire, face à ces innombrables propos des résidents ou des patients.

Y a-t-il moyen de proposer une validation de leurs désirs même quand ils ne peuvent être satisfaits, quelle qu'en soit la raison ? Y a-t-il un moyen de les valider sans pour autant manquer les soins, sans mettre la personne en danger, sans nuire à la vie collective....sans manquer aux règles d'éthiques ?

Il y a en effet une façon de procéder qui permet d'éviter ces écueils sans faire obstacle ni à la qualité des soins ni à l'éthique. Nous commencerons par remarquer que ce n'est pas parce qu'on ne peut permettre une liberté qu'on ne peut en entendre le désir. Ne pas avoir une liberté est une douleur dont on ne peut pas forcément faire l'économie. Mais se faire culpabiliser d'avoir envie de cette liberté est une autre douleur qui elle peut être évitée. En effet, s'il est douloureux de vivre dans un monde où l'on est privé de ce qu'on veut, il l'est encore plus de se trouver dans un monde où l'on nous interdit d'en avoir envie. Quand même le rêve devient une faute... que reste-t-il ?

3.2. Quand on ne peut permettre certaines libertés

La vie collective, par nature, limite forcément les libertés. Les repas, par exemple, se dérouleront pour tout le monde en même temps. Celui qui aime se lever tard sera contraint de se lever en même temps que les autres, pareillement pour le coucher, pour les toilettes, pour les bains, pour les douches, ou pour les soins. Tout cela se passe quand c'est le moment, quand c'est possible, et pas forcément quand on le veut. Comme nous l'avons vu, le « *auto-nomos* » est mis à mal, par le simple fait de cette vie collective.

Il se peut même que des personnes âgées ne veuillent jamais certaines choses qu'on leur impose tous les jours ! Ainsi, une personne qui refuse toujours de se laver, sera lavée quand même ; une autre qui aimerait rester au lit plus longtemps se retrouvera systématiquement levée et mise au fauteuil trop tôt à son goût ; une autre encore qui ne

veut pas aller à l'animation (par exemple l'activité de chant, que pourtant les autres aiment bien) s'y trouvera propulsée « pour son bien ».

Les impératifs de sécurité viennent encore compliquer la situation : si une personne risque de tomber en se levant, pour éviter un accident, les soignants ne lui permettront pas de se lever seule. Son lit se trouvera alors « agrémenté » de barrières pour l'empêcher de tomber... et même pour ne pas qu'elle se lève du tout. Si elle tente quand même de se lever, elle devra enjamber ces barrières et tombera de plus haut (c'est raté pour la sécurité !... mais y a-t-il une bonne solution ?). Quand un soignant la retrouvera ainsi au sol, il en éprouvera de l'inquiétude et peinera à ne pas être réprobateur « Mais qu'est-ce que vous avez encore fait !? ». La relevant néanmoins avec douceur, il la remettra au lit en lui donnant une consigne : « Bon, maintenant vous êtes sage. On viendra s'occuper de vous tout à l'heure ». Il y a peu de chance que le ressenti de la personne âgée soit reconnu par une remarque, délicatement énoncée avec un ton de reconnaissance : « Vous vouliez vous lever ? », afin qu'elle puisse exprimer le souhait qu'elle avait en enjambant cette barrière, même si on ne peut lui permettre de le faire. Ce n'est pas parce qu'elle ne doit pas se lever qu'elle n'a pas le droit d'en avoir envie. Or, ce qu'elle pense... personne ne s'en préoccupe... car seule la sécurité importe !

Il est vrai que la situation n'est pas simple, car la sécurité doit être présente. La question est de savoir comment la faire cohabiter avec la délicatesse et la considération... **Comment faire cohabiter ces limitations avec néanmoins une réhabilitation de l'autonomie.**

Il ne s'agit surtout pas ici de porter une dure critique envers le travail des soignants, car ils font pour le mieux. Mais il y a un état de fait : les résidents ou les patients, pour leur santé ou pour leur sécurité, se retrouvent en train de **subir des choses qu'ils ne désirent pas et sont privés de choses qu'ils désirent.**

Pire encore, quand ils ne s'y soumettent pas ou se rebellent un peu (ce qui montre pourtant qu'il leur reste un peu d'énergie), ils reçoivent souvent une « gentille » critique venant leur indiquer que ce qu'ils veulent est erroné, insensé, déplacé... et même finalement un peu stupide ! La difficulté habituelle est que quand nous ne pouvons pas satisfaire une personne dans sa demande, si nous sommes généreux, ça nous met mal de ne pas pouvoir réaliser ce qu'elle souhaite. Alors, **pour ne pas être un « méchant » qui dit « non » on se transforme en « gentil » qui lui explique que sa demande est stupide !** Bien involontairement, il se trouve alors que pour la délicatesse, c'est vraiment raté ! Nous avons peur de reconnaître la validité d'une demande qu'on ne peut satisfaire et nous nous embourbons alors aussitôt dans un déni de cette demande. Nous avons là un des mécanismes majeurs des « violences douces ».

En fait, **pour mieux gérer ces situations, il convient non pas de nier, mais de reconnaître ce qui est exprimé** : « Vous vouliez vous lever ? » est une reformulation qui reconnaît le désir de se lever de la personne âgée (voir ma publication sur la « reformulation »). Même si on ne peut lui permettre de se lever, pour des raisons de sécurité ou de disponibilité, on peut au moins lui accorder **1/qu'elle en a le désir et 2/qu'il y a une raison à cela.** « Ça ne vous convient pas de faire votre toilette ? » est aussi une reformulation permettant à la personne âgée de se sentir reconnue dans son souhait de ne pas la faire. Même si on doit ensuite la lui imposer, il importe **1/de lui permettre de dire son**

refus, 2/de l'accompagner afin qu'elle puisse en expliciter la raison, 3/ de reconnaître cette raison. Ce n'est qu'après qu'on « impose » le soin s'il doit être fait. Mais souvent, la personne ayant été reconnue dans sa raison peut s'ouvrir à ce qu'on lui explique, surtout si on l'a fait participer à cette réflexion. Comme on lui dit que d'un côté on a bien compris que ça ne lui convient pas de faire sa toilette, mais que d'un autre, cette toilette est nécessaire pour des raisons de santé et d'hygiène... quand ensuite on lui demande « comment pourrions-nous faire ? », elle a la ressource de trouver la bonne façon de s'y prendre. Une personne reconnue a toujours des ressources insoupçonnées. Si, au contraire, on pense à sa place, petit à petit, ses ressources disparaissent.

Puis nous ne devrions jamais oublier que si nous avons quelque chose d'important à lui expliquer, **pour qu'elle nous entende, il faut d'abord qu'elle existe ! ... et que pour qu'elle existe, elle doit d'abord se sentir reconnue dans ce qu'elle ressent.**

Nous devons bien admettre qu'il est paradoxal de parler d'autonomie (*auto-nomos*) et en même temps de nier chaque pensée exprimée ! Comment celui qui n'a plus le droit d'avoir un avis ou un désir peut-il être autonome ? Comment peut-il même garder le goût de s'exprimer ? Ces types de dénis induisent involontairement des attitudes de silence, de renfermement et même, sans doute, des syndromes de glissement.

3.3. Quand on entend des choses auxquelles on ne peut vraiment rien

Le déni est quelque chose de subtil. Les soignants n'ont généralement pas l'impression de se trouver dans une telle attitude. Je pense par exemple à ce monsieur en syndrome de glissement qui se laissait mourir et ne mangeait plus rien. Avec la plus grande générosité, l'équipe se mobilisait pour trouver comment le « stimuler ». Et plus elle le stimulait... plus il « partait ». Une soignante a eu une intuition extraordinaire. Au lieu de chercher à le stimuler, elle l'a simplement reconnu. S'approchant de lui, lors d'un repas qu'il ne voulait pas, elle lui a juste dit avec délicatesse, sur un ton de chaleureuse reconnaissance « Vous ne voulez plus ? » Elle sous-entendait « Vous ne voulez plus vivre ? C'est cela ? ». Elle montrait là qu'elle venait d'en prendre la mesure et se sentait très proche de lui, dans la pleine reconnaissance de la réalité qu'il éprouve au plus profond de lui. Contrairement à ce qu'on aurait pu croire... à partir de là, il a remangé !

La « stimulation » était en fait un déni, conduisant ce monsieur à s'éteindre et à renoncer davantage. En effet : « à quoi bon vivre dans un monde où même les *gentils* ne nous entendent pas ! ». La reconnaissance, elle, produit quelque chose de diamétralement opposé : « vivre dans un monde où il y a ne serait-ce qu'une personne qui nous entend... ça peut valoir la peine ! »

Vous remarquez à quel point tout est en finesse.

Nous n'avons cependant abordé jusque là que des situations où une issue satisfaisante est possible. Qu'en est-il face à des situations irrémédiables : envie de retourner chez soi, deuils, fin de vie.

Exemple sur le deuil : La nuit une résidente appelle en criant « je veux mourir ». Un agent de service hospitalier vient auprès d'elle et, l'écoutant avec attention et bienveillance, entend vraiment son propos. Il lui reformule avec douceur et reconnaissance « Ce serait mieux pour vous si vous étiez morte ? » (il reconnaît ainsi l'existence de son désir et lui accorde implicitement qu'elle a une raison de l'avoir). La femme lui répond, avec un regard rempli d'un mélange de douleur et de bonheur « Oui, je pourrais retrouver mon mari ! » L'agent, sensible aux sentiments que cette femme venait de montrer envers son mari, poursuit avec une infinie douceur par une autre reformulation « Vous aimez tellement votre mari ? ». La résidente lui sourit, comme satisfaite de cette reconnaissance et passa une nuit paisible.

D'autres attitudes auraient pu se produire : face à son désir de mourir certains lui auraient peut-être rétorqué « Voyons il ne faut pas dire ça ! » ou, plus délicatement avec un déni implicite « Pourquoi vous dites ça ? ». Cette question l'invite apparemment à donner sa raison, mais avec un non verbal (le ton) qui laisse entendre qu'il ne peut y avoir de bonne raison à un tel souhait. En effet, le projet est de l'en décourager et surtout pas de le reconnaître. La résidente aurait alors peut-être aussi répondu « Je pourrais retrouver mon mari ». Mais ce soignant se serait mis à confirmer sa réprobation (auparavant juste implicite) : « Mais enfin, votre mari est mort ! Vos enfants qui sont bien vivants seraient tellement tristes de ne pas vous retrouver demain ! ». Ces paroles qui se veulent encourageantes claquent hélas comme un violent déni : 1/Votre mari est mort, n'en parlons plus ! 2/Vous ne pouvez être indécate au point d'abandonner vos enfants ! Alors, non seulement elle a perdu son mari et on l'invite à l'oublier (on le fait ainsi mourir une deuxième fois) mais, en plus, on la culpabilise de ne pas penser à ses enfants... En y regardant bien, quelqu'un qui voulait mourir peut-il trouver là une motivation pour continuer à vivre ?

Exemple d'envie de retour chez soi : Un résident dit combien il regrette sa maison et son jardin. « Je voudrais rentrer à la maison. Ça me manque de ne pas être chez moi. J'aimais tellement mon jardin » Une soignante avisée lui reformulera avec délicatesse et reconnaissance « Votre maison vous manque tellement ? » Le fait de pouvoir dire son ressenti, à une personne qui en reconnaît l'importance, reconfortera le résident. On ne peut lui permettre de rentrer chez lui. C'est impossible. Mais il a le droit d'avoir la nostalgie de sa maison et de son jardin. C'est finalement tout simple !

Une soignante moins avisée tentera de le ramener à la raison avec douceur : « Vous savez bien que vous ne pouvez pas rentrer chez vous. Vous ne pourriez pas vous débrouiller tout seul. L'autre fois vous avez oublié d'éteindre le gaz. Quand vous êtes tombé vous êtes resté six heures par terre avant qu'on vienne vous chercher. Puis votre jardin c'est beaucoup de travail. Ici vous avez un parc magnifique. Les jardiniers s'en occupent... » Toutes ces paroles, même prononcées avec délicatesse montrent à ce monsieur qu'il n'a pas à espérer être entendu. Il se retrouve stupide de vouloir rentrer chez lui alors que c'est impossible. Il est vu comme quelqu'un qui n'a pas compris les raisons de cette impossibilité. C'est comme si cette « gentillesse » ne faisait que mettre l'accent sur sa stupidité. Alors, sa nostalgie, son ressenti... qu'en fait-il ? Ils lui sont tout simplement interdits. Le rêve n'est plus permis. Il devient même une sorte de « faute » qui est reprochée : on n'a pas le droit d'aborder ce sujet... ! Nous avons encore là un exemple de

« violence douce ». Bien involontaire, elle n'en n'est pas moins là pour autant et produit, sans qu'on s'en rende compte, des blessures à répétition.

Concernant les situations auxquelles on ne peut rien changer, nous aurons bien sûr aussi les **situations de fin de vie**. Nous y trouverons les mêmes considérations. Je n'aborderai pas ce thème ici car je l'ai déjà largement développé dans ma publication d'avril 2003 « [Humaniser la fin de vie](#) ».

3.4. Les gentillesses dévastatrices

Dans une activité, une résidente réalise un coloriage. Elle manifeste, en non verbal, que ce qu'elle fait ne lui plaît pas. Voulant l'encourager, le soignant qui s'occupe d'elle lui dit que c'est très beau. La personne grimace alors un peu plus pour montrer son désaccord. Le soignant (qui au fond a bien remarqué ce signe non verbal) ajoute alors un encouragement : « vous avez choisi de très belles couleurs ». La grimace s'amplifiant encore, le soignant poursuit par « Ceux que vous avez fait l'autre fois étaient très beaux aussi ». La grimace se répète et l'on sent très bien que la personne n'est pas de cet avis. Je viens vers cette femme et lui reformule simplement « Ça n'a pas l'air de vous plaire ? ». Comme prenant une grande respiration de soulagement elle me dit « Ça ne peut pas me plaire ! J'étais institutrice, et les gamins dont je m'occupais faisaient mieux que moi. Regardez, j'en fiche partout ! » Contrairement aux apparences, les encouragements du soignant étaient des dénis à répétition qui interdisaient à cette femme d'avoir le ressenti qui est le sien. Pensant l'encourager, le soignant lui interdisait tout simplement d'exister (!?) Bien sûr il n'était pas question de lui dire « Oui, vos dessins sont moches » et aucun soignant n'aurait eu cette malencontreuse idée, bien évidemment. Il s'agissait en fait de comprendre qu'il n'est pas question de notre avis, mais du sien. L'autonomie, ça commence par le fait d'avoir le droit de penser, par le droit d'avoir un avis à soi et de ne pas avoir à se soumettre à l'avis de l'autre. Imposer notre avis à quelqu'un, afin qu'il remplace sa pensée par la nôtre, revient à une sorte de « lobotomie » psychologique dans laquelle on l'invite à supprimer une partie de lui-même. Nous ne sommes là ni dans la bienveillance, ni dans la bientraitance !

Une résidente ne se trouve pas belle. Elle dit à la soignante qui s'occupe d'elle « t'es belle ! ». La soignante répond judicieusement « merci », acceptant que cette personne puisse la trouver belle. On sent très bien que la soignante ne s'en glorifie aucunement et qu'il n'y a aucun ego de sa part. C'est tout simplement une juste reconnaissance de ce que la résidente exprime. Puis la résidente ajoute « Moi j'suis pas belle ! ». La soignante s'égare alors dans un déni : « Mais si vous êtes belle ! Vous avez de beaux yeux ! ». S'il est bien évident qu'il serait mauvais de dire à la résidente « C'est vrai vous êtes moche » (cela ne viendrait heureusement à l'idée de personne) il est plus délicat de se rendre compte que ce « Mais si vous êtes belle » est une agression de type « violence douce ». La résidente exprimait un ressenti et elle vient d'être niée. Elle est ainsi invitée à se taire, à abandonner son point de vue et à adopter celui de son interlocuteur. Elle n'aura le droit de s'exprimer que si elle adopte ce point de vue qui lui est étranger. Qu'est ce que la soignante aurait donc pu dire pour éviter la « violence douce » ? Elle aurait pu simplement reformuler avec beaucoup de reconnaissance et de délicatesse « Vous ne vous

plaisez pas ? » la résidente aurait pu ainsi exprimer certaines choses importantes du genre « Vous savez avant j'étais belle. Je ne suis plus qu'une vieille peau. Ce n'est pas facile de vieillir ». La soignante aurait poursuivi simplement par « Ça vous a été difficile de voir changer votre apparence ? ». On ne peut changer le fait que la personne vieillisse. On ne peut changer que cela ne lui plaise pas. Ce qu'on peut faire c'est reconnaître son ressenti. Ce n'est pas non plus avoir le même avis que le sien. Nous pouvons très bien la trouver belle et le lui dire, mais pas sans avoir reconnu, qu'à ses yeux, elle, elle ne se plait pas. Sinon c'est un déni. Reconnaître son avis, à elle, n'empêche pas ce qu'elle ressent. Ça le reconnaît et lui permet de se sentir exister. Elle est entendue, elle peut partager... elle est reconnue et si elle a un poids sur le cœur on l'entend. Au final, elle n'est plus aussi seule.

3.5. La valeur de ce qui est exprimé

Tout se résume à la valeur qu'on accorde à ce qui est exprimé. Souvent les paroles semblent anodines ou erronées et il vient tout naturellement à l'esprit, pour venir en aide à notre interlocuteur, de rectifier son propos.

« **Je suis moche** »... « Non vous êtes belle ». « **Je ne sers plus à rien** » ... « Mais si vos enfants sont contents de venir vous voir ». « **Je ferais mieux de mourir** » ... « Mais il ne faut pas dire ça ». « **Je me sens seule** »... « Mais votre fils vient demain ». « **Je m'ennuie** »... « Venez aux activités, ça vous changera les idées ». « **Ma maison me manque, quand est-ce que j'y retourne ?** »... « Vous savez très bien que vous ne pourriez pas vous y débrouiller toute seule ». « **Mon fils me manque, il ne vient pas souvent** »... « Mais il vient quand même toutes les semaines. Tous les résidents n'ont pas cette chance. Et puis il est très occupé »...etc ...etc....etc !

Nous avons une sérieuse difficulté à accorder à notre interlocuteur que ce qu'il nous dit est si important. Nous avons pris la fâcheuse habitude de croire que son propos est, soit insignifiant, soit erroné, soit néfaste. Nous sommes alors portés spontanément à vouloir le recentrer, le corriger, le rectifier. **Nous n'avons pas pris l'habitude de considérer que ce que nous dit l'autre est essentiel pour lui, ni que cela a un fondement pertinent.** Il se peut qu'il peine à l'exprimer avec justesse et que nous ne le comprenions pas bien. Dans ce cas nous devrions simplement l'aider à expliciter ce qu'il cherche à dire. Il ne s'agirait surtout pas de lui « tirer les vers du nez » mais de l'aider à préciser ce qu'il cherche à nous faire savoir. Il ne s'agirait ni de questions d'enquête, ni de curiosité, mais d'un accompagnement de notre interlocuteur vers ce qui lui tient à cœur de nous montrer.

Quand certains propos nous semblent incohérents, il nous vient hélas à l'idée de ramener notre interlocuteur à « la raison » en le resituant dans le présent. Nous pensons le « réorienter » en le ramenant à notre logique. Mais cela le conduit au contraire à l'éloigner de sa raison à lui, et à le désorienter (!?). Le plus souvent, **là où se portait son attention était une juste direction pour faire valoir quelque chose qui a été important dans sa vie.** La validation de cette chose importante lui aurait spontanément permis de revenir dans le présent, bien mieux que de tenter de le détourner de ce qu'il essayait péniblement de nous communiquer.

Il s'agit même parfois de choses dérisoires, très justes et très actuelles que nous prenons à tort pour une désorientation. Ainsi cette femme qui pleure en réclamant sa fille : le soignant, voulant la ramener à la raison, lui explique alors que sa fille est venue cette après midi... et lui a même amené des fleurs (il s'appuie ainsi sur une preuve tangible). Il a fallu un échange de plus de dix minutes pour réaliser qu'il s'agissait d'une autre fille qui, elle, ne vient jamais. Ici, en voulant ramener la résidente à ce que qu'il croit être « raisonnable », le soignant éloigne celle-ci de ce qui est juste en elle. Il contribue alors à augmenter son apparente désorientation.

3.6. La désorientation

Il arrive donc que se révèle une raison tangible, qui vient tout expliquer et met tout le monde d'accord, comme dans ce cas ci-dessus où il y a effectivement une autre fille qui ne vient jamais. Mais nous avons aussi **de nombreuses situations où une telle raison ne se trouve aucunement dans l'environnement actuel**. Par exemple, le cas de la personne de quatre-vingt-dix-huit ans qui appelle sa mère, le cas de la personne qui veut donner à manger à ses poules ou ranger le bois, de celle qui ne veut pas manger pour garder la nourriture pour « lui » (sans que nous puissions savoir qui est ce « lui » qu'elle mentionne), de l'autre qui veut aller chercher ses enfants à l'école... Nous trouvons diverses situations où la personne âgée semble dire des choses sans cohérence, fort éloignées de la réalité.

Ces situations sont plus délicates pour les soignants qui considèrent uniquement le présent dans leur réflexion. Dans une photo, il n'y a pas que le premier plan. Si on considère le présent comme un plan, et si on ne regarde que ce plan, on perd la profondeur de l'espace donnant tout son sens à cette photo. On perd la perspective et on se retrouve dans un monde plat sans signification. Or, au présent s'ajoute tout ce qui a fait la vie d'un être et cela constitue « l'espace » de son existence. Ce qui ne s'explique pas par le présent (le premier plan), trouve sens quand on considère l'ensemble d'une vie (la profondeur). Nous croyons, à tort, que ce qu'a vécu une personne autrefois est dans le passé. En fait les événements sont dans le présent, mais celui qu'il était lors de ces événements est dans le présent et constitue toute la profondeur de l'être qu'il est. Pour vraiment l'entendre, il s'agit de ne pas le regarder seulement en « deux dimensions » (premier plan), mais de tenir compte de ce qu'il a été à chacun des instants de son existence (la profondeur).

Noami Feil, auteur de « Validation mode d'emploi » (éditions Pradel), a beaucoup travaillé sur cette reconnaissance accordée dans les cas où ce qui est exprimé semble déraisonnable.

Elle commence son ouvrage par l'exemple de Florence Trew qui est une vieille dame poussant des cris incohérents. Quand Noami Feil s'approche d'elle, la vieille dame lui dit en montrant une soignante « dites-lui de me le rendre ! C'est elle qui me l'a pris ! ». Noami Feil lui répond avec beaucoup de délicatesse et de justesse « Qui vous a-t-elle pris ? ». La vieille dame lance ce qui pour elle est une évidence « Eh bien Creaky, voyons ! » Il se trouve que Noami Feil connaissait l'histoire de cette dame qui, à l'âge de huit ans, a du supporter qu'on lui arrache ce fameux « Creaky » (et le jette à la poubelle) Ce « Creaky » n'était autre que le doudou qu'elle emmenait partout : un lièvre en bois que son père lui avait offert deux ans avant sa mort ! Noami savait que Florence Trew, parlant de ce cruel instant, avait dit autrefois « Ce jour là je suis

morte ! ». Cette apparente incohérence est en fait une situation tout à fait cohérente où la dame âgée parle au nom d'une enfant qu'on n'a jamais entendue, qui n'a jamais eu l'opportunité de dire. Cela se passe comme si cette enfant était encore « là » en attente qu'on la comprenne : l'histoire est passée, mais l'enfant est présente ! La vieille dame est parfaitement orientée vers sa raison : « une enfant qui a souffert et qu'on n'a jamais entendue »

La reconnaissance de cette raison peut amener beaucoup de paix. Le déni de cette raison... fait au contraire « perdre la raison » ! Croyant la réorienter, on ne fait alors qu'aggraver sa désorientation. On l'éloigne ainsi de la juste direction dans laquelle il fallait accomplir une validation, on l'éloigne malencontreusement de cette petite fille de huit ans qui attend toujours qu'on comprenne la dimension de ce qu'elle a vécu et qu'on le reconnaisse enfin !

Je ne prétends pas développer ici en détails ce sujet passionnant de la désorientation. Je souhaite juste attirer l'attention des soignants sur cette notion de « raisons à reconnaître », même quand nous ne les connaissons pas. Cela produit une sorte d'accomplissement. Je souhaite juste attirer l'attention sur le fait que « nier une raison » contribue à augmenter la désorientation et constitue aussi une « violence douce ». Par ce déni, croyant aider, on aggrave ce qu'on pensait apaiser.

Ramener quelqu'un dans le présent reste une bonne pratique, mais cela ne peut se faire sans avoir auparavant validé cette profondeur qui constitue sa vie avec justesse. Là aussi nous devons passer d'abord par la reconnaissance.

3.7. Face au silence verbal

Il y a aussi des personnes qui ne peuvent plus s'exprimer. Que ce soit par **aphasie**, par **dépression profonde**, par **colère et mutisme**, par **épuisement** ou même par **état comateux**... J'attire aussi votre attention sur le fait que leur non verbal nous « parle » aussi. Que ce soit un regard, un souffle, une simple modification de position, un changement du rythme cardiaque... cela vaut langage.

Face à ces personnes qui ne prononcent plus rien, les soignants avisés savent qu'il convient de **se présenter**, **d'annoncer ce qu'on va faire** et de **nommer ce qu'on fait quand on le fait**. J'ajouterai ici qu'on ne manquera pas d'apporter, en plus, **la reconnaissance de ce qui est manifesté**.

La difficulté est que nous n'avons plus ici que le non verbal. Le non verbal (mimiques et intonations de la voix), même chez ceux qui parlent, représente 90% de ce qu'ils expriment. Cela vient nuancer le sens de leurs propos parfois jusqu'à l'opposé des mots qu'ils prononcent. Quand les gens ne parlent plus, c'est 100% du message qui est non verbal !

Quand une personne recule son bras alors qu'on l'approche pour un soin, nous confirmerons cela par cette reformulation « vous ne souhaitez pas que je touche votre bras ? » Puis on expliquera ce qu'on fait. Avant, il y aura eu reconnaissance. Si une personne dans le coma manifeste une intensification respiratoire ou cardiaque, on reconnaîtra « Il y a quelque chose qui vous tourmente ? ». Aussi modeste soit-il, ce moment de reconnaissance est fondamental.

Il importe de devenir de plus en plus sensible à ces expressions non verbales. C'est ce qui permettra de proposer une réelle bienveillance et de ne pas produire de « violences douces »... ou, plus modestement, d'en produire la moins possible.

3.8. Le piège des activités occupationnelles

Pour clore ce chapitre des « violences douces » envers des patients ou des résidents, j'aborderai le domaine des animations. S'il semble tout à fait juste de proposer des animations pour l'agrément de la vie quotidienne, cela soulève quelques points qu'on ne doit pas négliger. **Une personne beaucoup plus âgée que nous n'a pas forcément les mêmes projets que nous pour occuper sa vie.** Ce qui, à nos yeux, semble distraire, peut même profondément l'ennuyer.

Le piège est sans doute que nous raisonnons en terme de « distractions ». Une personne âgée en a fini avec l'apparence, avec le déni, avec les « faux fuyants », avec le « faire bonne figure », avec le « faire comme si » (sauf si elle y est obligée à des fins manipulatoires).

Il n'est déjà pas très heureux de détourner l'attention d'un enfant qui pleure en lui disant « regarde la jolie voiture » ou « regarde la belle poupée ». Croyant bien faire, cela revient à nier ce qu'il exprime. Mais après, en jouant, il pourra compenser les effets néfastes de cette maladresse de son entourage. Il aurait néanmoins préféré qu'on reconnaisse sa peine.

Avec une personne âgée cela devient totalement insupportable... car elle a moins de possibilités de « jouer » pour compenser la maladresse subie ! **Quand elle se dit triste et qu'on veut l'emmener à une activité pour la distraire de sa tristesse, il y a là une « violence douce ».** La violence ne consiste pas en le fait de l'emmener à l'activité... ça peut même être bien. La violence résulte du fait qu'on l'emmène sans l'avoir écoutée et validée. Avant de l'emmener à l'activité, on ne peut faire l'économie de passer par une phase de validation de sa tristesse et de validation de la raison de sa tristesse. D'autre part on ne doit pas sous-estimer l'éventualité que cette activité ne lui convienne tout simplement pas, juste par goût.

Qu'il y ait de l'occupationnel, pourquoi pas... mais **pourvu qu'il ne s'agisse pas d'une politique d'évitement des ressentis.** Il se trouve qu'**une personne âgée a souvent plus envie de « rassembler » ce qui est elle, que de se « distraire »** (nous noterons que « distraire » vient du latin *distrahere* signifiant « tirer en divers sens », « séparer, détacher d'un tout »).

Le problème qui se pose est plus d'ordre **« ergothérapeutique »** (l'ergothérapie permet par exemple à des personnes qui ont perdu des facultés suite à un accident vasculaire cérébral, de les retrouver en produisant de nouvelles connections dans le cerveau). Il se trouve que, même sans accident vasculaire cérébral, les activités qu'on ne fait plus sont de plus en plus difficiles à faire. Les muscles fondent, l'agilité diminue, les facultés intellectuelles se perdent, certains neurones se « déconnectent ». **Les activités sont donc particulièrement importantes sur ce plan.** Cela les justifie bien plus que le côté « distraction ». Il s'agit alors de trouver des activités qui sont agréables (ou au moins pas trop désagréables) afin de préserver les capacités physiques et intellectuelles. En effet, ces capacités disparaissent bien plus vite qu'on ne le croit si on ne s'en sert pas (quelques semaines d'immobilisation par un plâtre seront suivies de rééducation... même chez un sujet jeune !)

Pour ce qui est de la motivation, **le « faire » et le « se distraire » sont moins d'actualité chez un sujet ayant atteint une grande maturité.** Il peut en avoir besoin, mais ce n'est pas ce qui mobilise sa vie. Il aura plus tendance à faire le bilan, à faire ressortir ce qu'il a toujours tu (même quand c'est de la colère), à dénouer ce qui est resté noué, à comprendre ce qu'il n'avait pas compris, à rassembler en lui ce qui est resté épars, à accomplir ce qui est resté inachevé.

Les animations, pour ne pas se transformer en « violences douces », auront avantage à se réaliser en tenant compte de cela. Elles auront alors toute leur place pour offrir un authentique mieux-vivre.

4. La prise en compte des familles

Je ne pouvais terminer cet article sans évoquer l'entourage de la personne âgée. Un individu ne peut être considéré isolément, car ceux qui l'entourent (même s'ils l'entourent mal) font partie de ce qui le constitue.

4.1. La complétude

Si le sujet âgé tente de rassembler en lui ce qui est épars, cela concerne aussi bien ses ascendants (même s'ils sont généralement tous décédés), que ses descendants. Ainsi quand un sujet âgé se plaint de l'indélicatesse de ses enfants, il n'attend surtout pas qu'on prenne parti contre eux. Il attend que l'on comprenne sa douleur à lui, mais pas qu'on les dévalorise eux.

Notre difficulté est hélas de ne pas savoir bien entendre la douleur d'un être, sans prendre parti contre celui qui lui a fait mal. Quand il s'agit d'une malveillance venant d'un étranger, notre jugement est juste une maladresse. Mais quand il s'agit d'une malveillance venant d'un de ses enfants, notre jugement est franchement néfaste. Son enfant lui manque et lui fait mal par son indélicatesse... si nous achevons de dévaloriser cet enfant, c'est catastrophique. **Il a besoin qu'on entende sa douleur, mais pas qu'on dénigre son « petit ».** Concernant le thème de la culpabilisation, vous pouvez lire sur ce site la publication de novembre 2004 « [Ne plus induire de culpabilisation chez les patients ou les parents](#) »

L'attitude qui évitera la désobligeante « violence douce » sera de **d'abord valider son ressenti**, puis de l'interpeller sur quelque chose du genre « Qu'est ce qui amène votre enfant à agir ainsi ? ». Nous ne minimiserons pas ce que fait l'enfant, mais nous ne porterons aucun jugement envers lui. Nous irons même jusqu'à accorder à l'enfant qu'il a une raison (même si une raison ce n'est pas une excuse. Voir à ce sujet ma publication « [Apaiser violences et conflits](#) »)

4.2. Le vécu des proches

La bienveillance envers les sujets âgés passe par la bienveillance envers ses proches. De même qu'en **pédopsychiatrie** on ne peut correctement prendre soin d'un enfant sans tenir compte de sa mère, sans l'entendre et la reconnaître dans ce qu'elle

ressent (ce n'est malheureusement pas toujours le cas), de même on ne peut prétendre prendre soin d'un sujet âgé sans entendre et reconnaître le vécu de ses proches, notamment celui de ses enfants.

Le sujet âgé se sentira mieux « si ses enfants existent » et ses enfants existeront mieux « s'ils se sentent reconnus ». Or nous trouvons les mêmes attitudes de déni des soignants envers les enfants, qu'envers les parents âgés. Pensant produire un apaisement ils diront par exemple à **un fils qui craint que sa mère ne s'ennuie et qu'on ne s'occupe pas bien d'elle** : « Vous savez on s'occupe bien d'elle. Il y a les soins, les activités... et puis elle ne pouvait plus se débrouiller toute seule. Ici elle est en sécurité » le fils rétorque avec culpabilité « Oui mais ça doit être dur pour elle de se retrouver ici ! » Le soignant tente aussitôt de le *ramener à la raison* « Ce sont des choses qui arrivent un jour. Elles sont nécessaires pour prendre soin d'elle. Et vous ne devez pas vous culpabiliser. Vous passerez la voir... cela la reconfortera... » De ce fait, **le fils ne se sent pas écouté dans ce qu'il ressent. Il aurait simplement aimé entendre « C'est dur pour vous de la voir ici ? »** Il aurait pu dire pourquoi c'est dur à ses yeux et à son cœur. Le soignant aurait simplement validé ce ressenti. Puis il aurait ensuite simplement expliqué ce qui se passera dans l'institution. Cette deuxième phase d'explications, le soignant la connaît bien. Il la fait souvent avec justesse. Ce qui manque, c'est l'absence de validation du ressenti du fils... Et même, non content de ne pas le valider, il est même nié quand le soignant tente de l'éloigner de ce qu'il ressent... pour « l'apaiser ».

« Est-ce que ma mère mange assez ? »... « Ne vous inquiétez pas, la diététicienne surveille ses repas ». **« N'est-ce pas trop dur pour mon père de devoir se faire assister de la sorte ? »...** « Vous savez il faut bien qu'il s'habitue. Nous nous occupons bien de lui... et il participe plutôt bien aux activités ». **« Mon père ne réclame-t-il pas trop souvent sa maison ? Je m'en veux que nous ayons dû la vendre pour payer la maison de retraite ! »...** « Vous étiez bien obligé bien la vendre ! Nous faisons tout pour qu'il soit bien ici. Quand il en parle nous tentons de le distraire pour qu'il n'y pense pas trop » Tous ces propos ne sont pas des monstruosité et visent à « rassurer » le fils ou la fille du résident. Pourtant, chacun de ces propos montrent que le soignant n'a pas entendu ce qui est exprimé, ou même que si c'est entendu ça sera de toutes façons « nié pour apaiser ».

« Vous craignez que votre mère ne mange pas assez ? » aurait été une juste reformulation. « Vous vous demandez comment votre père supporte d'être assisté ? » ; « Vous craignez que ça ne lui soit trop dur d'avoir laissé sa maison ? »... il y aurait eu là de judicieuses reformulations venant offrir au fils ou à la fille une exacte reconnaissance de son ressenti. Les explications seraient venues ensuite et l'échange aurait été construit sur une authentique douceur.

4.3. Pour conclure

Par ces quelques lignes j'ai souhaité partager avec les **soignants, médecins, psychologues, éducateurs ou animateurs**, quelques notions simples mais extrêmement subtiles, **permettant de produire la douceur souhaitée par chacun.**

Procéder de la sorte peut sembler consommer plus de temps. L'expérience montre que c'est le contraire. Ce n'est que quand on s'oppose qu'on gâche beaucoup de temps... à tenter, en vain, de convaincre l'autre. Plus on s'oppose, plus il s'oppose ! Cela consomme énormément d'énergie et produit de l'épuisement. Cet épuisement est, de plus, extrêmement désolant car, au bout, il n'y a pas le résultat escompté... et même souvent le résultat contraire (la personne s'énerve ou s'éteint)

L'indicateur que notre attitude est dans cette bienveillance... c'est qu'on ne ressent aucun épuisement. L'épuisement vient beaucoup du fait de nos multiples oppositions et tentatives pour convaincre (voir sur ce site la publication de juin 2002 « [Le danger de convaincre](#) »)

J'espère que ces quelques éléments auront modestement contribué au bien être des patients ou des résidents. La générosité des équipes de soins trouvera là un moyen de se rapprocher de ce qu'elles ont le plus à cœur, sans pour autant s'y épuiser.

Je termine ce document par une « charte de bienveillance » (j'ai préféré ne pas mettre « bientraitance ») que chacun pourra utiliser en l'adaptant à son contexte professionnel. Il pourra même l'afficher, si cela lui semble juste, afin que ces éléments soient aussi présents que possible pour chacun.

Thierry TOURNEBISE

Note aux professionnels :

Ce document est volontairement rédigé sans référence bibliographique. Il se veut accessible à tous et parle en toute simplicité d'une expérience à vivre. Pour ceux qui souhaitent de la bibliographie, je les invite à visiter [Psychologie et violence dans le grand âge](#) ou à aller à la page de [bibliographie](#) du site

5. ANNEXE

CHARTE DE BIENVEILLANCE

Les êtres comptent toujours plus que les choses ou que les actes

Cette charte a pour projet de promouvoir le mieux être des résidents, tout en donnant aux soignants un cadre de travail serein et motivant

I Respect des règles générales d'intimité et de courtoisie

- 1-Toujours frapper à la porte avant d'entrer dans la chambre
- 2-Respecter les règles de politesse et de courtoisie habituellement en usage
- 3-Respecter l'intimité pendant la toilette

II Respect individualisé

- 1-Adapter les soins et y consacrer un temps en accord avec le rythme du résident
- 2-Expliquer au résident ce qu'on va faire, puis ce qu'on fait quand on le fait
- 3-Respecter les habitudes de vie du résident. Individualiser les soins et l'accompagnement
- 4-Assurer les soins nécessaires aux besoins vitaux et au confort du résident
- 5-Prise en compte des douleurs physiques, tant sur le plan psychologique, que sur le plan médical

III Reconnaissance de ce qui est exprimé

et même en accompagner l'expression, tout en respectant une précieuse confidentialité

- 1-Reconnaître les douleurs psychiques du résident, même si on ne peut y remédier
- 2-Reconnaître les souhaits exprimés par le résident, même quand on ne peut les satisfaire
- 3-Utiliser la considération et la reconnaissance, ne jamais gérer un mal être par le déni
- 4-Ne porter aucun jugement, ni envers le résident, ni envers ses proches
- 5-Accompagner les proches dans ce qu'ils expriment, car cela fait partie de la qualité globale des soins

IV Qualité de la vie sociale

- 1-Favoriser le lien du résident avec la société, et avec ses proches
- 2-Répondre au besoin de communication et d'accomplissement personnel du résident
- 3-Proposer au résident un espace de vie adapté et convivial, tenant compte de ses capacités
- 4-Veiller à la qualité de cet espace de vie : propreté, odeurs, niveau sonore, décoration
- 5-Respecter la religion quelle qu'elle soit, ou l'absence de religion, du résident

V Autonomie

- 1-Dans la mesure de sa sécurité et du respect d'autrui, permettre au résident de choisir lui-même les règles de sa conduite, la direction à donner à son existence, même quand certains risques sont liés à ses décisions*
- 2-Eviter de faire à la place du résident ce qu'il peut faire lui-même. Juste, si nécessaire, le faire avec lui.
- 3-Maintenir la continence du résident le plus longtemps possible en le conduisant aux toilettes
- 4-Permettre au résident de demander de l'aide en mettant une sonnette à sa disposition
- 5-Mettre en œuvre, avec soin, ce qui est énoncé au § III « Reconnaissance de ce qui est exprimé »

*Autonomie vient du grec *autonomos* : de *auto* (soi-même) et *nomos* (lois). C'est à dire « régi par ses propres lois »

- Cabinet de formation et consultation Thierry TOURNEBISE - 24130 Prignonrieux - 05 53 58 17 72
www.maieusthesie.com -

[téléchargez le document imprimable en pdf](#)

***Psychologie et violence dans le
grand âge***

Thierry TOURNEBISE

Juillet 2005 © [copyright Thierry TOURNEBISE](#)

2009 pour cette version PDF

1. Psychologie du sujet âgé

5.1. Entre sérénité et violence

5.1.1. Maturité et fragilités

La dernière étape de la vie (à partir d'environ 80 ans), qui se veut traditionnellement une période de plénitude et de sagesse, se révèle le plus souvent une zone de douleurs, d'interrogations, d'incompréhension, de réactions de violence... ou de dépression.

Les réactions de l'entourage familial ou soignant peuvent comporter des violences. Celles-ci sont la plupart du temps involontaires, mais elles sont tout de même là. Plus rarement, la violence peut être volontaire, pour des raisons conscientes ou inconscientes qui appartiennent à leurs auteurs.

Le sujet âgé peut aussi être cette source de violences. Soit que cela ait été une habitude dans sa vie de gérer les situations de cette manière, soit que cela apparaisse dans ce moment de vie, en réaction à ce que représente à ses yeux cette dernière étape de son existence.

5.1.2. Le suicide à l'honneur !

Arrivé à cette étape de son parcours, chacun gère ses ressentis comme il peut. Tout le monde n'a pas la chance d'avoir construit un psychisme solide ayant une assise suffisamment stable pour que ce moment de la vie continue d'être une progression. Pour beaucoup, c'est le moment de l'émergence de fragilités psychologiques dont les raisons seront évoquées plus loin dans ce document.

Il est tout de même à noter que les études de l'INSERM et de L'OMS indiquent que c'est à partir de 70 ans qu'on trouve le plus grand nombre de cas de suicide (proportionnellement au nombre de personnes concernées). C'est donc une période de vie remplie d'un vécu le plus souvent mal compris.

Robert HUGUENOT nous rapporte les données du Dr italo SIMONE, psycho gériatre : « Le taux de suicide chez les plus de 60 ans est estimé à plus de 25% du nombre total des suicides réussis, alors que les sujets de cet âge ne constituent qu'environ 9% de la population générale » « La vieillesse maltraitée » Robert HUGUENOT Dunod 2003 p12

Le suicide (à tous les âges) est un mal social qui tue plus que les accidents de la route et le sida réunis. C'est un des principaux problèmes de santé publique non résolu depuis de nombreux gouvernements successifs, qui ont discrètement tenté d'y amener des solutions infructueuses. Si la compréhension des individus suicidants reste difficile, celle des sujets âgés l'est d'autant plus... même celle des sujets âgés non suicidants. J'ai déjà proposé sur ce site une publication concernant le [suicide et la dépression](#)

5.1.3. Le « non savoir » comme fondement pour l'aidant

La difficulté, pour comprendre les sujets âgés, est qu'ils traversent une période de vie que tous ceux qui s'occupent d'eux n'ont jamais traversée eux-mêmes. Là, plus que dans toutes autres circonstances, les soignants ou accompagnants doivent faire preuve d'humilité et considérer que le « non savoir » est une base essentielle pour ajuster la qualité de leur aide psychologique.

Naturellement il ne s'agit pas de dire qu'il ne faut rien savoir, car de nombreuses connaissances tant psychologiques que physiologiques sont essentielles. Il s'agit juste de ne jamais prétendre savoir à la place du sujet âgé, qui a une perception de la vie qui échappe à notre champ d'expérience et pour lequel il est notre ressource principale.

Nous remarquerons que cette notion de « non savoir source de compétence » ne touche pas que ceux qui s'occupent d'aider les sujets de grand âge. J'y ai consacré une publication sur ce site dans laquelle j'explique à quel point cela touche tous les métiers de communication dans tous les secteurs de vie, mais naturellement tout particulièrement les secteurs s'occupant de l'aide psychologique. Voir [« non savoir source de compétence »](#), publication du 17/04/2001.

5.2. La sénescence n'implique pas la sénilité

Nous avons déjà là une première violence. Quoi que discrète, celle-ci n'est pas anodine car il en découle spontanément des attitudes et des regards dévalorisants envers le sujet âgé. Socialement admise comme un axiome indiscutable, l'assimilation de la vieillesse à la dégénérescence, à la pathologie et à la sénilité est une insulte aux vieux. Même si les maladies sont fréquentes à ce moment de la vie, elles ne peuvent en constituer la définition.

5.2.1. Distinguer vieillesse et pathologie

La vieillesse n'est pas une maladie. Siinoon, comme nous en « amusait » l'humoriste Pierre DESPROGES on pourrait simplement comparer la vie à une maladie mortelle dont tout le monde serait atteint sans avoir l'idée de s'en plaindre.

Nous préférons remarquer que la **sénescence** est la période de vie du grand âge alors que la **sénilité** est au contraire un état de pathologie rencontré dans le grand âge, mais qui n'est pas systématique et qui ne peut en aucun cas y être identifié. Toute identification de la vieillesse à la pathologie est fautive et irrévérencieuse. Pour s'approprier cette nuance nous pourrions rapprocher la notion de sénescence de celle d'adolescence : ce sont deux mots désignant une période de vie et non un état de santé.

La sénescence procède d'une évolution de l'individu alors que la sénilité procède d'une dégénérescence de l'individu. Dans un cas le processus d'individuation se poursuit, dans l'autre il régresse.

De nombreuses nuances, toutes aussi inestimables, sont énoncées dans l'excellent ouvrage « Psychogérontologie »¹ de Jaques RICHARD² et Eriijn MATEEV-DIRKX³. Les auteurs y sont extrêmement méticuleux quand à l'emploi des mots justes.

Nous trouvons dans leur ouvrage à la page 12 : « La sénilité n'est pas l'étape obligée de la sénescence »... .. « La notion d'un déclin lié à l'âge introduit, soutient ou est soutenu par la notion d'une *involution*, qui serait biologiquement déterminée. Il ne s'agit là, en fait, que d'un postulat. Ce dernier n'a eu pour effet que de propager et perpétuer l'idée que la déchéance intellectuelle est le sort habituel du vieillard. Outre le fait qu'il soit possible d'ériger l'amélioration des capacités intellectuelles en postulat, les données psychométriques pour prouver le *déclin intellectuel* ont fait l'objet de critiques sévères (B.P. Baltes, 1974) » p12.

Naturellement ces auteurs ne sont aucunement dans le déni de la diminution de certaines facultés de cognition ou de mémoire venant s'ajouter à un déclin sensori-moteur et physiologique de l'organisme. Ils l'abordent et l'étudient cependant avec cette préoccupation de ne pas tout mélanger trop hâtivement.

5.3. Evolution d'un individu et de sa personnalité

S'il est indéniable que l'avance en âge expose de plus en plus à des risques de pathologies, celles-ci ne sont donc pas systématiques. Quand les capacités physiques ou physiologiques s'amenuisent, il serait vraiment abusif d'en déduire qu'il en est de même pour l'individu. L'état corporel suit une courbe de déclin à partir d'un certain moment de l'existence, mais il n'est pas juste d'affirmer qu'il en est de même pour le sujet.

5.3.1. Le déclin corporel n'est pas celui de l'individu

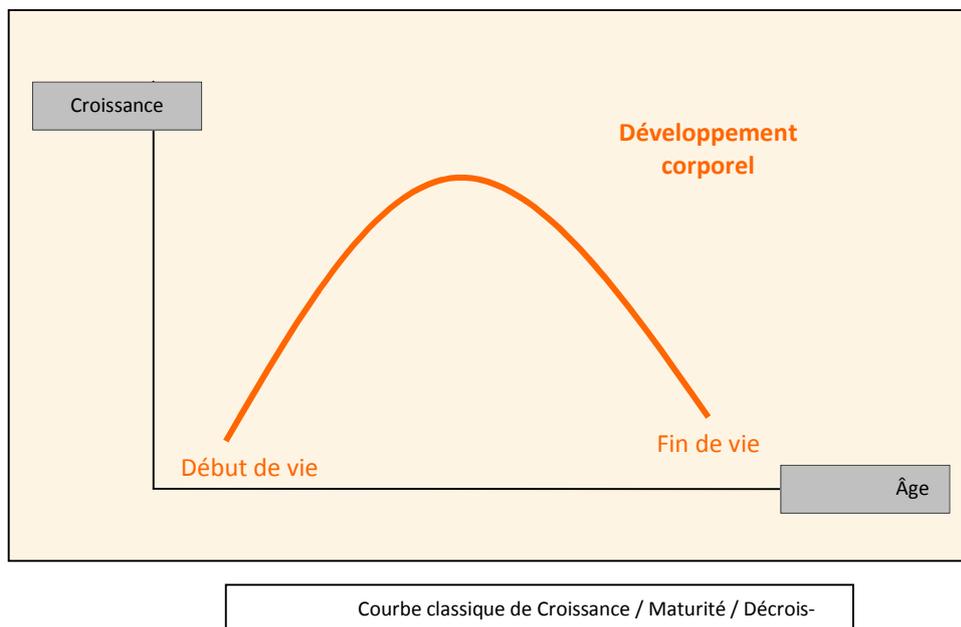
Le système classique de la courbe concave (schéma ci-après) concerne surtout les aptitudes corporelles. Sans aller dans les détails des âges concernés, il est évident que le corps suit une courbe ascendante le conduisant depuis la naissance vers une maturité, pour ensuite suivre une courbe descendante le conduisant depuis la maturité vers sa disparition. Même si la façon dont cela se passe pour chacun peut montrer de nombreuses nuances très différentes, la ligne générale reste celle-ci. Cependant il serait abusif d'identifier l'état psychique de l'individu à cette maturation et ce déclin corporel.

Cette courbe concerne **le faire** (capacité d'action) et **le paraître** (image de soi) mais pas **l'individuation** (la capacité d'être) plus ou moins aboutie de l'individu. Pour comprendre le sujet âgé, il convient de séparer la notion de croissance de l'individu de celle de ses composantes physiologiques.

¹ « Psychogérontologie » Jaques RICHARD et Eriijn MATEEV-DIRKX- édité chez MASSON 2004

² Jaques RICHARD professeur à la faculté de médecine et à la faculté de psychologie et des sciences de l'éducation – Genève

³ Eriijn MATEEV-DIRKX Docteur en psychologie de la faculté de psychologie et des sciences de l'éducation de Genève



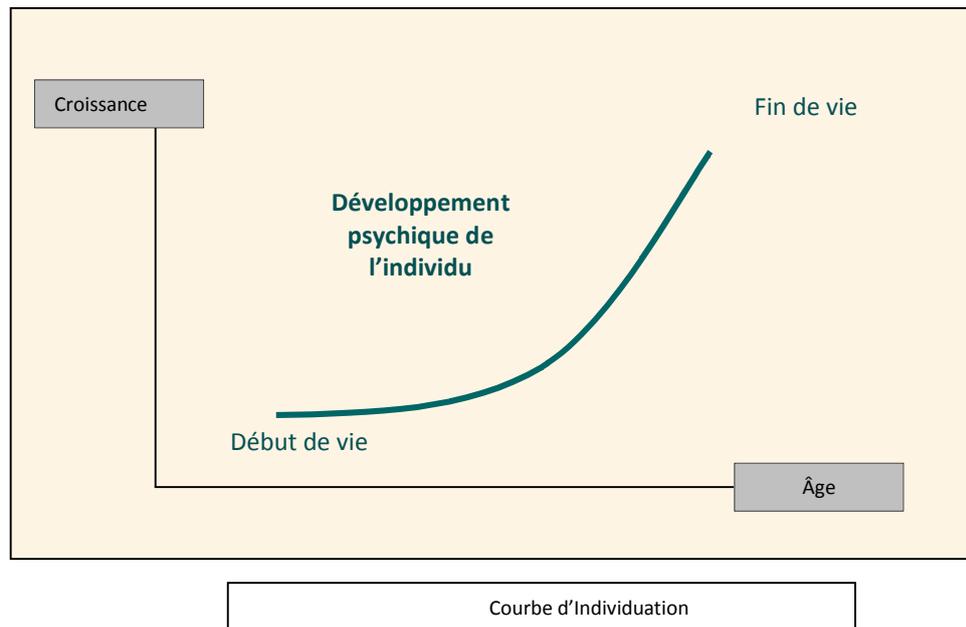
5.3.2. Développement de l'individu tout au long de sa vie

La notion de développement évoque une notion positive de croissance, **d'organisation en train de s'édifier** alors que la notion de vieillesse a plutôt une connotation péjorative. Or, si le vieillissement du corps suit la courbe ci-dessus, il n'en est pas forcément de même pour l'individu. Les auteurs de l'ouvrage « Psychogérontologie » attirent notre attention (notamment p6) sur le fait qu'on peut envisager une courbe ascendante.

En abordant, ainsi qu'ils nous le proposent, la notion de développement comme « organisation en train de s'édifier », nous remarquons aussitôt que cela concerne le processus d'individuation du sujet depuis sa naissance jusqu'à la fin de son parcours. J'ai déjà abordé ce thème dans ma publication d'avril 2003 [« humaniser la fin de vie »](#) où je développe l'idée qu'un individu tente, même (et surtout) à ce moment de son existence, de continuer à se construire en rassemblant les « bouts de vie » qu'il avait laissés de côté.

Nous pouvons alors trouver une courbe qui s'inverse par rapport à celle de l'état corporel. Mais nous allons voir que celle-ci ne correspond pas tout à fait à la réalité et mérite des précisions supplémentaires pour refléter ce qui se passe.

Remarque : Les courbes illustrant mon document ne sont pas celles de l'ouvrage « psychogérontologie ». Elles sont une synthèse de ma propre observation clinique.



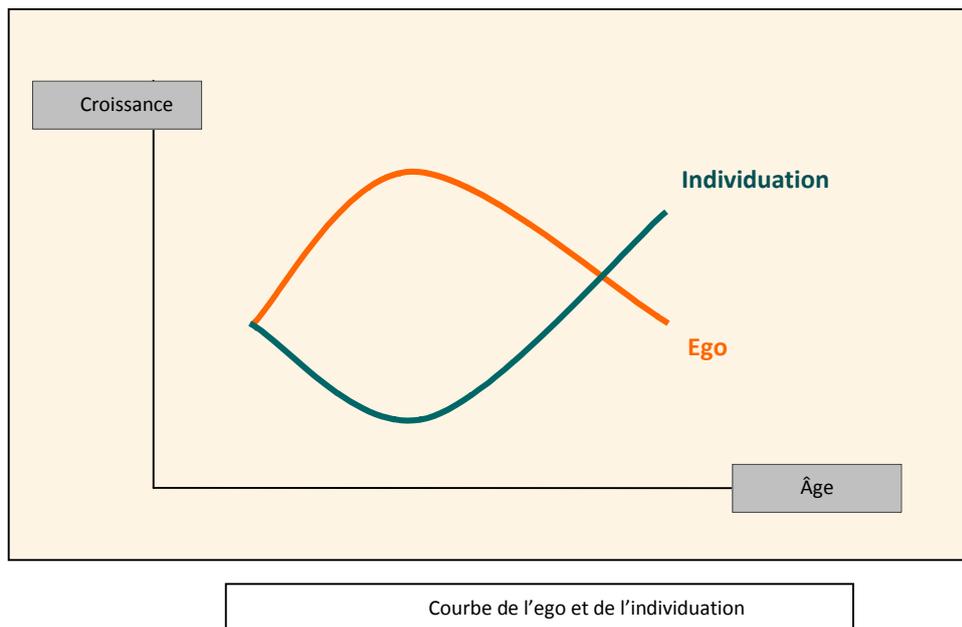
5.3.3. Du Moi au Soi, de l'ego à l'individu

Cela correspond à un cheminement depuis un *état de paraître* vers un état de *plus d'être*. Nous avons tous remarqué que plus un individu est encore immature, plus il aura tendance à chercher des modèles auxquels s'identifier pour acquérir une fausse assurance. Tel un fragile bernard-l'hermite en quête de coquilles protectrices, il tardera à vraiment être lui-même (les manipulateurs et les sectes savent hélas en jouer).

L'enfant au début de sa vie, manquant de repères, aura tendance à croire qu'il est ce qu'on dit de lui (stade du miroir de Lacan) et fera provisoirement de cette image son identité. Je tendrai même à décrire cette phase comme une baisse de l'individuation, une perte de ce qu'on est. Cela donne alors une courbe nouvelle dans laquelle nous voyons la courbe de l'ego (paraître) croître alors que (provisoirement), celle de l'individuation décroît. A partir de ce moment, l'enfant qui aurait pu commencer à être lui, voit décroître sa courbe d'individuation (à peine ébauchée) au profit de celle de son ego.

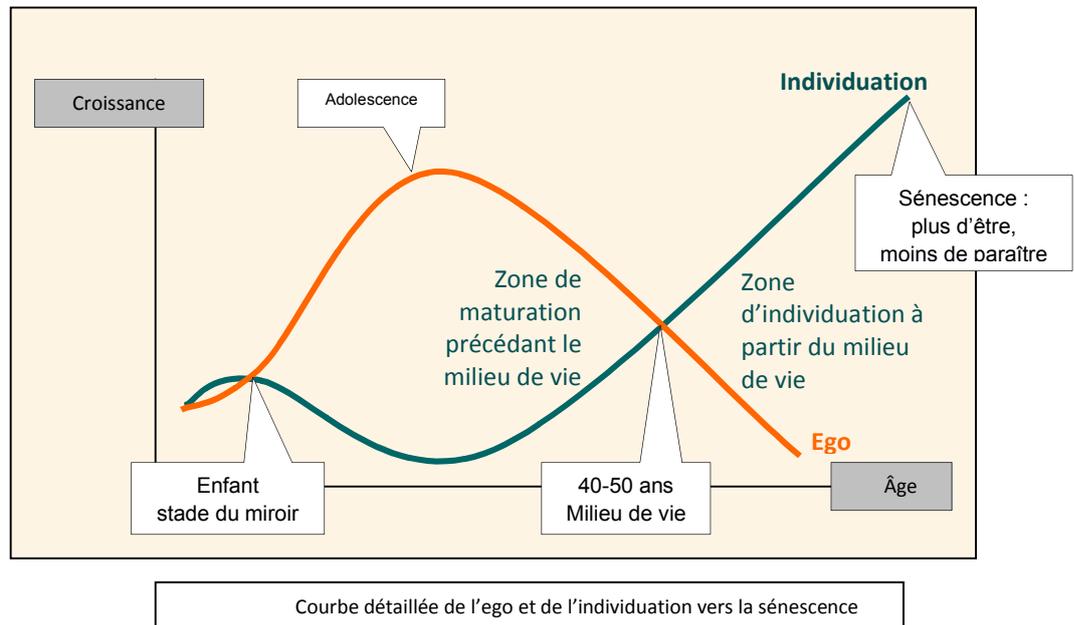
Pour simplifier nous remarquerons que, quand un sujet croit qu'il est ce qu'il paraît, il y a un déclin de l'individu qui perd de l'affirmation de soi au profit d'une certaine maîtrise de soi. Il fabrique ainsi une image qui n'est qu'un ersatz d'être. Cette image n'est qu'un leurre, mais un leurre utile en attendant d'avoir la capacité à trouver ses propres marques, ses propres bases, ses propres fondements.

Nous remarquerons alors que les courbes de l'ego (paraître et maîtrise de soi) et de l'individuation (être et affirmation de soi) suivent un sens contraire, comme si l'une reflétait l'autre dans un miroir.



Mais des précisions doivent être ajoutées pour mieux refléter le phénomène.

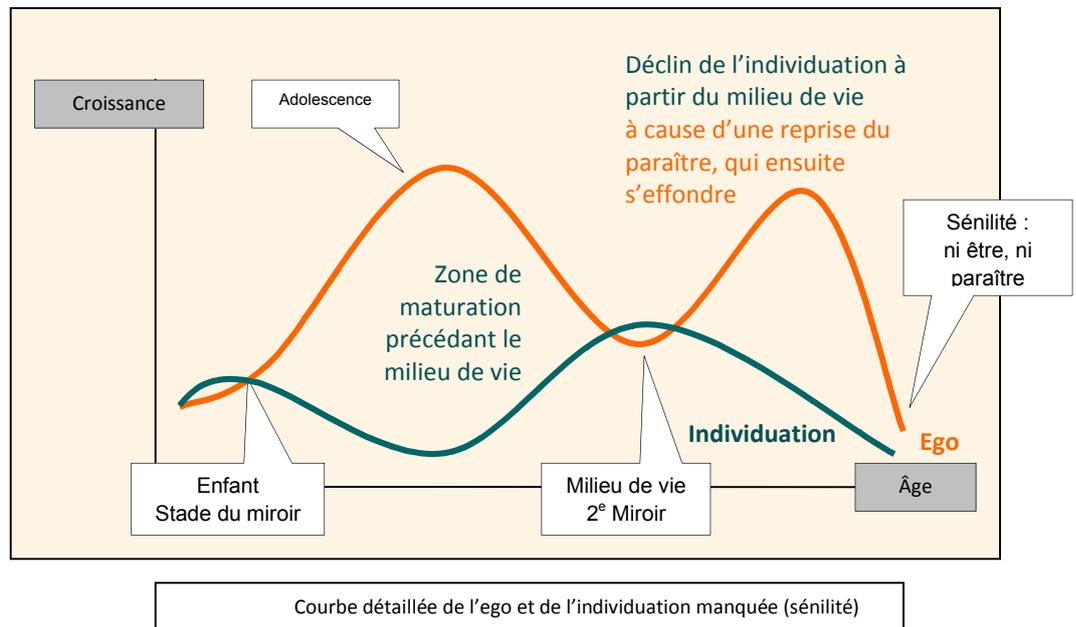
- 1- Au début de l'existence l'enfant suit un processus d'individuation croissant, jusqu'au moment où l'environnement lui « dit ce qu'il est » et le fait ainsi temporairement et involontairement « disparaître » en l'amenant à devenir « l'image qu'on lui montre ».
- 2- A partir de là, il s'en suit un fort développement de l'ego jusqu'à l'adolescence.
- 3- Entrant dans l'âge adulte, l'individuation croît toujours, mais le paraître devient moins prégnant (sauf si l'adolescence s'est mal passée).
- 4- Si le processus de maturation fonctionne, vers le milieu de vie, la volonté de *paraître* s'amenuise fortement pour faire place à une volonté de *plus d'être*. Ici, les courbes de l'ego et de l'individuation se croisent. Le sujet y est habité par une volonté de plus de vie et de plus d'authenticité. C'est une phase délicate souvent accompagnée de moments dépressifs car les repères y changent, sans que l'environnement ne propose le moindre accompagnement en ce sens. En effet nous trouvons plus de conseils pour améliorer le paraître ou la maîtrise de soi que pour accroître l'être et l'affirmation de soi (concepts différents au point d'être opposés, même si, trop souvent ils sont identifiés l'un à l'autre) (voir le document [« un quelqu'un en habit de personne »](#) du 20/03/2001).
- 5- Si tout se passe correctement, le processus d'individuation commence son ascension vers une sénescence épanouie. S'il échoue, animé par un nouvel élan de paraître (insufflé par un environnement privilégiant à l'excès cette attitude), il ira plus vers la sénilité que vers la sénescence, car les moyens de paraître diminuent de toute façon et suivent, eux, la courbe classique « croissance, maturité, déclin ». Les possibilités de compensations s'évanouissant progressivement, le sujet ne peut plus jouer au « bernard-l'hermite » et se trouve soudain dans une inconfortable nudité. Si un tel moment est mal accompagné il peut y avoir effondrement (d'où le taux de suicide) ou violence, nous y reviendrons plus loin.



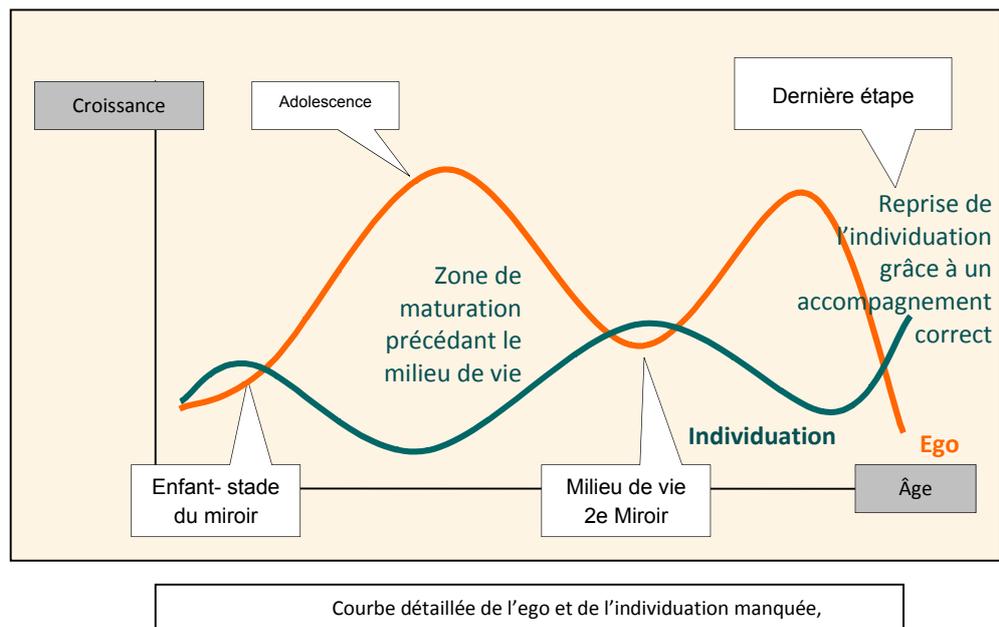
5.3.4. Cas du déclin de l'individuation

Il peut donc se faire, malheureusement, que le processus de maturation échoue et qu'en milieu de vie il y ait une grande énergie investie pour développer, construire ou maintenir un « culte du paraître » ou un « culte de la performance et du faire ». Un tel « culte » est généralement insufflé par la pression de l'environnement et nous pouvons alors pratiquement parler d'un deuxième stade du miroir où l'individu croit qu'il ne peut exister qu'en étant ce qu'on attend de lui. Malgré un début prometteur (mais insuffisant) de son individuation, il se met alors à sacrifier ce qu'il est réellement, au profit d'images toutes faites...jusqu'à ne plus être qu'un leurre.

Au moment du déclin corporel, quand le leurre s'efface, quand l'ego s'effondre, si l'individu ne s'est pas construit, il se trouve alors confronté à un *rien*, dont le vide le conduit à la sénilité. Si des personnes particulièrement compétentes l'accompagnent pour réparer ce manque d'être, plutôt que de le pousser dans d'inutiles et néfastes prolongements du paraître, l'individuation peut reprendre. S'il n'y a pas cette réparation, nous avons des courbes différentes du schéma précédant, dans lesquelles surgit la sénilité au lieu de la sénescence :



Dans ce dernier schéma, nous voyons que sans accompagnement, l'individu ne s'est pas construit. Alors, l'ego et les compensations s'effondrant, le sujet s'éteint sans être ni paraître. Pourtant, dans cette phase, des soignants bien accompagnants peuvent accomplir des réanimations ressemblant à des « résurrections » tant l'individu semblait s'être éteint à tout jamais. Nous trouvons là l'idée d'humanisation de la fin de vie.



Un gériatre que j'avais eu en formation me disait combien de nombreuses personnes âgées se raniment, remangent, se relèvent, parlent de leur vie et de leur vécu quand l'attitude envers eux change. Bien souvent, l'extinction psychique est loin d'être irréversible.

Le drame est que quand les phases de maturations ont été insuffisantes ou que la vie les a trop malmenés, les sujets âgés semblent si éteints qu'on entend dire qu'ils sont comme des « légumes ». Il s'agit ici d'un vocabulaire d'une grande violence car le sujet n'a ici même pas le statut d'animal (ce qui serait déjà désobligeant) mais celui de végétal.

Une telle violence du vocabulaire souligne certainement l'expression de l'impuissance dans laquelle se trouvent de nombreux soignants et les médecins face à cette phase de vie qu'ils peinent tant à comprendre et accompagner pour les raisons évoquées ci-dessus : difficulté avec le non savoir, être face à une étape de vie non vécue par soi-même, incapacité à entendre l'autre sans se référer à soi... Naturellement nous ne devons pas occulter que certaines atteintes neurologiques rendent les progrès impossibles. Mais dans bien des cas il ne s'agit pas de cela et les extinctions ont une autre source : celle de la non reconnaissance ou de l'infantilisation.

La bonne volonté et la gentillesse de l'entourage familial ou soignant n'y change rien. Pour réellement s'affranchir de toute violence, il y a réellement un autre regard à avoir. Il s'agit de développer une autre façon de dispenser les soins et les accompagnements. Nous allons y consacrer la suite de ce document

5.4. Performances et compétences du sujet âgé

5.4.1. Différencier performances et compétences

Jaques RICHARD⁴ et Eriijn MATEEV-DIRKX⁵ soulignent dans leur ouvrage « Psychogérontologie » que les facultés ne décroissent pas autant qu'on le croit dans le grand âge. Elles seraient même améliorées sur certains points. Ce qui diminue, c'est plus la rapidité, que les capacités. Entre outre, il se développe une capacité à privilégier le vécu par rapport à l'événement, le ressenti par rapport aux faits, c'est à dire par rapport aux informations neutres.

Le problème est que les tests psychométriques mélangent performances et compétences. Dans leur ouvrage, les auteurs de « Psychogérontologie » expliquent que la psychologie expérimentale (psychométrie) mesurant les faits psychiques dans des situations standardisées, se veut objective, mais fait trop l'impasse sur le fait qu'une observation clinique est toujours la résultante de l'interaction entre l'observé et l'observateur.

Les auteurs soulignent que « la performance devient de manière abusive le témoin des capacités du sujet »... « L'affinement des méthodes statistiques ne put combler le fossé qui existe entre la performance et la compétence. L'une n'est nullement le témoin de l'autre. Les moyens de transduction de l'une à l'autre sont encore inconnus »⁶ (p19).

⁴ Jaques RICHARD professeur à la faculté de médecine et à la faculté de psychologie et des sciences de l'éducation – Genève

⁵ Eriijn MATEEV-DIRKX Docteur en psychologie de la faculté de psychologie et des sciences de l'éducation de Genève

⁶ « Psychogérontologie » Jaques RICHARD et Eriijn MATEEV-DIRKX- édité chez MASSON 2004

Malgré d'incontestables altérations de la mémoire (mais pas de tous les types de mémoire) chez les sujets âgés, les auteurs nous font remarquer que « Certaines stratégies d'adaptation de l'âge pourraient même limiter les effets de l'âge et permettre de conserver une compétence élevée dans les tâches de la vie quotidienne, en particulier en compensant les capacités sensori-motrices par une meilleure anticipation des mouvements à effectuer »

5.4.2. Sensibilité accrue aux informations émotionnelles

Rapportant une recherche de LL. CARTENSEN (1994) les auteurs soulignent que, par opposition aux informations neutres, « Les sujets âgés allouent davantage leurs ressources cognitives au traitement des informations émotionnelles. » Si le sujet âgé privilégie *l'information émotionnelle*, c'est peut être que le vécu compte plus pour lui que les faits. C'est une qualité qu'on aimerait voir plus souvent chez les praticiens de l'aide ou de la psychothérapie : privilégier le ressenti par rapport aux faits ou aux idées. Dès 1940 Carl ROGERS interpellait le psychologue sur le fait qu' « ...il doit être préparé à répondre, non pas au contenu intellectuel de ce que dit la personne, mais au sentiment sous-jacent. »⁷

Nous sommes ici dans une donnée fondamentale si souvent développée dans ce site : dans une aide ou une thérapie, les questions pertinentes du [guidage non directif](#) doivent porter sur le vécu de l'individu (celui qu'il était dans cette circonstance) plus que sur ce qui s'est passé (données purement circonstancielles). Voir le document d'avril 2004 [communication thérapeutique](#)

Cette capacité du sujet âgé procède plus d'une évolution que d'une involution. Le sujet jeune aura, lui, tendance à privilégier l'événementiel par rapport à l'existential, c'est-à-dire le détail des circonstances par rapport au vécu de celui qui s'y trouvait.

Je soulignerai que, quand bien même nous connaîtrions tous les événements de la vie d'un sujet et de sa famille (ça fait vraiment beaucoup de données !), nous ne saurions pourtant toujours rien d'essentiel. En effet, ce qui compte ce n'est pas ce qui est arrivé, mais comment cela a été vécu... et à ce sujet, la connaissance des circonstances ne nous renseigne pas.

5.4.3. Exigences d'adaptation sans compensations

Robert HUGUENOT⁸, dans son ouvrage « LA VIEILLESSE MALTRAITEE »⁹ p78, nous interpelle sur un fait : « On dit classiquement que la vieillesse entraîne une réduction de la motricité par atteintes musculaires, articulaires, cardiorespiratoires, et une réduction de l'agilité intellectuelle et de la mémoire, alors que plus que tout cela ce qui domine, c'est la réduction de l'adaptabilité.... » ... justement à un moment de la vie où le changement demandé est particulièrement monumental, surtout quand il s'agit d'aller en institution.

⁷ Relation d'aide et psychothérapie Carl ROGERS (*Counseling and psychotherapy-1940*) - traduit aux éditions ESF 1970 - p51

⁸ Robert HUGUENOT. Médecin gériatologue ayant contribué à la fondation du centre pluridisciplinaire de gérontologie de Grenoble

⁹ « La vieillesse maltraitée » Robert Huguenot - DUNOD 2003 - Première édition primée par l'académie de médecine en 1999

Nous trouvons apparemment là une contradiction avec les propos de Jacques RICHARD et Eriijn MATEEV-DIRKX qui font remarquer à quel point l'adaptation, chez le sujet de grand âge, compense les pertes de facultés sensori-motrices.

Au-delà de ces considérations, nous remarquerons, par simple observation, que la personne âgée fait au contraire preuve d'une grande capacité d'adaptation, mais pas à la façon des jeunes. **Un jeune, quand il doit s'adapter, dispose de nombreuses possibilités de compensations pour gérer ses frustrations** (activités, sorties, projets, vie amoureuse, nourriture, boisson, voyages...).

Une personne âgée, au contraire, n'a que peu de possibilités de compenser. Et au moment de la maison de retraite, ces possibilités se réduisent au minimum, là où le changement demandé est au maximum. Quand le sujet de grand âge parvient à s'adapter, il a donc réalisé une bien plus grande performance que celle dont des individus plus jeunes ne seraient capables.

Mais pour faire face au changement, un sujet de grand âge doit avoir construit sa vie intérieure. Sans cela, en l'absence de compensation, il ne lui reste que l'anesthésie par la démence pour échapper à sa douleur morale. Au lieu d'aboutir à la sénescence, il tombera dans la sénilité.

5.4.4. Pertinence des désordres apparents

J'ai rencontré par exemple les cas ci-dessous, témoins d'une adaptation mise en œuvre par des sujets âgés. Il est à remarquer que ces ressources sont rarement validées comme positives, mais plutôt consignées comme des états pathologiques.

Une dame Alzheimer, me dit ne pas se souvenir de son âge. Puis elle argumente en me disant que de toute façon elle vit au jour le jour. Plus tard elle me confie « vous savez... après.... Ça fout la trouille ». Cette femme diagnostiquée Alzheimer par médecins et psychologues (sûrement avec justesse car 10 mn après elle ne se souvient plus de vous avoir parlé) fait cependant preuve ici d'une remarquable faculté d'adaptation pour gérer sa peur de la fin... malgré la profonde détérioration de ses facultés intellectuelles.

Une autre dame âgée ayant un geste compulsif extrêmement répétitif me confie qu'elle aime bien faire cela. Quand je lui demande en quoi cela lui est agréable, elle me répond « ça compense ».

Un monsieur très âgé et dépendant, jugé comme ayant perdu ses facultés mentales, a soudain le regard qui change quand on évoque une période importante de sa jeunesse, quand il était avec son épouse. Le manque est géré par une absence de présence qui peut se réparer quand l'être qui compte est évoqué.

Une femme âgée veut aller chercher son petit fils à l'école pour ne pas qu'il soit seul. Ce moment de confusion (car le petit fils est adulte depuis longtemps) est rapidement éclairci quand elle peut nous confier que, jeune femme, elle a eu sa belle fille qui a été assassinée et son fils qui est mort de maladie peu après... le petit fils est resté seul. Ce qui paraît un moment de démence est en fait une tentative de restaurer et soigner une part de vie douloureuse oubliée. Dans un tel cas, les accompagnants ne doivent pas manquer l'occasion.

6. Situations de violence

6.1. Des plus répréhensibles aux plus anodines

6.1.1. Les violences graves

Quand le thème de la violence est évoqué, il s'agit la plupart du temps de s'occuper des cas extrêmes. Or les cas de violences graves (répréhensibles par la loi) ne représentent qu'une infime partie de la violence. Les cas graves posent un réel problème, mais dans la mesure où la loi les a identifiés, ils ont le mérite d'être pris en compte, au moins sur le plan théorique (car nous verrons que les problèmes d'éthiques complexifient les situations et les signalements).

Dans les violences extrêmes nous trouverons viols ou sévices sexuels, tortures, meurtres (la justice sait très bien s'en occuper). Mais aussi, quoi que moins graves, mais tout de même sources d'une immense détresse : sévices psychologiques (cruauté mentale), exploitation financière (vol, héritage détourné), médicaments (excès de neuroleptiques, ou privation de remèdes), négligence active (enfermement, entraves des mouvements), nourriture donnée « le repas tout mélangé » dans un seul bol (entrée-plat-dessert) pour éviter la vaisselle (le personnel de l'institution ayant pris cette option pour « gagner du temps ! »).

6.1.2. Les « violences douces »

Le plus délicat, ce sont toutes les « violences douces » ordinaires (souvent involontaires) qui ne peuvent pas être répertoriées par la loi (et c'est certainement mieux ainsi) mais qui constituent une usure profonde et prématurée du sujet âgé. Si ces « violences douces » étaient répertoriées par la loi, cela pourrait conduire à d'autres types d'abus, cette fois-ci envers l'entourage familial ou envers les soignants qui seraient sans cesse susceptibles d'être attaqués. Légiférer est toujours un problème de mesure entre le « ni trop - ni trop peu »... l'absolu étant un piège souvent pire que le mal.

Pour traiter du sujet de la violence il serait pourtant illusoire de se contenter de ne parler que des cas extrêmes... nous ne ferions qu'utiliser un arbre pour cacher la forêt ! Peut être cela suffirait-il à nous donner bonne conscience, mais le vrai problème de la violence est plus subtil et touche vraiment au développement de l'individu de grand âge. Ce développement se doit d'être accompagné, mais il est souvent contrarié au point parfois d'en être anéanti.

Les violences lourdes ne concernent que 10% des situations familiales (Robert HUGUENOT « La vieillesse maltraitée » p 50), c'est-à-dire que 90% des familles ont des comportements de qualité qui ne peuvent pas entrer dans les statistiques de violence. Pourtant, cela n'empêche pas les « violences douces » du quotidien d'exister et de participer au déclin du sujet âgé. Quand un adulte dit à un enfant qui pleure pour le rassurer « ne pleure pas, ce n'est rien », c'est une violence car c'est un déni de son ressenti. Quand dans les soins un agent hospitalier tente de rassurer un patient inquiet « ne vous inquiétez pas, ça va aller ! » c'est aussi une violence par déni du ressenti du patient... Vous avez

là deux exemples ordinaires de « violences douces » qui ne font pas partie des statistiques, ni des plaintes, mais qui doivent être prises en compte pour l'épanouissement du sujet âgé. Vous avez de nombreux exemples de ce type dans ma publication de mai 2001 [« personnes âgées »](#). J'en aborderai quelques autres plus loin.

Dans les « violences douces » nous trouverons la non reconnaissance, la non écoute, la non confiance, les mensonges par omission (on ne lui dit pas que son placement est définitif, on ne lui dit pas sa pathologie) ou les mensonges absolus « allez, ça va aller ! », ou pour un cancer « vous avez un polype », ou par détournement d'attention quand le sujet demande pour combien de temps il lui reste à vivre : « allez nous allons bien vous soigner ! »

6.2. Les sources de violence

6.2.1. La violence initiale

Robert HUGUENOT, dans « Vieillesse maltraitée » p74 nous révèle des chiffres impressionnants : 79% des personnes âgées n'ont pas été prévenues que leur placement est définitif. D'autre part, la mortalité a été remarquée supérieure de 10 à 12 % dans un groupe de personnes refusant leur placement par rapport à un autre groupe l'ayant accepté (P73)

En plus, de multiples « violences anodines » rongent quotidiennement un peu plus la conscience de la personne âgée. Si l'ouvrage de Robert HUGUENOT liste un grand nombre de violences graves existantes, la plupart d'entre elles restent rares, qu'elles viennent des proches ou des institutions (vol, viol, coups, dénutrition, abandon des soins) et sont punissables par la loi. En réalité, la « violence douce » est beaucoup plus fréquente pour ne pas dire généralisée, et la plupart du temps, totalement inconsciente chez leurs auteurs, qui parfois même pensent bien faire. Ainsi on ne dira pas au sujet âgé qu'il est placé « pour ne pas le choquer ». En vérité, dans ce dernier cas, on fait surtout l'économie d'un accompagnement dont on se sent incapable... et dont l'absence va pourtant considérablement aggraver la situation du sujet âgé, ainsi dépossédé de sa vie dès le départ.

Comme si le vieux était déjà sous tutelle, l'entourage (soignant et familial) pense pour lui, décide à sa place de sa capacité à se savoir placé ... En réalité il en découle surtout la démonstration de l'incapacité des accompagnants, face à ces perturbations émotionnelles qui peuvent résulter d'une annonce difficile. L'individu abordant la dernière étape de sa vie devra alors s'en débrouiller tout seul... il lui est ainsi implicitement et involontairement demandé une faculté d'auto adaptation phénoménale ! S'il n'y parvient pas, on le taxera de fragilité ou d'insuffisance, venant de façon perverse conforter le choix initial d'avoir pensé pour lui !

Il semble quasiment impossible de légiférer sur un tel état de fait. C'est plus un problème de conscience qu'un problème de loi.

6.2.2. Répartition par types et par sources

Concernant les statistiques, nous n'avons bien sûr des chiffres que sur les violences les plus graves, car les « violences douces » ne sont pas répertoriées. Le plus souvent, elles ne sont même pas conscientes, alors qu'elles sont majoritaires et particulièrement invalidantes pour l'intégrité du sujet âgé.

Les chiffres ne rapportent que les situations extrêmes, cadrées par la loi et ayant fait l'objet de plaintes. Nous y trouvons les maltraitances évidentes, qui généralement choquent toute personne ayant un tant soit peu de délicatesse. Ces violences ne sont ni les plus difficiles à pointer, ni les plus répandues. Bien que leurs nuisances soient majeures, elles sont les plus rares. Il convient donc de s'en préoccuper, mais que cela n'occulte pas les « violences douces » qui causent encore plus de dégâts. Cette fois, les dégâts ne viennent plus de la gravité de la violence, mais de sa généralisation et de sa répétitivité, malgré des trésors de bonne volonté et de gentillesse (elles en sont d'autant plus « invisibles »)

A propos des violences dures, institutionnelles, en 1986, une commission en Flandre nous donne les chiffres suivants¹⁰ : *(nous noterons qu'il y a 1123 plaintes, mais nous ne savons pas, par rapport à combien de personnes qui ne se sont pas plaintes)*

Sur 1123 plaintes :

45% maltraitances psychologiques,

29% maltraitances physiques,

26% maltraitances financières

Pour les sources de ces maltraitances institutionnelles, selon la commission, plus le personnel est ancien, moins il commet d'actes de malveillances. Les sources sont réparties de la façon suivante :

32,5% infirmiers,

31,5% aides soignants,

19% administration.

En France, **ALMA**¹¹ souhaite pouvoir jouer le même rôle que cette commission. ALMA relève que les victimes ont une moyenne d'âge de 79 ans.

Les maltraitants sont en majorité :

56% des membres de la famille

20% des amis et voisins

¹⁰ « La vieillesse maltraitée » Robert Huguenot - DUNOD 2003 p86

¹¹ <http://www.alma-france.org> mais aussi <http://www.apa.asso.fr/alma.htm>

12% des professionnels soignants (infirmiers, aides soignants, aides ménagères, etc.)¹²

Robert Huguenot précise de nombreux chiffres. Il ne s'agit là que de quelques exemples, car nous trouverons dans son ouvrage de nombreuses autres références chiffrées¹³:

Institution :

violences par négligences 50% des cas

violences psychologiques 17% des cas

violences physiques 15% des cas

Domicile :

violences psychologiques 30% des cas

violences financières (23% des cas)

violences physiques 17% des cas⁴

6.3. Violences envers les sujets âgés

6.3.1. Les exemples sont plus parlants que les chiffres

Il importe de sortir des chiffres et des généralisations pour étudier la violence. Si les travaux de mesures et de statistiques ont leur importance sur le plan de l'étude de la situation sociale, ils n'apportent rien sur la compréhension du vécu quotidien de chacun. Nous devons donc les accompagner d'exemples illustrant ce que peut être le ressenti d'un individu particulier.

Avant de citer les exemples que j'ai moi-même rencontrés (repas, toilettes, animations, dénis des ressentis, agressions des familles, pressions sur les soignants...), je souhaite partager avec vous l'un des exemples que nous propose Robert HUGUENOT (p99 de son ouvrage) sur l'enchaînement de circonstances vécues par une vieille femme. Cet exemple nous montre bien qu'il ne s'agit pas de mauvaises volontés mais d'une cascade de circonstances qui, s'ajoutant les unes aux autres, font de chacun un participant au résultat final catastrophique, tant pour le sujet qui en est victime, que pour la société qui devra en supporter le coût.

6.3.2. Enchaînement de circonstances

Une femme âgée tombe. Pour lui porter secours les pompiers enfoncent la porte (car la voisine qui a la clé n'est pas là). Ils emmènent la patiente à l'hôpital. Dans la précipitation, ni l'appareil auditif, ni le dentier, ni les lunettes n'ont été emportés. Comme elle n'a pas de blessures graves la dame âgée reste longtemps en attente (des heures) pendant que le service d'urgence s'occupe de patients plus lourds. La dame ne voit pas,

¹² « La vieillesse maltraitée » p172

¹³ « La vieillesse maltraitée » p176

n'entend pas, et parle mal sans son dentier. Elle veut se lever pour uriner, mais ne la comprenant pas, la trouvant agitée, des soignants lui mettent des barrières, puis lui donnent des neuroleptiques pour la calmer. Elle souille donc son lit et ses vêtements. Elle se retrouvera ensuite dans un lit d'hôpital, considérée comme grabataire « démente incontinente », mais sans pathologie particulière. Après plusieurs jours, astasie (ne peut plus tenir la position verticale), dénutrition, escarres sont des affections induites par l'hospitalisation (nosocomiales), venant dégrader quelqu'un qui n'a eu que le tort que de tomber, et de demander de l'aide, alors qu'il n'avait aucune maladie. Nous constatons ici une suite vertigineuse de circonstances qui conduit le sujet valide à une invalidité purement nosocomiale.

Pourtant, si nous regardons l'enchaînement de circonstances, nous remarquons que chacun des intervenants a fait pour le mieux dans le contexte où il se trouvait.

Naturellement, il est facile après coup, de dire que les pompiers auraient dû s'inquiéter de ne pas oublier, lunettes, dentier et appareil auditif ; qu'aux urgences, juste un peu plus d'attention au sujet plutôt qu'à sa pathologie aurait été salutaire ; que dans le service de médecine, le médecin (non gériatre) aurait dû être plus attentif à l'individu qu'il avait en face de lui qu'aux données purement médicales.

Certes le médecin n'a pas mis en œuvre ce que je décris dans ma publication de avril 2001 [« Le non savoir source de compétences »](#) permettant de ne pas passer à côté de l'essentiel. Sans cette capacité à ne pas savoir, **chacun ne perçoit que ce qu'il s'attend à voir** et est aveugle à tout le reste. Nous avons ainsi des successions de dérives involontaires, mais très pernicieuses.

Conséquences : Grave atteinte à l'intégrité d'un individu. Accroissement considérable et inutile du coût des prises en charges. Occupation longue et injustifiée d'un lit qui aurait pu être disponible pour une autre personne qui en avait plus besoin....

A cela s'ajoutent les innombrables situations « ordinaires » qui chaque jour laminent le sujet sans que personne ne s'en rende compte (parfois pas même lui). Les mini séquences qui vont suivre montrent comment le quotidien est parsemé de dialogues de sourds, volontaires ou involontaires, qui constituent autant de mini violences. Elles sont si fréquentes qu'elles constituent presque une norme. Ces petites violences ordinaires « fréquentes et normalisées » en deviennent invisibles... seules leurs conséquences sont apparentes : des sujets âgés démotivés, éteints, perdant petit à petit les facultés d'élan, de conation (désirs, projets), de réflexion, de dialogue.

6.3.3. Exemples au moment de la toilette

Aide soignante : « Monsieur, je viens faire votre toilette »

1^{er} cas

Sujet âgé : « laissez-moi tranquille »

AS : « ne vous inquiétez pas ça va aller vite » *répond-elle pour le « rassurer » ! En fait il s'agit ici d'une ignorance totale de ce qu'il a voulu exprimer.*

2^e cas

Sujet âgé : « je ne suis pas sale ! »

AS : « mais vous vous sentirez mieux ! » *Il s'agit simplement d'une argumentation pour convaincre, sans prise en compte de son propos.*

3^e cas

Sujet âgé : « Vous n'êtes qu'une vicieuse ! »

AS : « Mais il faut bien faire votre toilette ! » *Ici la soignante n'entend pas (ou ne veut pas entendre) l'allusion du sujet âgé et se contente de donner une information sur le bien fondé de son soin. Néanmoins nous remarquons qu'ici la soignante est agressée et ce sujet sera abordé plus en détail dans la suite.*

4^e cas

Sujet âgé : « Non ! »

AS : « que se passe-t-il ? » *avec un ton un peu excédé (fatigue), l'air de dire « que se passe-t-il encore ! »*

Sujet âgé : « J'aime pas ça. Vous savez, je suis pudique ! »

AS : « Ne vous inquiétez pas, j'ai l'habitude ! » *Ici la soignante parle d'elle (j'ai l'habitude) à un patient qui exprimait son ressenti (ça me gêne). C'est donc totalement hors sujet et peut être vécu comme un déni.*

5^e cas

Sujet âgé : « ça sert à rien ! Vous m'avez déjà lavé hier ! »

AS : « Mais il faut se laver tous les jours ! » *Ici la soignante se contente de donner une information, sans tenir compte de l'absurdité que représente pour le patient une toilette quotidienne.*

Ces exemples sont des situations si anodines que personne ne songe à les considérer comme des violences. Pourtant le fait qu'elles soient innombrables (c'est le principe du « lavage de cerveau ») leur donne un poids non négligeable dans le déclin des personnes déjà fragilisées. Les raisons en ont été évoquées dans la première partie de ce document (psychologie du sujet âgé) dont le point majeur est la réduction ou même l'absence des possibilités de compensations. Un sujet jeune est tout autant confronté à de telles mini-agressions (bien sûr, sur d'autres thèmes que la toilette). Mais il peut facilement en compenser l'impact par une quelconque distraction.

Ces attitudes en apparence anodines touchent toutes les activités d'une institution et aussi la vie familiale. Les exemples ne peuvent être exhaustifs (mais donnent une idée de l'ampleur). Nous comprenons cependant plus aisément comment un sujet âgé peut décliner dans un syndrome de glissement, à causes de ces violences anodines, discrètes, souvent involontaires... mais tellement répétitives.

6.3.4. Exemples aux moments des repas

Aide soignante : « Voici votre repas »

1^{er} cas

Sujet âgé : « Je n'ai pas faim ! »

AS : « Mais il faut manger un peu » *répond-elle pour l' « encourager » ! En fait il s'agit d'une ignorance total de ce que le sujet âgé tente d'exprimer.*

2^e cas

Sujet âgé : « ça sert à rien de manger ! »

AS : « Faut pas dire ça. C'est important si vous voulez être en forme quand vos enfants vont venir vous voir ! » *Répond-elle pour le « stimuler » ! En fait il s'agit d'un total déni de ce que le sujet âgé tentait d'exprimer. Au lieu de le stimuler cela lui montre qu'il est dans un monde où, de toute façon, personne ne l'entendra (pas même les « gentils »).*

3^e cas

Sujet âgé : « ça sert à quoi de manger ? Vous avez vu comment je suis ? Vivement que ça finisse (évoquant l'idée de mourir) ! »

AS : « Mais il ne faut pas dire ça ! Vos enfants seraient tristes ! Ils vous aiment ! Mangez au moins un peu pour eux ! » *répond-elle pour le « motiver » ! En fait il s'agit là encore d'un déni absolu de ce que le sujet âgé tente d'exprimer.*

4^e cas

Sujet âgé : « Vous appelez ça de la cuisine ! »

AS : « Il faut quand même manger ce qu'on vous donne. On ne peut pas faire une cuisine pour chacun. Puis regardez, il y a quand même un bon dessert aujourd'hui ! » *Le début est très dur, lui cinglant qu'en collectivité il faut cesser d'avoir des exigences, puis la suite plus douce tente de « rattraper le coup » avec l'attrait pour le dessert. C'est encore un déni absolu, suivi d'une dérobade manipulatrice.*

5^e cas

Le sujet âgé n'a pas touché à son plateau quand la soignante revient:

AS : « Mais vous n'avez rien mangé ! » *s'exclame-t-elle avec une « indignation » légèrement réprobatrice. « Si vous continuer à ne rien manger (car ça fait plusieurs fois) on va vous mettre une sonde » menace-t-elle enfin dans l'espoir que le vieux, touché par la peur, va céder. Nous commençons là à toucher des violences plus évidentes.*

6.3.5. Exemples dans les soins médicaux

1^{er} cas

Médecin : « Vous allez passer une endoscopie mardi prochain »

Sujet âgé : « C'est vraiment nécessaire ? » *avec inquiétude*

Médecin : « oui car il faut vérifier...-explication médicale -... » *Le médecin répond donc à la question qui en fait n'était pas une question mais une manifestation d'inquiétude. De ce fait, le médecin, beaucoup plus à l'aise sur l'explication médicale de la nécessité de l'examen que sur la gestion émotionnelle de la situation, se précipite sur l'explication et laisse son patient avec son malaise.*

2e cas

Infirmière : « Je viens vous faire votre prise de sang ! »

Sujet âgé : « Encore ? » *avec exaspération*

Infirmière : « oui car il faut suivre l'évolution du traitement...-explication médicale -.... »
Ici aussi, l'infirmière répond à la question qui en fait n'était pas une question mais une manifestation de raz le bol. Elle aussi, beaucoup plus à l'aise sur l'explication médicale que sur la gestion émotionnelle de la situation, se précipite sur l'explication et laisse son patient avec son malaise. Celui-ci va subir le soin sans avoir été écouté. Il devra simplement apprendre à se soumettre à l'autorité.

3^e cas

Médecin : « Vous allez avoir une intervention abdominale » *Le médecin explique l'intervention, sa nécessité et le résultat qui en est attendu.*

Sujet âgé : « Oui, mais vous pensez que c'est vraiment utile de m'opérer ? » *avec lassitude et peur*

Médecin : « Je vais vous expliquer...-nouvelle explication médicale -.... » *Même dans le cas où le médecin reprend calmement et patiemment son explication, il ne répond pas à la demande du sujet âgé. Qu'est-ce que le patient veut dire quand il exprime « Oui, mais vous pensez que c'est vraiment utile de m'opérer ? ». Il attend qu'on l'aide à dire ses peurs, ses souvenirs médicaux, ses espoirs, la façon dont la vie lui semble précieuse ou insupportable... en fait pour savoir ce qu'il cherche à dire, il faudrait tout simplement... le lui demander ! Des reformulations comme « Vous pensez que ce n'est peut-être pas si nécessaire ? » « Qu'est-ce qui vous fait douter de l'utilité de l'intervention ? »..... « Que voulez vous me dire ? »... seraient une aide plus pertinente pour le sujet âgé .*

4^e cas

Le sujet âgé : « Dites docteur, vous savez, je ne vois plus très bien, je distingue mal, même le paysage par la fenêtre.... moi qui aime tellement les fleurs...vous savez j'avais un si beau jardin, je ne vois même plus celui là (désignant le parc par la fenêtre) »

Médecin : « Avec l'âge, c'est normal que votre vue baisse. Vous allez tout de même consulter l'ophtalmo » *Le médecin énonce une évidence sur l'âge et donne une solution. Il ne relève pas ce que le sujet âgé dit de son vécu à propos de sa vieillesse, de sa vue déclinante et de sa nostalgie sur son jardin.*

5^e cas

Infirmière : « Je viens changer votre pansement »

Sujet âgé : « Vous allez encore me faire mal ! » *avec exaspération.*

Infirmière : « Mais non. Ce n'est rien. Faut bien changer votre pansement ! Je vais faire attention » *L'infirmière pensant rassurer le patient ne fait que nier son inquiétude et lui couper tout moyen d'expression.*

6.3.6. Exemples du déni des ressentis**1^{er} cas**

Sujet âgé (à un soignant) : « Je suis trop vieux, ce n'est pas une vie. Je voudrais mourir »

Soignante : « Mais il ne faut pas dire ça. Vos enfants tiennent à vous »

Sujet âgé (dont l'épouse est décédée) : « Oui mais si je m'en allais, je retrouverais ma femme »

Soignante : « Mais votre épouse est partie ! Il faut penser à vos enfants » *Tenant de le tourner vers la vie en mettant son attention vers ses enfants, la soignante tente de « faire disparaître » l'épouse qu'il a perdu et qui lui manque. Cette maladresse ajoute du deuil au deuil et loin de l'apaiser, le porte vers encore moins d'envie de vivre.*

2e cas

Sujet âgé (parlant seul, ayant des larmes) : « maman, maman....maman ! »

Soignante : « Quel âge avez-vous ? » *la soignante tente de ramener le sujet âgé dans le présent afin qu'il s'oriente mieux dans le temps. L'idée est de lui faire réaliser que sa mère est morte depuis longtemps. En réalité le sujet âgé parle d'un manque de sa mère, que personne n'entend et prend pour un délire systématique. Or le sujet âgé n'est pas en train de perdre la raison mais de la retrouver... la raison de son ressenti est le manque de sa mère, qu'il n'a pas eu l'occasion d'évoquer comme il en aurait eu besoin. Au lieu de l'aider dans ce sens, celui de l'émergence de sa raison, le déni étouffe cette raison et tend à la lui faire perdre. Ceci est une violence involontaire, mais très dommageable pour la santé mentale, déjà fragile, du sujet.*

3e cas

Sujet âgé (à un soignant) : « Je me sens tellement seul. Mes enfants ne reviendront pas avant la semaine prochaine. »

La soignante : « Mais une semaine ce n'est pas si long. Puis vous avez la chance de les voir toutes les semaines. C'est déjà bien. Vous savez ils sont très occupés.... » *La soignante, tentant de le rassurer ne fait que nier ce qu'il tente de faire comprendre. Toute cette argumentation n'a pour but que de faire taire le sentiment de solitude que le sujet âgé aurait au contraire besoin qu'on entende. C'est un peu comme si on bâillonnait quelqu'un qui a quelque chose d'important à dire. C'est là aussi une violence involontaire qui produit l'inverse de l'effet souhaité.*

4e cas

Sujet âgé (à un soignant) : « Je pourrais avoir un autre dessert ? »

Soignante : « Vous savez très bien qu'il ne vous faut pas de sucre ! » *La soignante l'infantilise en lui faisant la leçon. Espérant ainsi le ramener à la raison, elle contribue involontairement à la lui faire perdre. Le sujet n'a plus droit à ses ressentis ni à ses désirs. Le problème n'est pas qu'il ait le droit de reprendre un dessert, mais qu'il ait le droit d'en avoir envie et que cela soit reconnu, même si on ne peut lui en donner. Une validation du genre « ça vous manque trop d'avoir des douceurs en fin de repas ? » serait la bienvenue. Nous aurons les mêmes types de situations pour les demandes de tabac, d'alcool ...*

6.3.7. Exemples de situations d'animations et de démotivation

Par les animations, les soignants tentent de remotiver et de restaurer la conation (terme désignant la faculté d'avoir des projets et des désirs). Ceci est une grande préoccupation des soignants et animateurs. Stimuler, motiver, donner un plaisir de vivre y sont à l'honneur. Nous entendons ainsi souvent parler de **projet de vie** comme moyen de maintenir le cap. La question est de savoir ce qui représente plus de vie du point de vue d'un sujet âgé, car pour lui, évidemment, les critères ne sont pas les mêmes que ceux du « gamin de 25 ou 50 ans » qui s'occupe de lui.

Le risque est de garder l'image du *plan de carrière* de l'adulte ou des jeux enfantins des petits, pour construire le *projet de vie* des vieux. Or nous avons vu au début de ce document que la dynamique du jeune porte sur une **construction de l'ego** (performances dans un but de paraître) alors que la dynamique du sujet âgé est une **construction de l'individu** (sensibilité dans une quête d'être), une réappropriation de sa vie, une **poursuite du processus d'individuation** (hors ego), une **continuation de son développement**. Il importe de comprendre que l'effondrement de l'ego est nécessaire à la poursuite de l'individuation. Réintroduire de l'ego à cette étape, brise cet élan de vie. Le projet de vie ainsi pris à l'envers risquerait de se transformer en chemin léthal... et ce d'autant plus violemment quand beaucoup d'énergie y est investie dans le mauvais sens.

Le sujet âgé a besoin de « rassembler ses esprits », de réunir les parts de vie qu'il a laissé s'éparpiller. Il a plus besoin de cette réalisation de soi par rassemblement de soi, que de faire de l'occupationnel flattant son ego et venant compenser ses manques. Il arrive à un moment de l'existence où il importe plus de remplir ses vides que de seulement les masquer. Néanmoins, les compensations peuvent tout de même exister et être salutaires... pourvu que cela ne constitue pas l'essentiel de la démarche et n'occulte pas le processus d'individuation.

J'ai déjà donné cet exemple (publication de mai 2001 [« personnes âgées »](#)) de la vieille dame Alzheimer qui réalise un coloriage et semble agacée par cette activité. Je vois l'animatrice tenter de l'encourager en lui disant que « c'est très beau ». La dame se refermant face à cette affirmation, l'animatrice ajoute « les couleurs sont très belles et celui que vous avez fait l'autre fois était très joli aussi ». La dame grimaçant un peu plus, je m'approche et lui demande (par une reformulation) : « ça n'a pas l'air de vous plaire ? ». Elle me répond aussitôt « Ah non ! ça ne me plaît pas. J'étais institutrice. Regardez j'en fiche partout, mes couleurs débordent. Les gamins, dont je m'occupais, faisaient mieux que moi ! ». Nous remarquons que face à la personne qui « l'encourage » en niant ce qu'elle exprime elle se tait et se contente de grimacer, alors que face à quelqu'un qui l'entend, elle s'exprime, elle s'anime, elle vit ! Elle se sent plus exister quand on reconnaît son ressenti que quand on le nie (même si c'est avec de bonnes intentions).

Ce sont de telles attitudes qui éteignent la motivation, qui éloignent la vie et qui induisent, de façon nosocomiale, certains syndromes de glissement tout en croyant mettre en œuvre ce qu'il faut pour y remédier.

6.3.8. Les sujets âgés entre eux

Des violences apparaissent aussi entre les personnes âgées. Dans ce cas, les soignants se doivent d'être médiateurs. Prendre parti n'amène rien. Faire comme si on ne voyait rien non plus.

Il importe de partir du principe, non pas que les torts sont partagés, mais que chacun des deux a sa raison. Un véritable médiateur doit être capable de faire émerger la raison de chacun et les valider toutes les deux. Généralement, quand la raison a été pointée et reconnue, il y a apaisement. Le soignant se doit néanmoins de comprendre que dans le processus de développement (individuation) l'individu âgé a besoin de rassembler sa vie. Cela doit le conduire à rechercher les raisons ailleurs que dans l'environnement immédiat, même quand les arguments avancés sont dans l'actuel.

Il importe de partir du principe que, quand il y a de telles tensions, elles expriment quelque chose d'important qui n'a jamais été entendu (parfois de très ancien).

On se doit, bien sûr, de protéger un sujet âgé victime des brimades, des coups ou des insultes d'un autre sujet âgé. Mais il est essentiel de ne pas se positionner dans un regard « victime/bourreau » et, en même temps, d'oser aborder la gravité de la situation. Pour y parvenir, le soignant tâchera alors de clairement distinguer les actes (qui sont des *choses*) de leurs auteurs (qui sont des *êtres*). J'ai particulièrement développé ce thème dans ma publication de juin 2003 « [Apaiser violence et conflits](#) » et dans celle de novembre 2004 « [Ne plus induire de culpabilisation](#) »

Nous retrouverons cette difficulté dans le cas de violences familiales, avec une complexité augmentée puisque l'auteur de la violence (faisant partie de la structure psychique du sujet) ne peut être rejeté sans dégâts. Le regard « victime/bourreau » y est donc encore plus dangereux. J'aborderai ce point en détail dans le prochain paragraphe.

6.4. Violences envers les familles

6.4.1. Violence de la personne âgée elle-même envers ses proches

La personne âgée peut être violente envers ses proches. Elle peut même parfois les persécuter de ses exigences ou de ses contradictions et les culpabiliser en permanence. La plupart du temps ce n'est que la continuation d'une attitude qui existe depuis longtemps et il y a derrière cela une longue histoire personnelle et familiale. Certaines fois il s'agit juste de l'expression d'un mal être actuel dû au placement, dû à cette étape de la vie qui est mal acceptée.

Dans tous les cas, le piège est de vouloir soulager les proches en s'indignant de la conduite de la personne âgée à qui on se met à faire des « remontrances ». Celui qui aide tentera plutôt de comprendre que le sujet âgé a une raison de se conduire ainsi, que sa raison soit actuelle ou très ancienne.

Il est particulièrement néfaste de se liguier avec le proche contre la personne âgée par des attitudes du genre « vous avez raison, elle est très difficile à vivre » ou « je com-

prends que vous ne puissiez plus la supporter, elle est infernale » ou « Ah si vous saviez ! Elle est tyrannique » ou « Vous avez raison, elle est vraiment méchante ! » Il importe de comprendre que le proche a besoin qu'on entende sa douleur à lui, mais pas qu'on casse son aïeul. Ces mêmes remarques, peuvent prendre une autre tournure si on adopte une attitude plus emplie de considération pour chacun. Par exemple : « C'est vraiment trop difficile pour vous ? » pour reconnaître la douleur du proche sans détruire l'image de son aïeul.

On s'occupe ensuite de permettre l'expression de cette douleur chez le proche, sans oublier la raison (potentielle) du sujet de grand âge.

6.4.2. Violence des soignants envers la famille

A l'inverse il peut arriver que ce soit la famille qui tyrannise la personne âgée. Dans ce cas ce serait une violence que de prendre parti, avec elle, contre son proche.

Si le sujet âgé dit « Quand même ! J'ai élevé mes enfants et maintenant, regardez... ! ils ne viennent que pour me demander de l'argent. Ils ne veulent qu'une chose : c'est que je vende ma maison pour me déposséder. Quand je pense à tout ce que j'ai fait pour eux... ! » Si le soignant répond « vous avez raison ce n'est quand même pas gentil. Ils se moquent vraiment de vous. Vous devriez ne pas vous laisser faire » il critique alors l'enfant, contre qui il prend parti, avec le vieux. Mais ce dernier n'a jamais demandé qu'on lui dise que son enfant est un « vaut rien ». Il veut juste qu'on entende que ça lui fait mal.

Nous avons dès le plus jeune âge ce genre de réaction : dans une cour de récréation, un enfant critique crûment son père. Un autre, croyant lui être agréable, appuie ce jugement par une insulte envers le père. L'enfant alors se révolte et lui jette à la figure « t'as pas intérêt à répéter ça ! » L'enfant avait besoin d'exprimer son malaise, mais pas qu'on casse ses parents. Ce sont des éléments à prendre en compte aussi dans l'enfance maltraitée. Nous les trouvons à l'autre bout de la vie de la même façon : un être humain ne veut pas qu'on détruise ses ascendants ni ses descendants, quand bien même lui, a besoin de s'en plaindre et en souffre beaucoup.

6.4.3. « Histoires de familles » complexes

Roberto Huguenot insiste souvent sur le fait que les enfants maltraitants (de leur parent âgé) ont souvent été des enfants maltraités. Ils ne feraient alors que suivre des modèles ou régler des contentieux.

Mais si nous résolvons le fait de ne pas incriminer l'enfant maltraitant en évoquant le fait que c'est en réalité la faute des parents, qui ne font que subir un juste retour des choses, nous risquons de tomber dans un *psychologisme* dangereux. Nous induirions ainsi une indésirable culpabilisation des parents, nuisant même à l'enfant (comme nous venons de le voir plus haut).

Le dilemme est que les enfants ont besoin d'être entendus sur leur douleur, mais aussi, qu'ils ont besoin que leurs parents ne soient pas « détruits » car ceux-ci doivent trouver leur place dans leur structure psychique. Il s'agit là d'une approche fine de soutien psychologique (et même de thérapie) car les enfants peuvent néanmoins avoir, eux,

une pulsion destructrice envers leurs ascendants. S'il est important de ne pas leur permettre leurs actes, il est essentiel de ne pas leur reprocher leurs pulsions et de ne pas non plus culpabiliser leurs parents.

Même si le phénomène de reproduction existe, il importe d'abord de savoir qu'il n'est pas systématique. D'autre part, quand ce qu'on a vécu explique ce qu'on fait, c'est une explication, pas une excuse. Enfin, il est aussi à considérer que des enfants peuvent être devenus maltraitants sans avoir eux-mêmes été maltraités (il y a à cela des tas d'autres raisons possibles). Dans tous les cas, l'impact restant de la souffrance vécue autrefois vient plus de ce qu'on en a fait que de ce qui s'est passé (et ce qui s'est passé n'est pas forcément venu des parents). Pour affiner ces concepts vous trouverez de nombreux détails dans ma publication de avril 2004 [« Communication thérapeutique »](#) et dans celle de novembre 2004 [« ne plus induire de culpabilisation chez les patients ou parents »](#)

Il y a bien un rapport entre le passé et le présent, mais ce rapport ne se situe pas au niveau de ce qui est arrivé. Il se situe au niveau de ce qu'on en a fait. La manifestation résurgente dans le présent n'est pas quelque chose qui apparaît **à cause de** ce passé, mais **spécialement pour** que celui qu'on était (et qui s'est positionné d'une certaine façon dans ce passé) soit enfin entendu, reconnu, réhabilité. Pour obtenir un apaisement, il ne s'agit pas d'élimination d'un mauvais souvenir, mais de réhabilitation de celui qu'on était dans cette circonstance. Pour plus de détails sur ces notions, vous avez également disponible sur ce site une publication faisant la synthèse entre les approches thérapeutiques cathartiques (visant à éliminer) et les approches intégratives (visant à réhabiliter). Il s'agit du document publié en mars 2005 [« Libido, amour et autres flux »](#) dans lequel je vous invite à bien repérer la différence entre le flux libidinal qui est un flux d'énergie et le flux existentiel qui est un flux de vie. Nous retrouvons ici la distinction entre *paraître* et *être*, évoquée dans la première partie.

6.5. Violences envers les soignants

6.5.1. Violences des sujets âgés

S'il importe de parler des violences (graves ou douces) subies par les sujets âgés, il ne faut cependant pas négliger les violences infligées par les résidents sur les soignants. Certes, celles-ci sont fréquemment la conséquence d'indélicatesses préalables de la part du personnel de l'institution, ou de l'institution elle-même. Mais il ne faut surtout pas oublier que ces indélicatesses, sont généralement involontaires et ne méritent pas un tel acharnement.

Les violences du sujet âgé envers les soignants sont dans tous les cas la manifestation d'un mal-être profondément ressenti par le résident. Il importe de comprendre que cette violence est éprouvante pour le personnel et que celui-ci, s'il ne sait pas y faire face, met en œuvre une rétroaction, elle-même emprunte de violence.

Quand le sujet âgé dit à l'aide soignante qui vient faire sa toilette « casse toi salope ! » c'est pour elle une épreuve (la grossièreté n'est par rare chez certains résidents). Quand l'infirmière s'entend dire « t'as fini de m'empoisonner avec tes cochonne-

ries (médicaments). Tu veux donc me faire crever ! », c'est également perturbant. Quand le soignant s'approche pour l'aider à se lever du fauteuil et prend un coup de canne... c'est aussi plutôt inconfortable.

A cela s'ajoutent des tas de situations qui ne sont pas des violences en soi mais qui font violence aux agents de service, aux aides soignantes, aux infirmières, aux médecins, aux animateurs, aux kinésithérapeutes....

Ce sont toutes les remarques du genre « je me sens seule », « je voudrais mourir », « je voudrais retourner chez moi », « mes enfants me manquent », « je n'ai plus envie de vivre depuis que mon conjoint est mort », « de toutes façons j'ai raté ma vie, je n'ai pas eu d'enfant ». Ces situations d'expression directe d'une détresse percutent parfois violemment le soignant qui ne sait pas vraiment quoi en faire.

Nous avons aussi des expressions de détresse moins directes. Ce sont les situations de délire : « attends, je dois aller donner à manger à mes cochons », « d'accord, mais il faut t'occuper du petit, là ! (montrant à côté d'elle un emplacement où l'on ne voit rien) », « je veux bien manger, mais il faut en garder pour lui. Tu sais il a faim (désignant un endroit dans la pièce où il n'y a personne) »... Dans ce cas le sujet âgé fait généralement allusion à quelque chose d'important, mais l'absence de rapport apparent avec le présent, déroute le soignant et le met en porte-à-faux.

Nous avons aussi les hurlements continuels, les appels plaintifs et désespérés, les coups de sonnette intempestifs... et surtout les décès de pensionnaires qui, étant là depuis longtemps, avaient suscité des attachements dans l'équipe. Celle-ci s'en trouve alors particulièrement éprouvée.

Naturellement, le sujet âgé n'y est pour rien dans ces derniers cas, mais c'est tout de même une violence vécue par ceux qui s'occupaient de lui. Nous verrons plus loin le rôle de l'institution pour aider le personnel dans ce cas.

6.5.2. Violences des familles

Naturellement il n'y a pas que le sujet âgé qui peut être source de violence envers l'équipe soignante. Nous trouverons également les familles. Là aussi il y aura des violences directes et des violences indirectes.

Parmi les violences directes le soignant s'entendra dire « c'est comme ça que vous vous occupez d'elle ? On a le temps de mourir dix fois avant que vous arriviez ! », « C'est inadmissible, vous ne lui avez même pas donné à manger ce matin ! » (alors que c'est la personne âgée qui avait refusé de se nourrir, la famille aurait envie qu'on la force davantage... mais elle aurait alors reproché notre violence), « si vous ne vous occupez pas mieux d'elle je vais porter plainte ! Il est inadmissible qu'elle ne se lève pas plus souvent ! Vous ne fichez vraiment rien ici ! »... Parmi toutes ces remarques, certaines peuvent être justifiées par le fait que le personnel manque de temps, car il est peu nombreux, et n'apporte pas tous les soins comme il le devrait. Mais cela ne justifie pas le ton envers une équipe qui fait de son mieux. Il importe de comprendre ici que toutes ces violences ne sont que des messages « apparents » derrière lesquels se cache souvent un message réel : la souffrance de la famille.

Là aussi nous avons des situations qui ne sont pas des violences en soi, mais qui *font violence* tout de même : « vous êtes sûr qu'il est bien. Je le trouve vraiment très fatigué. Vous savez j'ai tellement peur de le perdre. Je ne m'en remettrai pas ! », « Je ne supporte pas de l'avoir mis ici, avec tous ces vieux. Quelle déchéance. Je ne me le pardonne pas. Je sais que vous faites ce que vous pouvez, mais je me sens tellement coupable ! ». Ici la violence ne vient pas d'un propos désobligeant, mais dans l'expression directe du message réel... que le soignant ne sait pas gérer.

Le vrai problème est que la famille, envoyant son agression envers le soignant ne fait qu'exprimer son propre malaise. Si le soignant n'est pas préparé à cette distinction entre le message apparent (agressivité) et le message réel (souffrance difficile à exprimer), il vivra douloureusement ces critiques ou même parfois ces insultes. Pourtant, l'expérience montre que même quand le message réel (expression explicite de la souffrance) est directement exprimé, c'est aussi une violence, car le plus souvent le soignant se trouve très démuni.

Que ces violences viennent du sujet âgé lui-même ou de son entourage familial, le soignant a tendance à ne pas distinguer le message réel du message apparent. C'est le premier point expliquant sa fragilité dans ces cas. Cela produit en lui un impact qui accroît son stress et son usure professionnelle.

Mais quand le message réel est clairement exprimé, le soignant souffre aussi, car trop démuni face à la douleur d'autrui. Même si nous avons la chance de vivre une époque où l'on tente de mieux prendre en compte la douleur, l'on est plus adroit sur la douleur physique que sur la douleur psychique. Il arrive même que la douleur psychique soit traitée *comme une douleur organique* avec des médicaments psychotropes, là où il aurait seulement fallu une écoute et une reconnaissance.

6.5.3. Violence de l'institution

Le soignant subit aussi une certaine violence de l'institution par le fait que celle-ci n'a pas la possibilité d'avoir un personnel suffisant dans ses équipes, par le fait du respect d'une réglementation de plus en plus exigeante, mais qui ne tient pas assez compte de la réalité du terrain, par le fait que les directions et encadrements, craignant les remontrances de leur propre hiérarchie et les plaintes de familles, ont une exigence qui ne tient pas compte des possibilités réelles des agents sur le terrain.

La plupart du temps sans préparation en formation initiale, les soignants sont confrontés aux aspects psychologiques des patients en fin de vie, aux aspects physiologiques de la douleur et aux décès. A cela s'ajoute le fait d'être confronté la première fois à la toilette mortuaire sans l'avoir envisagée en formation initiale (comme si la mort n'arrivait jamais en institution).

Quand le soignant tente de mettre de l' « humanité dans ses soins il lui sera reproché souvent d'être trop sensible et il lui sera vertement conseillé d'apprendre à mettre de la distance. « Vous devez être professionnel » lui lancera-t-on. Mais quand il met de la distance, on lui reprochera son manque d'humanité et il recevra l'injonction de mettre un peu plus d'empathie dans ses contacts avec les patients « il faut humaniser l'hôpital » s'entendra-t-il dire cette fois -ci.

Pour bien comprendre cette ambivalence nous remarquerons que l'aide psychologique fait partie du soin et que cela est enseigné en formation initiale sous le nom de « relation d'aide ». Ce soin, pourtant reconnu à part entière comme un soin, est le seul soin pour lequel l'institution n'a prévu aucun temps pour le réaliser. C'est peut être aussi parce que son enseignement reste insuffisant sur le plan pratique. La vraie question n'est pas de connaître un panel de psychopathologies, mais de vraiment aborder « quand le malade fait ou dit cela, je continue comment, concrètement ? en verbal et en non verbal ! » Vous trouverez de nombreux détails sur l'aide psychologique dans ce site à [« Communication thérapeutique \(relation d'aide\) »](#) (42 pages - publication d'avril 2004), [« Personnes âgées »](#) (19 pages - publication de mai 2001), [« Humaniser la fin de vie »](#) (31 pages - publication d'avril 2003)

D'autre part, quand le personnel est en souffrance du fait des éléments exposés ci-dessus, il est rare qu'il reçoive une écoute dans l'équipe ou de la part de sa hiérarchie. Tout le monde étant sous pression, il s'en débrouille seul. Combien de soignants ai-je vu vivre un décès, puis continuer les soins auprès des autres patients comme si de rien était, et rentrer chez eux comme ça. Certains services, ayant plus de chance, ont un psychologue assurant des réunions de soutien. Mais ce n'est pas que de la chance, c'est surtout grâce à un choix du cadre et de l'institution au niveau des priorités... quand les moyens le permettent.

6.5.4. Violence de la législation et des risques de procès

Le progrès est que la violence est mieux prise en compte aujourd'hui. Pour remédier aux abus il y a des lois. Mais le problème, est que quand on remédie à un manque de conscience par des lois, on ne fait parfois que déplacer les problématiques. Si certaines violences inadmissibles sont mieux cadrées (et c'est heureux qu'il en soit ainsi), il se produit en même temps nombre de plaintes pour un oui ou pour un non.

Par exemple, il est une bonne chose que les victimes de pédophilie soient enfin mieux entendues et que la justice protège ceux qui risquent d'en pâtir. Mais je pense aussi à ce monsieur qui s'est retrouvé en prison parce que sa fille, à la maternelle, a dit à l'institutrice en montrant son ventre « papa a fait bobo là ». L'institutrice a fait un signalement. Le monsieur a du passer par la prison avant qu'on comprenne que la petite fille ne faisait que relater le moment où son père ayant fait une chute s'était lui-même fait mal au ventre. Cela avait impressionné la petite fille qui a éprouvé le besoin d'en parler. Cette situation a donc conduit l'institutrice à dénoncer une faute imaginaire. Quand la loi commence à vouloir remplacer la conscience, nous allons même jusqu'à ces cas d'enfants nés handicapés qui peuvent faire un procès à leurs parents qui n'ont pas avorté de lui. Enfin, et c'est sans doute le plus grave, un enfant peut porter plainte contre un parent pour lui nuire dans un moment de colère (sans qu'il n'ait rien fait de répréhensible à ce point). Naturellement tout cela s'accompagne d'expertises psychiatriques pour démêler le vrai du faux. En théorie, cela est juste, mais en pratique il y a un traumatisme pour tous. Comme pour les médicaments, il s'agit d'être attentif à l'équilibre entre les effets bénéfiques souhaités et les incontournables effets secondaires. Il s'agit que les effets néfastes ne produisent pas plus de dégâts que le mal qu'on cherche à éradiquer ! En la matière les réponses simplistes n'existent pas.

La loi, qui est garante d'une certaine sécurité, quand elle devient trop omniprésente induit de l'insécurité, pour ne pas dire de la peur et parfois même de la terreur, car tout le monde peut un jour ou l'autre être pris en défaut face à des exigences draconiennes. Une forme de « dictature douce » s'installe alors et met tout le monde sous pression, avec au dessus de la tête une épée de Damoclès qui risque de lui trancher le coup à chaque instant, pour un oui ou pour un non.

S'il faut évidemment des lois pour sécuriser la vie sociale, trop de lois tuent la sécurité. Il est illusoire de croire que remplacer la conscience par une législation excessive se fera sans dommage pour la qualité de vie. C'est une question d'équilibre entre une absence de législation qui serait néfaste et un excès de législation qui l'est aussi. Le vrai remède étant de favoriser, à chaque fois que cela est possible un plus de conscience ou d'humanité.

S'il est bon que le monde médical ait perdu la toute puissance dans laquelle il était et dont il a certainement abusé, il est tout aussi néfaste que médecins et soignants, pour bien travailler, vivent dans la terreur du procès.

6.6. Le dépistage

Le dépistage est souvent, en grande partie, ce qui fait monter les statistiques. Les situations existaient généralement auparavant, mais n'étaient pas connues. Pour que les chiffres soient un réel reflet de ce qui se passe, il faut comparer ce qui est comparable.

Les médias, les effets de mode, la sensibilisation éthique ou citoyenne, les centres d'appels téléphoniques donnant une écoute aux victimes en souffrance, et même aux auteurs de violence qui ne savent pas comment se faire aider du fait de leurs pulsions, tout cela contribue à un changement dans les données recueillies. Il est donc difficile de dire comment c'était avant.

Quand les personnes âgées restaient plus longtemps dans la famille, ce qui semblait être une « meilleure époque » que celle des placements en institution, il n'est pas du tout certain qu'il y avait moins de violences. Il y avait aussi des enfants qui laissaient le vieux dans un coin, ou des vieux qui continuaient à exercer une tyrannie envers leurs « gamins » de 60 ans, qui ne voyaient ainsi jamais arriver l'âge adulte avant 70 ans, ou plus, quand « papa ou maman » décédaient. Je me souviens ainsi d'un vieux monsieur qui avait été battu par son père jusqu'à ce que celui-ci meurt très âgé. Ce monsieur se retrouva alors en institution, portant encore les stigmates de la terreur.

Nous nous garderons bien de fustiger ou d'idéaliser telle ou telle époque. Ce qui importe, c'est de faire aujourd'hui ce qui doit être fait pour apporter un plus d'humanisation aux êtres humains dans toutes les situations de la vie. Si le présent document traite en particulier de la vieillesse, nous ne devons pas oublier que l'humanisation concerne aussi bien les maternités, les attitudes envers les mères et envers les bébés, y compris au moment de leur naissance. Cela concerne également les élèves d'écoles, de collèges et de lycées. Tous les services de l'hôpital, mais aussi ceux des diverses institutions de services sociaux peuvent aussi en tenir compte. Toutes les situations du travail en entreprise sont également à l'honneur, dans la nécessité d'un

processus d'humanisation. Sans oublier la vie conjugale, lieu de tant de malentendus, si souvent mal comprise et mal accompagnée...etc.

6.6.1. Ethique et signalement

Nous sommes confrontés à des concepts contradictoires. D'un côté, il est bon et nécessaire de reconnaître la douleur de la victime. D'un autre, il ne faut pas casser les auteurs de la violence quand ceux-ci sont des ascendants ou des descendants.

En fait, on ne devrait jamais « casser » un auteur de violence, même quand ce n'est pas un parent. Que ceux-ci doivent répondre de leurs actes devant la loi est une chose, les « casser » en est une autre. Mais dans le cas où il s'agit d'ascendants ou de descendants, nous devons tenir compte d'une composante supplémentaire, déjà abordée plus haut : l'auteur fait partie de la structure psychique de la victime. Le « casser », croyant aider la victime, va en fait fragiliser celle-ci, qui résistera alors à la reconnaissance des faits pour protéger son « proche bourreau ». En fait, ce n'est pas son bourreau qu'elle protège, mais l'intégrité de sa structure psychique. Cela demande dans tous les cas beaucoup de tact et de délicatesse de la part de l'aidant. Mais le problème est encore accru quand il s'agit de violences graves répréhensibles par la loi.

A tout cela s'ajoute le fait qu'il faut alors protéger aussi la société contre les méfaits potentiels d'une personne dangereuse (ça c'est pour l'éthique) et répondre aux exigences législatives qui ont envisagé le cas de non assistance à personne en danger (ça c'est pour la loi).

Naturellement la loi ne résoudra jamais un manque de conscience, mais elle permettra d'endiguer certains excès. Comme nous l'avons vu plus haut (au paragraphe « violence envers les soignants »), le problème est celui de l'équilibre. Trop de lois peut aussi porter atteinte à la sécurité et conduire à la terreur, mais pas assez de lois également. Quoi qu'on en pense, examinons ce que dit cette loi.

6.6.2. Les articles de loi

Pour la non assistance

L'article A 2236 du code pénal (1995) dit : Quiconque pouvant empêcher par son action immédiate, sans risque pour lui ou pour un tiers, soit un crime, soit un délit contre l'intégrité corporelle de la personne s'abstient de le faire volontairement est puni de 5 ans d'emprisonnement et de 500 000 F d'amende. Sera puni des mêmes peines quiconque s'abstient volontairement de porter à une personne en péril l'assistance que, sans risque pour lui-même ou un tiers, il pouvait lui prêter soit par son action personnelle, soit en provoquant des secours.

Pour non information des autorités

L'article 443-3 du code pénal (1995) dit : Le fait pour quiconque ayant eu connaissance de mauvais traitements ou privations infligées à un mineur de quinze ans ou à une personne qui n'est pas en mesure de se protéger en raison de son âge, d'une maladie d'une infirmité, d'une déficience physique ou psychique, ou d'un état de grossesse, de ne pas en informer les autorités judiciaires ou administratives, est puni de trois ans

d'emprisonnement et de 300 000 F d'amende. Sauf lorsque la loi en dispose autrement, sont exceptés des dispositions qui précèdent les personnes astreintes au secret dans les conditions prévues par l'article 226-13... et dont elles sont déliées par l'article 226-14

Pour le non respect du secret médical

L'article 226-13 du code pénal (1995) dit : La révélation d'une information à caractère secret par une personne qui en est dépositaire, soit par état ou par profession, soit en raison d'une fonction ou d'une mission temporaire est puni d'un an d'emprisonnement et de 100 000 F d'amende. Pén. 434-3, 434-11.

Pour la dérogation au secret médical

L'article 226-14 du code pénal (1995) dit : L'article 226-13 n'est pas applicable dans les cas où la loi impose ou autorise la révélation du secret. En outre elle n'est pas applicable : 1/ à celui qui informe les autorités judiciaires, médicales ou administratives de sévices ou de privations dont il a eu connaissance et qui ont été infligés à un mineur de quinze ans ou à une personne qui n'est pas en mesure de se protéger en raison de son âge, ou de son état physique ou psychique ; 2/ au médecin qui, avec l'accord de la victime, porte à la connaissance du procureur de la République les sévices qu'il a constatés, dans l'exercice de sa profession et qui lui permettent de présumer que des violences sexuelles ou de toute nature ont été commises [...] mais aussi la responsabilité de celui qui sait et qui ne dit rien...

L'ordre des médecins tente de régler l'ambiguïté

L'ordre des médecins, dans son article 44 du code de déontologie¹⁴, rappelle que « quand ils ont connaissance d'un mauvais traitement, ils peuvent et doivent les dénoncer et prendre toutes mesures utiles pour protéger le patient ». Néanmoins l'ordre des médecins ajoute : « il doit mettre en œuvre les moyens les plus adéquats pour le protéger en faisant preuve de prudence et de circonspection », puis «...il doit, sauf en circonstances particulières qu'il apprécie en conscience, alerter les autorités judiciaires, médicales et administratives »

Il est évident qu'une dénonciation sur simples présomptions peut s'avérer très déstabilisante pour une famille qui était innocente. Nous voyons là que le positionnement n'est pas simple et que l'ordre des médecins le résout en disant « ...sauf en circonstances particulières, qu'il apprécie en conscience... »

Que l'on trouve ces lois excessives ou insuffisantes, c'est de toute façon avec elles que nous fonctionnons. Elles sont naturellement un nécessaire garde fou, mais ne peuvent en aucun cas remplacer une conscience déficiente, ou un manque d'humanité.

Si dans les cas de « violences graves » nous pouvons constater que le positionnement n'est pas simple, il en sera d'autant plus difficile concernant les innombrables « violences douces », notamment dans le cas du « harcèlement moral ».

¹⁴ article de loi rapporté plus complètement par Robert HUGUENOT, dans son ouvrage « La vieillesse maltraitée ») NB: Edition 2003 dans laquelle les sommes inscrites lors de la première édition de 1998 sont restées en francs

Mais tout excès législatif en ce sens deviendrait préjudiciable et engendrerait des plaintes non fondées ou abusives... La loi ne peut qu'endiguer le plus grave. Pour le reste il n'y a pas d'autres moyens que d'ajouter un peu de conscience et d'humanité. Encore une fois, les « violences douces » sont les plus nuisibles par leur nombre et leur généralisation. Sans toutefois oublier les « violences graves » (mais la loi s'en occupe), nous aurons avantage, pour améliorer le sort des sujets de grand âge, à nous préoccuper surtout du quotidien ordinaire, parsemé de millier de graines de poison, éteignant l'être sans qu'on s'en aperçoive. Une sorte de pollution relationnelle dont la toxicité est la plupart du temps sous estimée, et dont il faut souligner qu'elle est généralement involontaire. Elle est le fait d'êtres souffrants et mal entendus (que ce soient les soignants, les familles ou les sujets âgés).

L'avantage est que le remède à ces situations n'est pas si complexe qu'il y paraît et n'est en aucun cas proportionnel à la gravité des conséquences.

6.7. Les remèdes, l'action

6.7.1. Attention aux « redresseurs de torts »

Outre les situations répréhensibles par la loi, nous avons longuement vu dans ce document que les « violences douces » constituent l'essentiel des situations dégradantes, non par leur gravité, mais par leur nombre et leur répétitivité.

Toute personne qui en a conscience aura donc envie, les voyant, de faire en sorte qu'il y en ait moins. Que cette personne remette en cause ses propres comportements est une bonne chose. Mais si cette personne s'avise de devenir « donneuse de leçon » à tous ceux qui s'y prennent mal, il y aura des grincements de dents. Cela constituerait aussi une violence, non souhaitée certes, mais bien réelle. Celle-ci susciterait des réactions de rejets et produirait, de la part de l'entourage (professionnel ou familial), l'inverse de l'effet recherché.

Nous retrouverons cet état de fait très détaillé dans le document que j'ai publié sur ce site en juin 2002 [« Le danger de convaincre »](#). Toute tentative de convaincre qui que ce soit relève plus d'une pratique sectaire (même de bonne foi) ou idéologique que d'une délicatesse accompagnante.

Marie De HENNEZEL, dans son ouvrage « Le souci de l'autre »¹⁵, nous rappelle : « C'est votre comportement qui interpellera les autres, sans que vous ayez besoin d'imposer quoi que ce soit ». Je suivrai volontiers cette idée que l'exemple vaut mieux qu'un long discours.

Mais il arrive que l'interlocuteur soit demandeur d'une aide pour mieux accompagner les sujets âgés, il convient donc de la lui donner, mais tout en le validant et sans lui faire de multiples reproches. Les reproches « mais enfin ce n'est pas comme ça qu'il faut faire !... moi j'ai appris que.... », détruisent l'interlocuteur dont on espérait qu'il nous entende. Même si ce que nous avons à lui dire est juste, il n'est pas judicieux de commencer par « détruire quelqu'un » afin d'être entendu par lui. Pour qu'il reçoive ce que nous avons à lui dire, il convient d'abord qu'il existe, et pour qu'il existe, il convient qu'on

¹⁵ Marie De HENNEZEL, « Le souci de l'autre », édition Pocket 2004 p 20,

commence par valider la raison qu'il avait de « mal faire ». Ce n'est qu'ensuite qu'il pourra recevoir nos remarques comme un enrichissement constructif.

Ces notions devraient être parfaitement intégrées par toute personne qui propose une médiation dans les situations de tensions ou de violences, que ce soit vis-à-vis des sujets âgés, de leurs proches ou des soignants. Cette notion est aussi un atout majeur pour le fonctionnement harmonieux d'une équipe de soins, de l'ASH (agent de service hospitalier) au médecin.

6.7.2. Ouverture et respect

Pour « naviguer » correctement dans un quotidien empli de situations indésirables et non respectueuses, l'outil majeur de la communication est « la reformulation ». La reformulation n'est pas une simple répétition de ce que dit ou fait un interlocuteur. C'est une présence chaleureuse et reconnaissante d'un sujet qui vient d'exprimer un ressenti. La reformulation ne porte pas sur les mots ou sur les actes, mais sur le sentiment exprimé. La remarque de Rogers, citée plus haut, y est particulièrement d'actualité quand il dit du psychologue qu'« ...il doit être préparé à répondre, non pas au contenu intellectuel de ce que dit la personne, mais au sentiment sous jacent. »²¹⁶.

Je ferai ici le lien avec un élément évoqué dans la première partie de ce document au paragraphe « Sensibilité accrue aux informations émotionnelles » dans le chapitre « performances et compétences du sujet âgé » : la maturité tend à amener un individu à être plus sensible aux informations émotionnelles qu'aux informations neutres concernant des objets ou des idées. Il convient donc que quelqu'un qui souhaite aider autrui soit clairement imprégné de cette notion pour lui-même faire preuve de maturité (même s'il est jeune).

Nous pouvons constater les bienfaits de la reformulation dans quelques exemples :

1 Un sujet âgé ne mange pas, reste prostré et veut mourir. Alors que toutes tentatives de stimulation ne fonctionnent pas, le sujet s'est réanimé juste suite à une reformulation « vous ne voulez plus ? » (avec, en non verbal, « vous ne voulez plus vivre ? »)

2 Un sujet âgé réclame activement sa mort « Je voudrais mourir ! ». Une reformulation délicate confiante et chaleureuse de son désir « Ce serait mieux si vous étiez mort ? » l'amène à poursuivre avec des yeux pleins de tendresse et de nostalgie « Je pourrais retrouver mon épouse ! ». Une autre reformulation évidente l'apaisera vraiment « Vous aimez beaucoup votre épouse ? ». Vous notez qu'on accède bien sûr pas à sa demande de mort, mais à celle, implicite de la reconnaissance de ce qui se passe en lui.

3 « Je veux rentrer chez moi ! » dit un monsieur âgé en colère. « Votre maison vous manque ? » reformule l'accompagnant. Le résident s'apaise alors en parlant de cette demeure où il a vécu tant de choses.

4 « vraiment, on dirait que vous vous fichez totalement des résidents. Vous ne faites vraiment rien pour qu'ils soient mieux. C'est inadmissible ! » lance, à propos de sa mère,

¹⁶ Relation d'aide et psychothérapie Carl ROGERS (*Counseling and psychotherapy-1940*) - traduit aux éditions ESF 1970 - p51

un fils très agressif envers le soignant. « Nous ne nous occupons pas de votre mère comme vous le souhaiteriez ? » reformule le soignant agressé. « Non ! C'est inadmissible de finir sa vie comme ça ! ». Le soignant lui pose alors une question l'invitant à préciser son sentiment « Qu'est-ce qui vous semble le plus inacceptable ? ». Le proche répond alors « Vous savez, ce qui est le plus inacceptable, c'est bien de devoir placer sa mère. Je ne me pardonne pas d'en être arrivé là ! ». Le soignant reformule simplement, mais authentiquement et chaleureusement « ça a vraiment été douloureux pour vous de prendre cette décision ? ». « Oui vous savez, on n'arrive pas à se faire à l'idée que nos parents vieillissent..... » répond le fils plus calmement.

5 « J'en ai marre de tous ces vieux ! » marmonne un soignant, en malmenant quelque peu une personne âgée qu'elle fait marcher. Sa collègue ne devrait pas lui dire « ne dit pas cela devant elle, quand même ! » et encore moins « si tu as choisi de travailler ici, il faut assumer ! », ni « Je ne veux plus de ces paroles là près d'un pensionnaire ». Il serait plus judicieux de lui reformuler : « C'est vraiment trop difficile pour toi avec les personnes âgées ? ». Elle répondrait « Je n'en peux plus ! ». Une question pourrait suivre : « qu'est ce qui t'est le plus insupportable ? ». « Tu sais, cette semaine, la mort de Martine (une résidente de 98 ans) m'a profondément touché. On s'attache et quand ils meurent on est bouleversé... Il faudrait faire comme si de rien n'était !? J'en ai marre de m'occuper des vieux. C'est trop dur quand ils partent ! ». Ici sa collègue (ou son cadre) pourrait simplement lui reformuler « Tu as vécu si douloureusement la mort de Martine ? Tu n'as pu en parler à personne ? ». « Oui ! » répond elle. « Qu'est-ce que tu aurais aimé pouvoir dire ? » lui demande alors la collègue se mettant à l'écoute de son ressenti...non pas dans le projet de l'apaiser, mais juste de le reconnaître. Il y aura quelques questions supplémentaires jusqu'à un point où la collègue pourra valider « Si tu ressentais tout ça je comprends que tu étais en colère contre les vieux ! ». Là, il y aura un réel apaisement, qui pourtant n'était pas le projet initial de la collègue écoutante (le projet initial étant plus la reconnaissance que l'apaisement). C'est seulement après, quand l'auteur de la parole brutale se sent reconnue et exister, que la collègue (ou le cadre) lui dit : « Tu sais, quand tu te sens mal comme ça, tu peux m'en parler. Par contre, il serait important que ce type de propos (« j'en ai marre de ces vieux ») ne soit pas entendu pas les résidents. Ça te semble possible ? »... Et il y aurait avantage à ce que la collègue écoutante termine par « Vraiment je te remercie de m'avoir confié tout ça ». Ce petit point de gratitude est la note de douceur qui place vraiment l'individu dans un sentiment d'existence et lui permet de vivre un conseil comme un avantage et non comme une agression.

Toutes ces notions sont abordées en détail sur ce site dans les documents que j'ai publiés : en novembre 2002 [« Reformulation »](#), en avril 2004 [« Communication thérapeutique »](#), en septembre 2001 [« Assertivité »](#).

6.7.3. Comprendre les enjeux réels

Pour que le respect soit correct il ne suffit pas de gentillesse et de bonne volonté. Il importe de comprendre la nature des enjeux chez un sujet âgé. J'ai longuement détaillé cet aspect dans la première partie de ce document.

Il ne faut jamais oublier non plus qu'un soignant de 40 ou 50 ans est vu par un sujet de 80 ans comme un gamin, un « blanc bec ».

Nous remarquerons que de nombreuses cultures accordent de la valeur aux anciens et que même chez nous, si nous mettons à la retraite les quinquagénaires, c'est en même temps l'âge minimum requis pour être à de hautes fonctions d'entreprise ou d'état. Seuls les subalternes sont recrutés parmi les « jeunes ». Le fameux « milieu de vie » semble une sorte de ligne de démarcation de la conscience. Naturellement, avec la vieillesse, le problème est toujours de savoir si le sujet âgé est dans la sénescence avec ce qui est sensé l'accompagner de sagesse et de maturité ou dans la sénilité grandissante qui l'éloigne de la vie, déjà bien avant la mort.

Il est essentiel de comprendre que la pulsion de survie (situation énergétique) diminue au profit de la pulsion de vie ([situation existentielle](#)). Cette notion est développée en détail dans le document que j'ai publié en avril 2003 « [Humaniser la fin de vie](#) » au chapitre « [accompagner les pulsions de vie et de survie](#) »

J'espère que ce document vous aura donné quelques éclairages permettant de mieux comprendre les situations de violence et surtout d'avoir plus de possibilité d'y remédier.

Le sujet de grand âge doit terminer sa venue au monde avant de le quitter. Cette phase de vie peut aussi être considérée comme une phase de croissance, de développement qui continue. Naturellement nous n'occulterons pas le déclin corporel, dont la médecine gériatrique s'occupe de mieux en mieux, mais nous saurons mettre l'accent sur le processus existentiel d'individuation qui poursuit son cours et qui se doit d'être correctement accompagné, à la mesure de chacun, sans généralisations. Toute attitude trop maternante est infantilisante et tout manque de chaleur humaine est un abandon. Il y a un équilibre à trouver que l'on trouve aisément quand on a bien compris certains enjeux de vie et ce qu'est vraiment un individu.

Dans nombre des formations que j'ai animé pour du personnel de telles institutions, j'ai pu remarquer à quel point, personnel et médecins, sont généralement dévoués et souvent malheureux de découvrir la multiplicité des violences douces qu'ils ne soupçonnaient même pas.

Mais, validés dans la sincérité de leur projet, ils ne peinent pas à recentrer ce qui peut l'être, pour le plus grand bien des sujets âgés, de leurs familles, mais aussi de tous les membres de l'équipe... et de l'institution.

Thierry TOURNEBISE

Personnes âgées

Autonomie, Dépendance, Santé mentale

Thierry TOURNEBISE

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 sé-
jour et des unités de soins de longue durée

30/01/2001 © [copyright Thierry TOURNEBISE](#)

2009 pour cette version PDF

1. 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?

2. 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 répèterai 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).

3. 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 confidence: « 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 pen-

sionnaires 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.

4. 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.

4.1. 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.**

4.2. 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.

4.3. 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.

4.4. 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.

4.5. 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 **mar-**

chandage (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 "[L'art d'être communicant](#)" de la page 161 à 230 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.

5. La maison de retraite

5.1. 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**; après **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.**

5.2. 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](#)).

5.3. *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.

5.4. *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.

6. 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.

6.1. 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.**

7. 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.

7.1. 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.

7.2. 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.

7.3. 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

7.4. 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.

7.5. 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.

...etc ...etc ...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.

8. 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 gentil-

lesse, 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)

9. Les troubles psy

9.1. 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 doit impérativement être pratiqué 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.

9.2. 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.

9.3. **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 vielle, lasses 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!

10. 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 re-devenir 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.

11. 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 précédent.

12. *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.

13. 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.

Humaniser la fin de vie
et les situations de pathologies lourdes

Thierry TOURNEBISE

Avril 2003 © [copyright Thierry TOURNEBISE](#)

2009 pour cette version PDF

1. Attitudes, sensibilité, réactions

1.1. Commencer par la vie

1.1.1. Progrès en cours

Humaniser la fin de vie est aujourd'hui une préoccupation de plus en plus présente dans les milieux de soins. Les directives ministérielles au niveau de la santé vont en ce sens, les praticiens aussi. Tout semble donc pour le mieux. Il est certain que la médecine d'aujourd'hui prend mieux en compte la douleur... mais il reste encore d'importants progrès à réaliser.

Pour vraiment humaniser la fin de vie il sera utile de vérifier si nous savons déjà humaniser la vie. **Il semble bien présomptueux de prétendre humaniser la fin de vie, si on ne sait pas tout simplement humaniser la vie avant sa fin.**

1.1.2. Entre intention et réalisation

Depuis quinze ans que je forme du personnel hospitalier j'ai, la plupart du temps, rencontré **des soignants et des médecins ayant pour projet une réelle délicatesse et un réel respect des patients**. Mais j'ai aussi pu constater qu'en avoir le souhait est une chose, le réaliser en est une autre.

J'ai même remarqué que de nombreuses habitudes, même des protocoles et **des attitudes recommandées dans un projet respectable, vont totalement à l'encontre de ce qu'il faudrait faire...** et produisent l'inverse du résultat attendu.

1.1.3. Exemple d'attitude contradictoire

Il est actuellement à l'ordre du jour de favoriser l'autonomie du patient. Mais qu'est-ce que l'autonomie? Nous voyons, par exemple dans les services de soins, que pour favoriser cette autonomie du patient, l'équipe aura pour projet de le lever et de le faire marcher. Quand il ne veut pas, chacun tâchera de le convaincre délicatement en lui expliquant que c'est important pour lui. S'il ne comprend pas, on tentera alors un peu de le «forcer»... pour son bien.

Bien que l'attitude soit juste sur le plan physique (ergothérapie), remarquons que la situation devient vite ambiguë. **Pour qu'il reste autonome on lui demande d'abandonner ce qu'il pense, ce qu'il sent.** On va soigneusement le convaincre, c'est-à-dire **délicatement lui demander d'abandonner sa pensée pour adopter la nôtre !** Est-ce cela l'autonomie ? **Et si nous prenions soin de ne pas mélanger autonomie et lobotomie !**

Peut être ce dernier mot vous a-t-il choqué. Certes il est fort. Mais je reconnais me sentir aussi profondément attristé quand je remarque à quel point **la dignité du patient est involontairement détruite.**

Les nombreuses chartes du malade que l'on voit apparaître sur les murs des hôpitaux n'y changent pas grand-chose. Il ne s'agit pas seulement d'une règle à établir, mais surtout d'un état d'esprit, d'une approche de l'autre totalement différente.

1.1.4. Aider les soignants

Naturellement, **personne ne souhaite l'irrespect**, au contraire ... c'est pourquoi je vous invite **à ne pas en faire le reproche aux soignants, pratiquement tous extrêmement dévoués.**

Toutefois, il semblerait qu'on ne leur ait pas donné les clés de ce qu'est l'humanisation. Il semblerait que les soignants soient souvent empêtrés dans des **croiances modernes sur l'empathie et la bonne distance**, sur **le projet maladroit de trouver une solution** quand il y a un problème, sur la confusion entre l'affectivité et la chaleur humaine, sur **le fait d'être persuadé que le savoir est seulement du côté du soignant....** Tout cela s'embrouille et altère la qualité psychologique du soin.

Le petit exemple, ci-dessus, sur l'autonomie est un cas fréquent. Et il ne concerne qu'un cas parmi pleins d'autres. Vous trouverez de nombreux exemples dans l'article de mai 2001 sur les personnes âgées.

Ainsi, avant de chercher à humaniser la fin de vie, saurons-nous déjà humaniser la vie, y compris des personnes jeunes... même de celles qui ne sont pas malades!

Il s'agit d'un apprentissage nouveau qui consiste à être capable d'assertivité, c'est-à-dire **être en même temps dans le respect d'autrui et dans l'affirmation de soi, savoir être humain sans être vulnérable, être distinct sans être distant, être chaleureux sans être dans l'affectivité...** Autant de notions à clarifier pour vraiment humaniser l'existence.

1.2. Stratégies face à l'inacceptable

Tant que la mort n'est pas là, il s'agit de vie, mais la personne en fin de vie se trouve dans une zone d'existence inconnue pour les autres et tout juste découverte par elle. **Elle est invraisemblable, impossible, incroyable, inacceptable et totalement inattendue.** Les ressentis y sont sans repères connus. Tout ce qui a été imaginé ne permet pas d'accepter spontanément une telle situation, une telle dimension d'évènement.

Pourtant les étapes qui y sont traversée ont déjà été traversées dans d'autres circonstances de l'existence. Mais ici l'ampleur dépasse tout.

Tout commence par une auto anesthésie salutaire.

1.2.1. Anesthésie spontanée face à l'impossible

Au cours de sa vie, un être humain est parfois confronté à diverses situations pénibles. Quand celles-ci dépassent ses capacités d'intégration, quand elles sont insurmontables, il ne peut spontanément les digérer et en sortir instantanément grandi et serein.

Avant d'intégrer une situation insurmontable, avec les moyens qu'il a d'y faire face, il traversera d'abord plus ou moins automatiquement **six étapes**.

L'anesthésie spontanée est la première de ces étapes.

La **pulsion de survie** l'amène à naturellement s'anesthésier pour **éviter la douleur de l'impact**.

C'est la phase dite de **déni** dans laquelle le patient peut même se comporter «comme s'il n'avait pas entendu». Il se dit «non, c'est impossible!».

Vous remarquerez que cette attitude concerne aussi, de façon moins aiguë, toutes les situations difficiles de l'existence. Surpris par un ennui, même aussi ordinaire que la tondeuse à gazon qui ne démarre pas, **des phrases jaillissent spontanément de la bouche** : «J'y crois pas!», «Non! C'est pas possible» «Oh non pas encore!»

Dans des situations plus difficiles, mais pas au point de la fin de vie, une **infirmière de pédopsychiatrie** se plaignait que **la mère soit généralement dans le déni** par rapport à la pathologie de son enfant et à la nécessité de sa prise en charge.

Cependant, **alors que la mère dénie la pathologie de l'enfant, car il lui est douloureux de la reconnaître, la soignante, elle, est dans le déni de la douleur de la mère, car celle-ci rend le soin de l'enfant plus difficile.**

En fait le déni semble fréquent de part et d'autre, chacun reprochant à l'autre de ne pas le comprendre !

Cette attitude de déni est comme un réflexe de survie pour échapper à ce qui est pénible, pour échapper à ce qu'on ne sait pas intégrer spontanément.

Comme la fin de vie est évidemment particulièrement inacceptable, le déni y sera d'autant plus fort ou tenace.

Puis arrive l'étape suivante.

1.2.2. La colère du «réveil»

La **pulsion de survie** a conduit vers l'anesthésie pour échapper à la douleur. Maintenant, la **pulsion de vie** va entrer en action et amener la réanimation. **La sensibilité va commencer à revenir**, la conscience va progressivement accéder à ce qui se passe vraiment.

La réalité commence à être perçue. **Cette sortie de l'anesthésie, conduit à réaliser que «si, c'est vrai»**. Le **sentiment d'injustice d'être ainsi surpris par un évènement aussi improbable révolte, met en colère** et conduit à des phrases comme «Pourquoi moi?» «C'est pas juste!» C'est comme un cauchemar révoltant. Mais alors qu'on croyait rêver, on y réalise que ce n'est pas un cauchemar. C'est vraiment ce qui se passe.

Cette colère apparaît aussi dans des situations difficiles ordinaires. «La voiture est encore en panne! Juste au moment où j'en ai besoin ! Ce n'est pas vrai ! Mais pourquoi ça m'arrive justement là ? C'est vraiment injuste!» On remarquera la succession quasi instantanée du déni puis de la révolte.

Quand il s'agit d'une fin de vie, le déroulement est le même, mais vu la gravité de la situation, **l'ampleur de la réaction est toute autre** et la succession des deux étapes demande plus de temps.

1.2.3. Se soutenir par quelques derniers espoirs

Cette troisième étape est généralement appelée **«marchandage»**. C'est un moment où le malade en fin de vie entreprend **une tentative désespérée de négociation pour s'en sortir**.

Je n'aime pas le mot «marchandage». Certes? C'est une tentative de transaction où **il négocie sa vie contre sa bonne conduite** : «Mais si je me soigne correctement?» «Je ferai attention à mon alimentation!», «je ne me fâcherai plus pour rien». **Le côté physique, le côté psychique ou moral, puis le côté spirituel** «Je ferai un pèlerinage» peuvent successivement être passés en revue dans l'espoir qu'avec ça il va bien s'en sortir.

Dans les situations ordinaires de la vie il en sera de même, mais à un degré moindre, bien sûr. Pour l'exemple de la voiture en panne, après le déni (mais c'est pas vrai!), puis la révolte (pourquoi ça m'arrive aujourd'hui? c'est vraiment trop injuste!) arrive le moment des bonnes résolutions «La prochaine fois je surveillerai mieux ma voiture et je la ferai réviser à temps»... mais la négligence d'autrefois se reproduit quand même ultérieurement et la situation se répète.

Dans le cas extrême de la fin de vie l'enjeu est terriblement différent par sa gravité et surtout parce qu'il n'y aura pas de prochaine fois. Cependant, se raccrocher à l'espoir d'une solution aide à vivre. **Ce n'est plus tout à fait une anesthésie. Il s'agirait plutôt d'une sorte d'anxiolytique**, dans lequel un peu de rêve permet de survivre, malgré tout, au choc. Pendant ce temps, inconsciemment, le patient, «digère» un peu l'évènement.

Puis la réalité prend le dessus et il passe à la phase suivante.

1.2.4. La déprime

Toutes ces solutions mises en avant deviennent obsolètes. Dans la tentative précédente de transaction, **les solutions étaient mises en premier et le problème en second**. Maintenant c'est l'inverse. Les solutions passent au second plan et deviennent dérisoires face à ce problème qui prend toute la place.

D'ailleurs **«primer» c'est mettre en premier et «dé-primer» c'est ne plus mettre en premier. C'est un effondrement de ce sur quoi on pensait pouvoir solidement s'appuyer** (en fait l'origine du mot "dépression" signifie trou, vide, creux). Il s'en suit un **sentiment d'impuissance, de désespoir, de vide douloureux dans lequel un gigantesque «à quoi bon» provoque l'anéantissement**.

Plus rien n'a alors d'intérêt.

Cette phase est une phase de **disparition du pouvoir et de l'énergie**. Une étape vécue si douloureusement qu'elle ressemble déjà à une fin du monde.

Mais cette impression de fin du monde n'est qu'une apparence. **Ici l'énergie et le pouvoir disparaissent pour que la vie apparaisse.**

Trop souvent on a confondu la Vie et l'Énergie.

L'énergie c'est «Faire», la vie c'est «Être». Or faire et être sont deux notions fort différentes. Au point que quand la vie nous dérange, une des stratégies est de faire plein de choses pour la fuir. Dans mon ouvrage «[L'écoute thérapeutique](#)» j'ai même intitulé un chapitre *Le masque de faire*. J'y montre comment nous enfouissons les moments de vie qui nous dérangent, en les faisant disparaître en soi dans des oubliettes, derrière un *masque de faire* pour récupérer un pouvoir sur notre existence.

La déprime touche la fin de vie, mais aussi de nombreuses autres situations de vie dont vous trouverez le détail sur ce site dans l'article «[Dépression et Suicide](#)»

La traversée de ce vide est plus ou moins longue et douloureuse. Si elle est bien accompagnée, douleur et durée s'en trouvent diminuées.

La phase de déprime **permet, grâce à l'absence d'énergie et grâce à l'absence d'intérêt pour quoi que ce soit, de passer à l'étape suivante** où la «digestion inconsciente» porte ses fruits. **L'attention y est ainsi plus tournée vers soi-même permettant de rencontrer ses véritables ressentis et de donner un sens à sa vie.** Cette sensibilité apparaît car elle n'est plus occultée par une gesticulation de faire, d'énergie et d'intérêt.

1.2.5. L'acceptation

L'acceptation est une attitude d'accueil avec reconnaissance et sensibilité.

On prendra soin de ne pas la confondre avec la résignation qui n'est qu'un retour à une forme d'anesthésie, et même à une extinction totale de la sensibilité.

Avec l'acceptation, commence un chemin vers une **sensation de vie. De nouvelles valeurs viennent alors colorer l'existence.**

La fin de vie, c'est encore de la vie. C'est même tellement de la vie que j'ai souvent entendu des soignants évoquer qu'**auprès de patients en fin de vie, ils sentent plus de vie (d'authenticité) que dans le quotidien ordinaire.** A se demander où se trouve la vie?

Désormais, la difficulté devient différente pour le malade. **Avant l'entourage avait du mal à entendre son déni ou son désespoir. Maintenant il a du mal à comprendre sa sérénité.** Le malade ne peut toujours pas partager ce qu'il vit. Sur ce point la qualité de l'accompagnement manque encore terriblement d'humanité.

2. Accompagner les pulsions de vie et de survie

2.1. Evitement puis rapprochement

2.1.1. Un antagonisme pertinent

Elisabeth Kubler Ross mentionne les étapes de déni, révolte, marchandage, déprime et acceptation qui se produisent dans la fin de vie. J'ajouterai que ce sont avant tout des

étapes de vie que l'on rencontre à chaque fois qu'un individu est confronté à plus qu'il ne peut surmonter à un moment donné.

Ce cheminement résulte de **l'effet antagoniste de la pulsion de survie qui protège du choc en produisant l'anesthésie et de la pulsion de vie qui pousse à intégrer ce qui vient de se passer** en produisant une sorte de réanimation pour y revenir.

Quand on comprend que ce mécanisme concerne toute la vie, on comprend aussi que **de nombreuses situations de l'existence restent ainsi en suspend, coincées entre ces deux pulsions : celle de survie qui éloigne, celle de vie qui rapproche**. On pourrait comparer la pulsion de survie à une pression qu'on exercerait sur un ballon pour qu'il reste sous l'eau et la pulsion de vie à la poussée d'Archimède qui tend automatiquement à le faire remonter à la surface.

2.1.2. Une lutte inégale

La lutte entre ces deux pulsions est inégale puisque, pour éviter et maintenir à distance, la première réclame de l'énergie alors que la seconde a juste besoin qu'il n'y ait plus d'énergie pour s'exprimer. Ainsi quand on n'a plus la force de maintenir le ballon sous l'eau, automatiquement il remonte.

Dans la vie, **à chaque fois que l'énergie diminue, la vie apparaît**. Cette part de soi cachée, qu'on ne savait accueillir, remonte. Il se présente alors une opportunité pour l'accueillir... si nous le voulons bien et si nous le pouvons ! Ce sont les différents moments de déprime ou de dépression rencontrés dans l'existence. Pour en savoir plus sur ce thème, si vous ne l'avez déjà fait, je vous invite à lire sur ce site l'article de juin 2001 [Dépression et suicide](#). Il est très important de bien comprendre ce mécanisme pour accompagner correctement un patient.

Or au moment de la fin de vie, justement, l'énergie fait défaut. **Curieusement, c'est au moment où la vie semble échapper qu'elle émerge**.

2.1.3. Emergences

Des pans entiers de la vie émergent comme dans une «venue au monde». Tout ce qui a été jusque là maintenu «sous l'eau» refait surface.

C'est comme **une invitation à réhabiliter tous ces morceaux de vie restés dans l'oubli, ou dans l'illusion qu'ils n'étaient pas importants**. C'est un moment d'exception pour se réapproprier son existence, pour réparer les blessures, réconcilier les ruptures, **entendre ce qui n'a jamais été entendu et dire ce qui n'a jamais été dit**.

Savoir qu'il y a ces six étapes ne sert à rien si l'on n'a pas compris l'ampleur de cet enjeu. Faire le constat qu'un patient est dans la phase de déni, de révolte, de marchandage ou de déprime est inutile si cela ne permet pas de l'accompagner dans chacune de ces étapes.

Il est impossible de correctement l'accompagner si on ne comprend pas qu'il s'agit de **morceaux de vie qu'il tente de mettre au monde**, de faire naître enfin... afin de mourir

entier avec un sentiment d'accomplissement. **Finir de naître semble une tâche fondamentale avant de mourir.**

Les accompagnants peuvent apporter beaucoup. Pour cela **ils devront être au fait de ce que sont la communication, l'aide et l'accompagnement.**

Sur ce site, je vous recommande de prendre connaissance des articles suivants : [re-formulation](#), [personnes âgées](#), [assertivité](#). Ainsi que du dossier [Psychothérapie](#) ou de l'ouvrage «[L'écoute thérapeutique](#)», chez ESF.

Vous pourrez ainsi ajuster vos connaissances en y incluant **de nouveaux éléments permettant d'optimiser la qualité de votre aide**. Dans l'article sur la reformulation, j'attire particulièrement votre attention sur le paragraphe «[chaleur humaine et affectivité](#)» qui est vraiment le minimum à lire pour toute personne souhaitant aider.

2.2. Accompagner les rencontres

Avec délicatesse, sans rien forcer, mais sans rien négliger, l'accompagnement consistera à aider ces rencontres de lui avec lui-même, de lui avec les autres et des autres avec lui.

2.2.1. Favoriser sa rencontre avec Lui-même

Le patient en fin de vie a vraiment besoin de se sentir accompagné dans ce processus de rencontre avec soi-même. Malheureusement, c'est trop rare.

Son entourage doit comprendre que la phase de déprime est un moment privilégié qui va permettre des réhabilitations, des naissances. **L'intérêt disparaît pour que l'attention apparaisse**. Les leurres disparaissent afin qu'il se rapproche de lui-même.

C'est le **moment où surgiront de nombreuses réminiscences**. Celui qu'il a été, dans de diverses circonstances de sa vie, refait surface. **Il ne s'agit pas d'évocation du passé, mais d'un «contact» avec une part de lui-même qui constitue l'être qu'il est.**

La [structure psychique](#) d'un individu est faite de celui qu'il est, de tous ceux qu'il a été (depuis qu'il existe) et de ceux dont il est issu (ses ascendants). Pour plus de détails sur ce point, lire le dossier psychothérapie au chapitre [structure en puzzle](#).

Toutes ces parts de soi ne sont pas dans le passé. Seules les circonstances sont passées. **Celui qu'il a été dans ces circonstances est toujours en lui, depuis ces instants, et n'a jamais cessé d'y être**. Cela le constitue.

2.2.2. Exemples de rencontres

Mais ces parts de soi ont plus ou moins été maintenues à distance en fonction de la douleur qui a été ressentie à l'époque (pulsion de survie).

La fin de sa vie pourra, par exemple, **ramener à sa conscience** cet enfant rentrant de l'école, le jour où il n'a pas osé dire la douleur des moqueries dont il a souffert. Il n'a pas

osé le dire car on lui aurait juste rétorqué «il faut te défendre» alors qu'il souhaitait juste qu'on comprenne sa blessure intime.

Cet enfant lui revient et **il se sent plein de compassion pour lui**. Au lieu de le mettre à distance, **il en fait désormais «son ami»**. **Enfin il l'entend vraiment**. Il lui aura fallu tout ce temps et cette circonstance extrême pour lui donner sa place, pour ne plus le nier.

Pareillement reviendra le moment où un parent est décédé, puis le jour où les enfants sont partis de la maison, ou encore cet instant où il a vécu un cuisant échec professionnel, puis celui où il s'est fâché avec un ami. Pour chacune de ces circonstances, il lui reste celui qu'il a été et qui lui «revient» à l'esprit.

2.2.3. L'évènement est passé, celui qu'il était est présent

Ces moments sont passés, mais celui qu'il était, dans chacun d'eux, n'a jamais cessé d'être là, en lui.

Ces moments, même ceux qui furent terribles, sont loin dans le passés.

Par contre, celui qu'il a été, dans chacun de ces instants, est précieux et n'a jamais cessé d'être là, en lui.

Ce qui vient de changer, c'est que la pulsion de vie l'emportant sur la pulsion de survie, désormais, il veut bien l'entendre, **lui donner une place d'honneur au plus profond de lui-même**, une écoute et une reconnaissance délicate.

Chacune de ces rencontres lui permet de se sentir de plus en plus entier.

L'accompagner, c'est l'aider dans ce processus. Il ne s'agit pas de simplement constater qu'il est dans la déprime, mais de comprendre cet enjeu de vie. **Une présence chaleureuse et sécurisante est particulièrement requise ici** car de telles «rencontres», bien que salutaires, sont parfois dans un premier temps très bouleversantes.

S'ajoutent à cela quelques espoirs déçus qu'il faut «digérer». Il rêvait de telle ou telle chose... pensant qu'il avait le temps. Mais elles ne se produiront jamais, puisqu'il n'y a plus de futur suffisant.

Tout ceci attend d'être entendu, reconnu, validé. Le patient attend qu'un interlocuteur puisse enfin l'entendre et l'aider à s'entendre lui-même. **Il ne s'agit pas tant de trouver des solutions que de reconnaître l'importance et le côté précieux de chacun de ces ressentis.**

2.2.4. L'aider à rencontrer ses proches

La rencontre avec ses proches est importante. Toutefois, elle n'est pas aisée. **Chacun tente de masquer son émotion, ou feint de ne pas voir la gravité de la situation**. Chacun tente, au mieux, de rester digne et de faire «comme si de rien n'était».

Cela ne conduit qu'à une impression de superficialité ou d'indifférence maladroite.

En cachant son émotion, le proche n'est plus visible. Le patient en fin de vie se retrouve **entouré de plein de monde, mais terriblement seul**. Il n'a que des «fantômes indifférents» en train de feindre une aisance qu'ils n'ont pas et affichant une dérision déphasée par rapport aux enjeux subtils de la situation.

Heureusement, ce n'est pas toujours ainsi. Il arrive que le partage soit profond, intime, authentique. Cette attitude est vraiment à encourager quand elle est possible.

Naturellement en pareils moments **il serait mal venu de reprocher quoi que ce soit à qui que ce soit**. Chacun fait comme il peut.

Comprendre l'importance de cette authenticité permet d'encourager des rencontres trop hésitantes.

Se voir vraiment est le meilleur moyen de ne pas se manquer.

Parfois la personne en fin de vie attend aussi de revoir un proche resté loin, un parent avec qui il était en rupture. **Cela devient l'opportunité de se dire ce qui trop longtemps restas-tu**. En cette circonstance exceptionnelle, il peut rompre un silence, libérer un secret.

L'accompagnement consiste à favoriser ces rencontres quand elles émergent. Même s'il en découle parfois des tempêtes (toutes les révélations ne sont pas confortables) c'est un cheminement indispensable pour chacun. La tempête passée, chacun constituera sa structure intime avec plus d'intégrité et de vie.

Parfois il ne s'agit pas de rencontre, mais de reconnaissance. Ce monsieur qui confie à un accompagnant combien **il espère, après sa mort, retrouver son épouse**. Il a besoin de sentir qu'on valide ce que représente son épouse par un **«vous aimez beaucoup votre épouse?»**.

Cette phrase n'a rien de magique en soi. Elle devra être accompagnée par **un non verbal profondément reconnaissant de la dimension d'amour dont il parle**. Une grande délicatesse et une grande subtilité dont vous trouverez les détails dans l'article [reformulation](#) où se trouvent des éléments souvent mal connus, même chez de nombreux spécialistes de l'aide ou de la communication.

2.2.5. Aider ses proches à ne pas le manquer

Pour lui, comme nous venons de le voir, la rencontre des proches est très importante. Quand elle est authentique, elle lui permet de ne pas se sentir seul. Dans cette rencontre, il doit pouvoir percevoir que ses proches «sentent quelque chose».

De leur part, la «fausse sérénité» prend vite des allures d'indifférence et fait trop mal.

Mieux vaut être capable de tomber dans les bras l'un de l'autre en larmes et de partager un ressenti spontané que de jouer un jeu de cache-cache où chacun ménage l'autre, mais aussi où personne ne voit personne.

Si cette rencontre est essentielle pour celui qui est en fin de vie, elle l'est tout autant pour les proches. **Trop de pudeur à montrer ses ressentis personnels, et trop de peur à entendre ceux de son proche en fin de vie, conduisent à se manquer**.

Le deuil qui suivra le décès sera d'autant plus douloureux qu'il n'y aura pas vraiment eu rencontre. **Il est moins douloureux de perdre quelqu'un qu'on a rencontré que quelqu'un qu'on a manqué.**

A ce sujet je vous recommande particulièrement le livre de **Marie de Hennezel «On ne s'est pas dit au revoir»** édité chez Pocket Editions et chez Robert Laffont.

Naturellement il est préférable que l'entourage lui «donne le droit de partir». Mais s'il ne le peut pas, il doit le reconnaître et jouer l'authenticité. De toute façon, par les comportements, le non verbal dit tout. Ce non verbal représente 90% de l'information qui transite entre deux individus. **Gestes, mimiques et intonations de la voix sont autant de «renseignements involontaires» donnés à l'interlocuteur qui perçoit parfaitement s'il y a incohérence entre le propos et l'attitude.**

Il vaut mieux montrer «j'ai trop de peine de te perdre» avec authenticité que de prétendre «ne t'inquiète pas pour moi ça va aller» en n'en pensant pas un mot.

Cela permet de partager ce qui est ressenti, ce qui se passe chez chacun. **Cela permet d'en parler et de faire le chemin.**

Pour celui qui va vivre un deuil, il y a aussi ces phases de déni, de révolte etc...

Lui aussi est confronté à l'invraisemblable, à l'inimaginable.

Mais pour que son deuil soit moins douloureux, il ne doit pas rater cette rencontre d'exception. Il y a lui et il y a l'autre, qui va partir. Ils ne doivent pas se manquer.

3. Le vécu des proches - Le deuil

3.1. Violence de l'événement

3.1.1. Pas si prêt que ça !

Pour celui qui reste, le moment est très fort. Ce qui se passe après la mort de l'être aimé ne correspond à rien de ce qu'il avait imaginé. Même quand il se croyait prêt ... finalement il ne se sent plus aussi prêt que ça.

Entre avant et après, plus rien n'est pareil: **même quand cette mort a pu être espérée par trop de souffrances**, par une agonie interminable, par une pathologie trop invalidante, même quand elle a été espérée, même quand elle est vécue comme une délivrance... elle est en même temps une douleur dont la force est inattendue.

3.1.2. Le choc

Le choc ressenti va souvent lancer automatiquement la **pulsion de survie**. **Une sorte d'auto anesthésie qui permet de ne pas tout de suite se rendre compte de l'ampleur de la situation**. La personne endeuillée va ainsi parfois s'occuper de mille choses à régler, d'un air détaché et presque tranquille.

Elle ne prendra conscience que plus tard de ce qui vient de se passer, que l'autre ne reviendra plus. Ce temps peut durer de quelques heures à quelques mois ou même

quelques années. Parfois même, il faut plus de dix ans pour réaliser à quel point l'autre nous a manqué!

De quelques heures à quelques décennies, il n'y a pas de règles. Parfois la conscience prend son temps pour réaliser. C'est le temps que la maturité permette d'y faire face sans trop de dégâts.

D'autres fois, la pulsion de survie ne fonctionne pas tout de suite. Des personnes vont immédiatement s'effondrer en cris et en larmes. La perception de la douleur est immédiate. La pulsion de survie ne suffit pas à anesthésier la blessure. Le déchirement s'exprime instantanément.

Puis la personne se calme, se rentre... car il faut savoir rester «digne». D'autant plus que les «encouragements» extérieures visent souvent à atténuer cette expression forte, au lieu d'en accueillir la réelle dimension.

Dans les deux cas, commence un processus de deuil dont on parle beaucoup, mais qu'on se doit de ne pas trop enfermer dans des prévisions.

Ce deuil, si souvent évoqué à tort et à travers dans des remarques du genre «il n'a pas encore fait le deuil», reste mal connu. Au fond, **c'est quoi «avoir fait le deuil»?** Ce n'est certainement pas de ne plus y penser. Cela est beaucoup plus subtil et profond et mérite qu'on y consacre quelques lignes.

Avoir fait le deuil, c'est avoir réconcilié les ruptures associées à cette perte. Ci-dessous j'évoquerai cinq de ces ruptures quasi systématiques. Ces fractures maintiennent un niveau de douleur et retardent la fin du deuil.

Les enjeux y sont **un antagonisme** entre d'une part la pulsion de survie qui **anesthésie ou compense pour tenir le coup** et d'autre part la pulsion de vie qui **préserve les ressentis cachés et les restaure afin de ne pas perdre ce qui est précieux** (c'est-à-dire ce qu'on a été et ce que l'autre a été)

3.2. La rupture physique

Dans un deuil on rencontre au moins cinq ruptures. La première est la plus évidente : c'est la **rupture par le manque physique**. On ne peut plus se parler comme avant, se tenir dans les bras, se regarder, se toucher.

Ce manque matériel de la présence de l'autre est la rupture la plus violente car **il va falloir désormais apprendre à vivre dans un monde différent, dans un monde où l'autre n'est plus physiquement là**. La fameuse phrase de Lamartine, dans son poème "L'isolement" (Méditations poétiques) , prend ici tout son sens: «un seul être vous manque et tout est dépeuplé».

Apprentissage à vivre dans un nouveau monde qui prendra plus ou moins de temps. Cela peut aller **d'un an à plus de vingt ans**. Il se peut même que le chemin ne se fasse jamais vraiment tout à fait. Mais **quand il ne se fait pas, c'est que les quatre autres ruptures n'ont pas été abordées**.

L'apaisement de la douleur du manque physique ne viendra que par la maturation de la personne en deuil. Les quatre autres ruptures, elles, peuvent être abordées en psy-

chothérapie. **Réconcilier ces quatre autres ruptures permet d'apaiser beaucoup plus vite la douleur du manque physique** et accélère le processus de maturation.

Retenons tout de même que **le manque physique ne peut faire l'objet d'une thérapie**. Il peut être dit, entendu, reconnu. Cela est extrêmement bénéfique. Mais cela ne dispense pas du nécessaire temps de maturation.

Les autres ruptures, peuvent au contraire être rapidement soulagées si elles sont thérapeutiquement bien accompagnées. Quand je dis «rapidement», cela peut se faire en quelques consultations, parfois en une seule. Il y a donc un grand décalage quant aux durées que requièrent ces différentes ruptures pour être soulagées.

3.3. Les autres ruptures

3.3.1. La rupture par la colère

Juste après la rupture par la séparation physique, vient très souvent la rupture par la colère. **Une colère contre celui qui est mort.**

Cela peut sembler curieux, car rien ne laissait présager cela. Comment peut on en vouloir à celui qu'on a aimé et qui nous manque tant ? En fait **on ne lui pardonne pas de nous avoir laissé, de nous avoir abandonné**. Cette rupture ne se produit pas toujours, mais elle est très fréquente. Parfois elle se dirigera plus vers la maladie ou la circonstance qui l'a emporté. Mais souvent, un «pourquoi ne s'est-il pas plus battu?» manifestera au moins un peu de reproche.

A partir de là **le défunt manque par son absence physique... et en plus il manque parce qu'on le rejette.**

Ces deux manques ajoutés aggravent le vide qui est ressenti.

Mais cette colère dirigée contre lui ne fait en réalité qu'exprimer notre douleur que nous n'osons pas regarder. Derrière la colère, se cache notre douleur refoulée. **C'est aussi un peu une rupture avec soi-même qui avons trop mal pour vraiment écouter ce que nous ressentons.**

3.3.2. La rupture avec sa propre colère (refoulement)

Puis, comme il ne semble pas correct d'en vouloir à un mort, cette colère est généralement vite refoulée. Il est difficile de s'avouer qu'on en veut à celui qui a souffert et qui a quitté cette vie.

Le refoulement de cette colère revient à une rupture avec soi-même.

Ce refoulement cache alors la colère qui elle-même cachait notre douleur.

On s'aperçoit ici que les ruptures s'ajoutent et que les manques s'additionnent.

3.3.3. Les ruptures antérieures au décès

Puis avant tout cela, restent en suspens d'autres ruptures. Les manques y sont sournois, souvent inconscients... mais bien réels et pesants.

Nous trouverons ici les **ruptures, les colères, les reproches qui n'ont cessés de jaloner notre vie avec celui qui est parti**, ainsi que les regrets de ne pas avoir su mieux faire. Non seulement ces rejets antérieurs de l'autre ne sont pas guéris, mais en plus, nous nous en voulons pour nos maladresses, oubliant quelles souffrances, quelles impossibilités, à cette époque, nous ont conduit à agir ainsi.

Ici aussi **s'ajoutent les ruptures avec lui, puis la culpabilité (rupture avec soi)**. Encore un nouveau pôle de manques douloureux restés en suspend.

3.3.4. Le manque par idéalisation

Cet autre type de rupture antérieure et/ou postérieure au décès est assez inattendu : **l'idéalisation**. Elle rendra le deuil difficile et aggravera le sentiment de manque.

Il est fréquent qu'un défunt soit idéalisé. Or, **c'est hélas le meilleur moyen de le perdre définitivement et de ne jamais guérir son manque**.

La fascination rend aveugle et éloigne de l'autre. Quelqu'un qui est idéalisé n'est plus rencontré, n'est jamais entendu ni considéré. **Si, autrefois, il a toujours été idéalisé, c'est un peu comme s'il n'avait jamais été rencontré**. De cette idéalisation, il résultera un manque aggravé car il est encore plus douloureux de perdre quelqu'un qu'on n'a jamais rencontré.

Ici, **le processus de réconciliation est de vraiment «entendre» l'autre**, même à titre posthume, dans ce qui a fait la réalité de sa vie, dans ce qu'ont été ses joies et ses peines, dans tout ce qui a fait son humanité.

Le «devoir de mémoire» n'est en aucun cas un devoir d'idéalisation, mais un devoir de reconnaissance de ce qu'il a vraiment été et de ce qu'il a vraiment ressenti. Que soit enfin entendu ce qu'il a porté et dont personne n'a jamais vraiment fait cas.

C'est ainsi qu'on a toujours pu penser qu'il était fort. Personne n'a jamais fait attention à sa douleur le jour où il a vécu un traumatisme. Mais aujourd'hui, on se surprend à en prendre la mesure. **La réconciliation consiste alors à imaginer qu'on lui dit: «ça y est, tu sais, je crois que je t'ai enfin entendu!»**.

Comme si à cet instant nous relevions le message laissé trop longtemps dans une boîte aux lettres jamais visitée. Comme si nous venions de précieusement recueillir cette bouteille à la mer qu'il a jetée et que personne n'avait trouvée jusqu'à aujourd'hui.

3.3.5. Le «dire» amputé

Il ne s'agit pas ici vraiment de ruptures, mais d'échanges manqués.

Tous ces désirs de communications restés silencieux par trop de pudeur. Tout ce qu'on n'a pas su se dire à temps. Tout ce que l'éducation ou le contexte ou la timidité nous a fait retenir. Tout ce qu'on aurait aimé se dire et qu'on a tu.

Naturellement il est trop tard pour le réaliser physiquement, mais **il est important, dans l'imaginaire, de faire ce dialogue manqué**.

Il est important de le placer dans sa structure psychique, en même temps qu'il est important de valider les raisons pertinentes pour lesquelles il ne pouvait se faire à l'époque.

3.4. La fin du deuil

A part la première rupture (celle par le manque de la présence physique), toutes les autres pourront s'apaiser dans des séances de psychothérapie appropriées.

L'apaisement viendra du fait que la réalité sera reconnue à tous les pôles : celle de l'endeuillé et celle du défunt. Chacun s'y trouvera reconnu et réhabilité dans la réalité de ses vécus.

Ce processus peut naturellement se faire sans psychothérapie. En réalité, un psychologue aura pour tâche d'**accompagner son patient dans ce processus de réhabilitation qu'il fait déjà.**

De façon spontanée et inconsciente, le patient est déjà dans ce processus de réhabilitation. Le thérapeute ne fait que l'accompagner dans cette démarche intérieure déjà en cours, afin de la rendre plus rapide et moins douloureuse.

La fin du deuil sera marquée par le fait qu'on se sent libre, car **on a d'un seul coup la certitude qu'on n'oubliera jamais.**

Le deuil n'est pas fini parce qu'on n'y pense plus! **Il est terminé parce qu'aucune rupture ne crée plus de distance**, parce que le sentiment de «rencontre» et de réhabilitation remplit les vides.

A partir de là, seul reste le manque physique. Il est majeur, très important. Néanmoins, ce nouvel apprentissage de vie sans la présence corporelle de l'autre peut maintenant s'accomplir plus rapidement (mais il est loin d'être instantané !)

Selon qu'il s'agit d'un deuil récent ou ancien, le résultat d'une psychothérapie comportera des différences.

Dans un deuil récent, le manque physique devra encore faire son chemin de maturation.

Par contre, quand un deuil ancien est resté douloureux, il peut s'apaiser instantanément.

J'ai vu entrer dans mon cabinet des patients ayant perdu un proche il y a plus de 15 ans et tomber en larmes comme si c'était arrivé hier. Puis, ayant accomplis les réhabilitations, reconnaissances et réconciliations nécessaires, se sentir définitivement libéré... parfois en une seule consultation.

3.4.1. Réhabilitation du dernier instant

Souvent on se préoccupe peu de **ce que le patient a ressenti psychologiquement à son dernier instant.** Aussi court soit cet instant, il est habité par un milliard de pensées et de ressentis dont l'intensité et la profondeur (en paix, en regrets ou en terreurs) dépassent tout ce qu'on peut habituellement imaginer.

Soit il y fut seul. Soit il y fut accompagné. Mais la gentillesse et la douceur qu'on a voulu y mettre ont souvent fait manquer les ressentis intimes.

Je me souviens d'un enfant de 13 ans qui, ayant perdu sa mère, fut soudain habité par la peur de la mort. Il décrivait ainsi sa peur **«si je meurs, je souffrirai trop de ne plus voir ceux que j'aime»**.

Puis en y regardant de plus près, il découvre que **ce qu'il ressentait, c'est ce que sa mère a ressenti dans ses derniers instants et que personne n'avait entendu**.

A cet instant, pensant à sa mère, il fût intimement habité par l'idée qu'il l'avait enfin entendu. Comme si elle avait **«lancé un cri en terminant sa vie»**.

Ce cri n'avait pu être recueilli par personne. Il venait juste de l'entendre. C'est comme si à partir de cet instant tout pouvait rentrer dans l'ordre. Sa peur de la mort disparut car elle n'était plus nécessaire pour "entendre" sa mère.

Je repense par exemple à cette personne tourmentée par le décès de sa grand-mère, qu'elle n'a pas connu. Cette grand-mère mourut en mettant au monde la tante de la patiente. Mais comme, entre la naissance de la mère et de la tante elle avait perdu un enfant, au moment de quitter sa vie elle était prise entre deux désirs apposés : **mourir pour retrouver l'enfant qu'elle avait perdu, ou vivre pour accueillir celui qui naît**. Ceci restait à "entendre" dans l'histoire familiale, même deux générations plus tard!

4. Humaniser l'accompagnement

4.1. La chaleur humaine

Marie de Hennezel, citée plus haut, fait sans doute partie de ces psys, trop rares, qui ont su faire la différence entre chaleur humaine et affectivité. Ne sombrant pas dans le travers de l'affectivité ils ont cependant compris qu'il **n'y a pas d'aide sans chaleur humaine**. Ils savent rester distincts sans être distants et chaleureux sans être vulnérable. Pour eux il n'y a pas de mythe de [a bonne distance](#). Ils ont compris que **la bonne distance, c'est «pas de distance du tout»**.

L'[empathie](#) ne les a pas embrouillés. Ils ont compris qu'il ne faut pas se mettre à la place de quelqu'un mais en être proche et l'entendre vraiment, lui, à la place où il est, en train de ressentir ce qu'il ressent. **Toute tentative de se mettre à sa place pour le comprendre est une hérésie qui ne conduit qu'à s'empêtrer dans son propre imaginaire à soi et éloigne de l'autre**.

Chaleur humaine et affectivité? Je ne reprendrai pas ici en détail la définition de ces **deux notions totalement différentes, mais trop souvent confondues**. Vous en trouverez le détail dans l'article « [reformulation](#) ». Cependant, si vous n'avez pas le temps de lire cet autre article, juste un petit rappel :

4.1.1. La chaleur humaine

La chaleur humaine réchauffe, elle sécurise. C'est ce qu'on dégage quand ce qu'on fait, on le fait pour l'autre. L'autre reste libre à chaque instant. Sa dignité et son auto-

nomie sont parfaitement préservées et encouragées. Le patient se sent libre, respecté et accompagné.

Il ne peut y avoir d'aide ou d'accompagnement sans chaleur humaine. **C'est une sensibilité qui garantit une juste perception de l'autre. On y est ouvert (lucide).**

4.1.2. L'affectivité

L'affectivité étouffe, elle oppresse, elle prend la liberté, elle brise l'autonomie. C'est ce qu'on dégage quand, croyant faire quelque chose pour l'autre, on le fait en réalité pour soi. On y trouve la compensation à un de nos manques. Cela nous rend alors vulnérable et non seulement ne produit aucune aide, mais en plus peut «abîmer» celui qu'on croit aider. **C'est une émotivité qui nous empêche dans notre imaginaire et qui nous coupe de l'autre. On y est alors attaché (affecté).**

En psy et en communication, **les praticiens ont généralement bien compris que l'affectivité est nuisible.** Mais **trop souvent confondue avec la chaleur humaine**, cela a malencontreusement conduit à supprimer cette dernière. Or **il ne peut y avoir de soin réel sans chaleur humaine.**

4.2. Avec ou sans spiritualité

4.2.1. Des convictions diverses

Il semble bien difficile de parler de la mort sans parler de spiritualité. Celle-ci s'exprime généralement à travers des religions qui tentent de donner un sens à la vie. Il y a des personnes pour lesquelles c'est un grand secours et il y en a d'autres à qui cela ne dit rien. Il est évidemment hors de question d'essayer de savoir qui a raison.

Mais on peut comprendre que donner **un peu de solennité en pareil moment soit essentiel** et que les cérémonies religieuses semblent le mieux satisfaire à ce critère (même en dehors de toute croyance).

D'autre part **la croyance en un au-delà après la mort adoucit parfois la souffrance tant de celui qui part que de ceux qui restent.**

Sur ce point il est fondamental de **respecter les choix, la culture, les aspirations de chacun et de ne pas intervenir avec ses propres convictions personnelles.**

4.2.2. Entre «Rien» et «Quelque chose»

Si l'on se veut respectueux, modeste et pragmatique, il est important de considérer la notion de croyance avec plus de précision.

Croire en quelque chose est une croyance. Croire en rien en est une aussi. Affirmer quoi que ce soit en l'absence de preuves est toujours une croyance. Personne n'a rapporté la preuve du quelque chose, mais personne n'a non plus apporté la preuve du rien.

Ne pas avoir prouvé qu'il y a quelque chose ne prouve pas qu'il n'y ait rien. Ne pas avoir prouvé qu'il n'y a rien ne prouve pas non plus qu'il y ait quelque chose.

Il s'agit d'un domaine qui ne fonctionne pas avec des preuves. Rien ne peut y être affirmé avec des certitudes si l'on veut rester pragmatique et respectueux.

Cela n'empêche pas chacun d'avoir ses propres convictions, ses impressions, ou **une certaine sensibilité qui porte intuitivement à se positionner** plutôt vers le quelque chose ou plutôt vers le rien.

Retenons qu'il y a deux positions : **ceux qui croient** (en quelque chose ou en rien) puis **ceux qui ne croient pas** (restant ouverts à toute éventualité).

Nous prendrons soin de **ne pas confondre celui qui croit en rien et celui qui ne croit pas. L'un est fermé, l'autre est ouvert.**

Dans tous les cas il est évident **qu'accompagner quelqu'un, c'est d'abord respecter ce qu'il ressent, ce qu'il pense, ce qui, selon lui, a l'air juste.**

Il semble pertinent de pouvoir tout entendre sans jamais tenter de ramener l'interlocuteur à nos convictions personnelles.

Pour vraiment aider ou accompagner, il est souhaitable de se sentir aussi à l'aise face à quelqu'un qui a le sentiment d'aller vers le néant, que face à quelqu'un qui a le sentiment qu'il va retrouver ses proches autrefois disparus.

4.2.3. Sensibilité incontournable

Cette neutralité n'entrave pas la sensibilité. Au contraire, elle lui permet de s'exercer avec plus de nuances et de subtilité.

Les croyances ont par contre souvent l'inconvénient majeur de diminuer fortement la capacité à percevoir. **Quand on croit (à quelque chose ou à rien), la perception de ce qui se passe se réalise à travers un à priori.** La lucidité s'en trouve très altérée.

Quand on s'attend à quelque chose, on ne voit pas ce qui se passe, si ça ne correspond pas à ce qui était prévu.

Or, **dans le deuil et dans la fin de vie, il s'agit de zones de l'existence où il n'y a pas de repères. Tout y est hors normes.** Beaucoup de choses fortes y sont perçues. Alors, toute idée préconçue détériore, surtout dans l'entourage, la capacité à percevoir.

Telle personne dira **«de toute façon, après il n'y a rien, depuis qu'il est mort, je ne ressens que du vide»**. Dans ce cas il faudra l'accompagner sur ce vide ressenti, qui peut être l'opportunité de réhabiliter et réconcilier quelques ruptures antérieures.

Telle autre dira, **«depuis qu'il est mort, j'ai l'impression qu'il est toujours là, tout près»**. Dans ce cas il conviendra de l'accompagner vers cette sensation de «tout près» qui peut être l'opportunité de «terminer» des communications inachevées.

Telle autre vous parlera de **son expérience proche de la mort qu'elle a vécue** (il y en a plus qu'on ne le croit). Le fameux tunnel, la lumière, la sensation d'être hors de son corps, de se rapprocher d'êtres bienveillants...etc. Elle a vraiment besoin qu'on entende avec sérieux ce vécu d'exception qui a changé sa vie.

Telle soignante dira :

«Quand je rentre dans la chambre d'un patient qui vient de décéder, c'est comme s'il s'y trouvait plus de présence qu'avant sa mort».

«Quand je rentre dans la chambre d'un patient qui vient de décéder, c'est comme s'il s'y trouvait plus de présence qu'avant sa mort».

L'intellect aime à tenter de rationaliser tout cela. Les mystiques, eux, aiment à envisager la version surnaturelle. En réalité pendant ces querelles stériles, il y a quelqu'un qui ressent quelque chose d'important et que personne n'écoute... et c'est cela qui est fâcheux.

Accorder valeur à ces ressentis sans pour autant les prendre comme des preuves de quoi que ce soit permet une liberté d'écoute et d'accompagnement très subtile, très efficace et très respectueuse.

4.3. Les progrès face à la douleur

4.3.1. Nous venons de loin

Longtemps on a cru que les enfants petits ne ressentaient pas la douleur... au point de réaliser des interventions chirurgicales sur eux sans anesthésie!!!

Ces vingt dernières années, les progrès ont permis au contraire de découvrir que le **système nerveux de l'enfant perçoit la douleur (influx nociceptifs) dès la 8e semaine de grossesse**. Ce sont au contraire **les mécanismes d'inhibition et de protection contre la douleur qui sont immatures jusqu'au 3e mois après la naissance** (ces quatre lignes sont extraites de l'article [La mère et l'enfant](#))

Les personnes adultes qui ne s'expriment pas ont aussi tardées à être prise en compte sur le plan de la douleur. Aujourd'hui, le protocole [Doloplus](#) est par exemple un moyen d'y remédier. Ce protocole est une bonne chose, mais il est lourd et ne peut remplacer la sensibilité du soignant attentif.

Quand un protocole tente d'objectiver quelque chose pour servir de prothèse à un manque de sensibilité, le progrès n'est que partiel.

4.3.2. Des caricatures existent encore

Trop de médecins ont du mal à prendre en compte la douleur. Pour certains il s'agit juste de maladroites fâcheuses. Mais pour quelques autres, il semblerait qu'il y ait une conscience terriblement immature.

Par exemple une équipe soignante m'évoque ce praticien hospitalier qui estime que l'éva (évaluation de la douleur) est inutile. Puis, pour se justifier, **il ajoute qu'un malade qui dit «haï!» montre qu'il a mal, c'est tout**. Une autre équipe me parle d'un médecin qui **ne veut pas calmer la cruralgie d'une patiente souffrant de neuropathologie diabétique estimant «on ne peut rien faire»**. Pire encore, dans un autre cas, face au **refus d'amputation du pied par une patiente**, un chef de service propose de **laisser sa douleur augmenter jusqu'à ce qu'elle réclame elle-même d'être amputée**.

Il ne s'agit pas d'évènements anciens... mais de circonstances actuelles rencontrées dans des services de soins.

Même s'il ne faut pas en faire des gorges chaudes et les généraliser, ces cas sont vraiment attristants et révèlent trop d'immatunité.

4.3.3. Des attitudes plus nuancées

Avec plus de délicatesse, dans une réunion d'un service de soins, le cas **d'une patiente qui se plaint d'avoir mal partout** est évoqué.

Tout le monde se préoccupe sincèrement de son cas afin de voir si on peut l'apaiser. Un des médecins dit **«Si elle dit qu'elle a mal partout, c'est probablement une douleur psy, car on n'a jamais mal partout»** Il ne dit pas cela par déni, mais par préoccupation d'un juste diagnostic. Tout aussi soucieux de la qualité du soin, son confrère ajoute, **«oui, mais si on calme (par médicament) sa douleur psy, on risque de la rendre inconsciente»**.

Or s'il s'agit d'une douleur psy (ce qui reste à établir vraiment) la solution médicamenteuse n'est pas la seule. L'écoute, la considération, la présence, la validation des ressentis... sont autant de possibilités non médicamenteuses qui peuvent ajouter avantageusement au soin... au point que le médicament soit dans ce cas diminué ou même devienne inutile.

Aujourd'hui, le regard sur la douleur se précise de plus en plus et les progrès sont immenses. Mais la prise en compte psychologique reste insuffisante. **Une ancestrale culture de la lutte en freine la progression.**

4.4. De la lutte vers l'écoute

4.4.1. Les équipes antidouleur

La prise en compte de la douleur a donné naissance à des unités mobiles de soins palliatifs apportant, dans les hôpitaux, leur aide aux patients en fin de vie. Il y a là une grande avancée.

Mais j'ai parfois aussi entendu parler **d'équipe antidouleur**. Même quand le mot «équipe antidouleur» n'est pas prononcé, l'esprit de lutte reste présent. Comme s'il fallait livrer combat!

Or cette notion de lutte contre la douleur comporte discrètement un piège: **Le positionnement contre la douleur n'est pas de même nature qu'un positionnement pour le patient.**

Au premier abord la nuance ne semble pas importante. Remarquons cependant que combattre la douleur est une chose, mais que entendre et accompagner le patient en est une autre. Le bon ordre serait d'abord le patient, ensuite sa douleur. D'autant que pour soulager sa douleur il convient de l'avoir d'abord rencontré par la parole ou par l'auscultation (de préférence par les deux).

Avoir trop l'attention sur ce qu'on combat risque de faire oublier celui pour qui on combat. **Reprenant le flambeau de la lutte contre le mal en le modernisant en lutte contre la maladie**, le risque est encore d'oublier l'individu et sa dimension de vie.

La médecine a dû apprendre à lutter contre la maladie. Elle enchaîne sa pratique par une lutte contre la douleur. Elle doit poursuivre jusqu'à s'ouvrir aux patients.

4.4.2. Vers plus de considération

Les médecins sont dans cette dynamique de respect et de considération, mais ils n'ont pas vraiment appris les aspects psychologiques de l'aide et ils sont débordés par trop de travail (souvent plus de cinquante heures par semaine).

Les soignants jouent un rôle majeur car ce sont souvent eux qui ont acquis des notions d'aide ou d'accompagnement. On trouvera aussi des bénévoles formés qui pourront, eux, consacrer plus de temps.

Les soignants ont à leur disposition de plus en plus de possibilités de formations sur l'humanisation de la fin de vie, sur la prise en compte de la douleur, sur l'accompagnement des patients et des familles. Mais eux aussi manquent de temps.

D'autre part, **les besoins en personnel sont mal définis dans les soins palliatifs**. Combien de médecins, combien d'infirmières, d'aides soignantes, de psychologues et de psychiatres faut-il compter, par patient, pour obtenir une qualité de soin satisfaisante? Une fois qu'on le sait, quel budget viendra le financer?... puis quand on a le budget, y a-t-il sur le marché de l'emploi suffisamment de praticiens disponibles pour venir le faire?

Malgré ces insuffisances et ces incertitudes, les équipes de soin se mobilisent de mieux en mieux pour répondre aux besoins du patient qui atteint le seuil de son existence.

Le patient en fin de vie et son entourage sont de moins en moins niés, de plus en plus considérés, de mieux en mieux accompagnés.

Mais d'importants progrès restent à faire.

5. Opportunité vers une nouvelle sensibilité

5.1. Le défi de la fin de vie

5.1.1. Revers du progrès, source d'évolution

Le fait de prolonger la vie est une avancée majeure de la médecine. La mort est une épreuve insoutenable, tant pour ceux qui perdent un proche, que pour ce proche lui-même découvrant que sa vie va finir.

A chaque fois qu'une vie est sauvée, c'est beaucoup de douleur évitée et d'espoirs retrouvés. Ce côté du progrès soulage vraiment l'être humain. Il est indiscutablement bénéfique.

Cependant, **cette euphorie fait vite place à de nouvelles difficultés**. Jusque là, la mort trop précoce était vécue comme une fatalité insupportable, mais au moins, **la mort décidait «elle-même» de son moment**. Dorénavant, on sait la reculer... pour souvent aboutir à un moment où l'état du patient, sa dignité, ses souffrances interrogent sur ce qu'il y a de mieux à faire. On sait maintenir un corps en vie grâce à une assistance complète... alors la frontière de la mort doit être redéfinie.

Jusqu'où un soin doit continuer? À partir d'où l'acharnement doit s'arrêter pour laisser venir la fin? L'impensable euthanasie, dans un monde où le projet est de sauver la vie, vient alors à l'esprit, et tout naturellement, les choses ne sont pas si simples. Les réponses à ces questions sont très délicates. **L'interrogation nous porte plus profondément encore sur le sens de l'existence et de sa fin.**

Ces progrès, qui nous ont permis de reculer les limites de la mort (et c'est heureux), **nous conduisent en même temps à trop souvent devoir décider un peu de cette mort**, au moins par arrêt de l'acharnement

Nous remarquons tout de suite que dans cette situation nouvelle le cœur n'est guère plus léger qu'en ces temps où il fallait simplement la subir! Nous nous trouvons devant une réflexion de vie à laquelle l'éthique peine à répondre (et la loi encore plus).

La médecine et l'humain sont ainsi projetés au-delà des pensées simplistes ou étroites. Après avoir reculé les limites de la mort, l'homme y est confronté avec plus d'acuité et se doit de rencontrer la vie avec plus de subtilité.

Il doit sortir de son imaginaire et de ses idéologies pour réellement développer une sensibilité authentique à l'autre et à lui-même.

5.1.2. L'empathie démasquée

La croyance selon laquelle, pour être chaleureux, il faut être dans l'empathie, **s'évanouit totalement dans la fin de vie**. «Ecouter quelqu'un pour comprendre ses références de pensées afin de pouvoir se mettre à sa place tout en restant soi-même» est pourtant le cheval de bataille de toute démarche de communication ou d'aide. Ce n'est pourtant qu'une illusion dans toutes les circonstances de l'existence.

On ne peut jamais se mettre à la place de quelqu'un... sous peine de ne plus être en contact qu'avec son propre imaginaire. Cela n'induit pas de la chaleur humaine, mais de l'affectivité.

En réalité, il s'agit plutôt d'écouter l'autre nous exprimer ce qu'il ressent, lui, à la place où il est. La clé, comme je l'indiquais au début de cet article, c'est d'**être distinct sans être distant**.

Etre chaleureux, ce n'est pas être à la place, mais être individualisé, proche, ouvert et plein de reconnaissance. **C'est être capable de reconnaître et de valider le ressenti que l'autre nous livre, de le considérer comme une confiance précieuse.** C'est recevoir délicatement cette confiance, **sans jamais se l'approprier, sans jamais oublier que seul notre interlocuteur en est propriétaire.**

Si vous souhaitez en savoir plus à ce sujet, ce site comporte tout un article sur [Le piège de l'empathie](#) (novembre 2000)

La fin de vie est le moment par excellence où l'on est invité à se recentrer avec modestie, pour **mieux comprendre l'autre sans jamais prétendre pouvoir se mettre à sa place. Mieux comprendre l'autre sans jamais prétendre pouvoir se mettre à sa place.**

5.1.3. Aider sans solution

Pour aider, souvent, le premier réflexe est de vouloir trouver une solution. Notre culture nous a habitués à ce tandem problème/solution. Dans le monde soignant cette pulsion à la «solutionite» est encore renforcée. La croyance est tenace, mais **la fin de vie bouscule cette attitude de pouvoir.**

Ici le chercheur de solution se trouve devant un néant insupportable. Il est amené à découvrir une autre façon d'aider, **une manière où la notion de solution n'a plus droit de cité...** car ce qu'on voudrait, c'est que la mort ne soit pas... mais elle est tout de même. Alors on doit aider autrement par une présence, une écoute, un accompagnement. C'est évidemment très déroutant!

La recherche de solution est, comme l'empathie, une croyance tenace qui est mise à mal dans ce moment extrême de l'existence. Se battre, trouver des solutions, mettre en œuvre des stratégies, mesurer les résultats... tout cela ne marche plus ici.

Même en dehors de la fin de vie, en psychologie, commencer par vouloir trouver une solution est une erreur. **Cela peut même être néfaste.**

Par exemple, si vous lisez sur ce site l'article de mars 2003 [«aider le malade alcoolique»](#), vous découvrirez qu'il ne faut pas que le projet initial soit de trouver une solution à son alcoolisme. **Le projet doit être de l'aider à accomplir une rencontre avec celui qu'il était dans les moments de sa vie qui ont rendu cet alcool nécessaire.** C'est à cette condition (de réhabilitation de la raison) que l'addiction disparaît durablement.

Le projet n'est pas une solution, mais une médiation.

La médiation, c'est une rencontre. **La solution, c'est une rupture.** Vouloir solutionner, éloigne des raisons, éloigne de ses propres sources de vie, fait rompre avec ses bases intérieures et rend instable.

D'ailleurs **le mot solution signifie «rupture».** En médecine, une fracture osseuse est désignée par l'expression «solution de continuité» pour indiquer que la continuité du segment osseux est rompue. Langage couramment utilisé en radiologie.

Aider, en psychologie, c'est permettre à celui qu'on aide de se rencontrer lui-même. Les problèmes sont souvent simplement l'expression d'une partie de lui qui attend cette rencontre. **Vouloir solutionner revient à empêcher cette rencontre de s'accomplir.**

La fin de vie est une circonstance qui sensibilise profondément à cette réalité. Une inestimable révélation nécessaire à tous ceux qui, maladroitement, cherchent à solutionner aveuglement les souffrances psy.

5.2. La dimension humaine à nu

5.2.1. Authenticité

Dans la fin de vie, les masques tombent. Tout le superficiel s'évanouit. La valeur de l'existence jaillit de façon puissante et inattendue. Statuts, masques et protocoles sociaux deviennent caducs.

Alors que notre tendance est de vivre le quotidien sans prendre la mesure de grand-chose, discutant de tout et de rien, se préoccupant exagérément de mille petites «bricoles» qui nous envahissent... **ici les valeurs changent.**

Les priorités s'inversent. Ce qui autrefois n'était même pas visible nous saute alors aux yeux. Par contre ce qui autrefois était important nous apparaît désormais dérisoire. La valeur de chaque instant nous semble tout à coup immense. La présence d'un être cher prend tout son sens.

Comment pouvons nous passer tant d'années ensemble sans nous voir vraiment pour d'un seul coup réaliser que nous risquons de nous manquer ?

Pourquoi faut-il la menace du manque pour prendre conscience de la valeur?

Pareils à des autistes bavards, nous nous côtoyons sans nous rencontrer. Tournant en rond dans notre imaginaire nous peinons à rencontrer l'autre. Ceux que nous aimons le plus ne sont pas épargnés. Nous les connaissons tellement... que nous écoutons à peine la fin de leurs phrases et ne faisons qu'imaginer leurs pensées.

La fin de vie nous rappelle à l'ordre, **nous invitait, comme le petit prince, à visiter la planète de notre voisin... et surtout à le rencontrer.**

5.2.2. Plus de vie et moins de pouvoir

Le pouvoir est très recherché, pour le pire ou pour le meilleur. Parfois, dans d'égoïstes projets, certains l'espèrent pour leur satisfaction personnelle. Par contre, **beaucoup d'autres, plus généreux, en attendent le moyen d'apporter à autrui une aide plus efficace.**

Ici aussi, en psychologie, le pouvoir est un piège. **Même pour le «bien», l'invitation au pouvoir sur autrui, sur soi ou sur des problèmes psy peut rapidement aboutir à l'inverse de ce qui est recherché.**

Cette quête de puissance est terrassée dans la fin de vie. **C'est une zone de non pouvoir absolu qui dérange ce désir compulsif de maîtriser, contrôler, résoudre.** Dans un ultime soubresaut cette stratégie du pouvoir s'exprimera dans une «lutte contre la douleur». Là on reconnaît ses marques. Mais ce qui est parfaitement juste pour la douleur physique ne l'est plus pour la douleur psychologique.

Face à la souffrance psy, il ne s'agit plus de lutter, mais de s'ouvrir, d'être sensible, d'être à l'écoute, de respecter, accompagner entendre. Il s'agit d'accepter de ne pas savoir, car en fait nous ne savons rien dans le domaine de la mort. Nous y sommes **propulsés dans une humilité forcée.**

Or l'humilité est sans doute une des clés pour aborder ce moment ultime. **Accepter de ne pas savoir pour mieux entendre.** Le rôle du non savoir, essentiel dans toute situa-

tion d'aide ou même de communication, est ici un pilier incontournable. Pour mieux explorer cette notion, vous pouvez lire sur ce site l'article [«Le non savoir source de compétence»](#) (avril 2001).

5.2.3. Une plus grande capacité à vivre (compensations, vides et plénitudes)

La fin de vie nous montre ses étapes : **déni** (anesthésie), **révolte** (colère, injustice), **marchandage** (transactions anxiolytiques), **déprime** (confrontation à l'évidence du vide) et **acceptation** (intégration, sérénité, plénitude).

Elles nous montrent en fait les étapes que nous rencontrons tout au long de notre existence. Elle nous renseigne sur **cet antagonisme où la pulsion de survie et la pulsion de vie assurent notre équilibre et notre maturation.**

La fin de vie nous sensibilise sur la **différence entre l'énergie (faire) et la vie (être).**

Elle nous renseigne sur cette pulsion qui nous habite et qui nous pousse à retrouver notre intégrité. **Notre structure psychique tend à rechercher ses parts manquantes pour les remettre à leur juste place.**

Ce que nous voyons dans la fin de vie **nous éclaire sur un mieux vivre qui peut s'accomplir tout au long de l'existence.** Ces pulsions sont probablement à l'œuvre dès notre conception.

Elle nous montre que **la déprime n'est qu'une phase de naissance permettant de passer de l'énergie à la vie**, de l'intérêt (pour les choses) à l'attention (pour les êtres). Il ne s'agit pas d'y décoder une promesse d'éternité, mais plus simplement une meilleure aptitude à vivre le présent. En plus de l'article de juin 2001 sur la [dépression](#), vous pouvez lire à ce sujet l'article de mars 2001 sur l'affirmation de soi: "[Un quelqu'un en habit de personne](#)"

La déprime précède la phase d'intégration qui conduit à se réapproprier les parts manquantes de soi. Le sentiment de vide est nécessaire pour s'interroger sur ce qui manque et porter son attention dessus, puis le placer en soi. Pour plus de détails sur ce point vous trouverez dans ce site l'article [dépression et suicide](#) (juin 2001) qui détaille la façon de traverser cette phase sans cataclysmes.

5.2.4. HUMANISATION Simplicité de la rencontre

Loin des théories et des solutions, dans ce dépouillement, seule la simplicité permet la rencontre. Toute réflexion théorique ou application de techniques psychologiques semblent ici bien dérisoires.

La rencontre avec la personne en fin de vie, et son accompagnement, se feront sur un mode de sensibilité, d'authenticité, d'humilité et de confiance.

Sur ce plan, il ne peut s'agir simplement de compréhensions intellectuelles, ni de compétences techniques.

Même sans formation, le plus simple et le plus évident ne doit pas échapper. **La qualité du non savoir et l'humilité restent des guides majeurs.**

Parfois une personne peut annoncer des choses étonnantes. Un patient appelle car **il voit de l'eau monter dans sa chambre**. Il a très peur. La soignante vient et l'invite à décrire cette eau qu'il voit et qu'elle ne voit pas. La lui décrivant, il la trouve de plus en plus douce, lumineuse, dorée et confortable. **Il s'apaise. Cet homme est décédé quelques heures plus tard.**

Je vous cite cet exemple pour vous montrer qu'il convient de rester simple et d'avoir confiance dans le patient. Ne pas avoir peur d'aller vers lui. Rester sans a priori. Juste avoir confiance et l'accompagner vers lui-même en respectant ses ressentis, même quand ceux-ci nous étonnent.

Rappelez vous, **il ne s'agit pas de solutions, mais de rencontres et d'ouverture d'esprit** loin des théories et des croyances.

5.2.5. Ultime proximité

Cette rencontre se fait avant la mort, mais **il semblerait juste qu'elle puisse se poursuivre après**. Je veux dire par là que **les proches doivent bénéficier d'un temps près du défunt s'ils le souhaitent**.

Que ce soit à l'hôpital, dans une chambre funéraire ou à la maison, ce temps permet de réaliser une transition entre **la mort, la mise en bière et l'enterrement**.

Ces autres phases sont délicates aussi et il semble avantageux que les proches puissent rester suffisamment longtemps avec lui.

Quand cela est possible, un retour du corps à la maison semble la meilleure solution afin de donner à chacun un temps que l'institution hospitalière ne peut offrir. Un, deux ou trois jours seront souhaitables.

Chacun y dira ses dernières paroles, y fera ses derniers *au revoir*, y donnera ses derniers baisers. Chacun prendra le temps de lui laisser un objet de son choix (si tel est son souhait) Chacun pourra pudiquement y réaliser le rituel de son choix par sa présence silencieuse, un chant, une prière ou toute autre chose.

Ce temps d'intimité est indispensable. Même s'il est court, il doit pouvoir exister.

5.2.6. Ultime regard

Je ne pouvais terminer cet article sans évoquer ce temps juste après la mort. Pas le deuil, que j'ai abordé plus haut, mais ce qui suit immédiatement le décès. La mort est un moment extrême pour l'entourage. Ce qui suit juste après est également très fort.

La mise en bière est un moment souvent très difficile qui vient s'ajouter au décès proprement dit... notamment à la fermeture du cercueil. Ce moment délicat, trop souvent traumatisant, mérite un regard spécial pour laisser une impression plus douce et plus légère.

Si cela peut être ressenti comme une aide, je vous invite à **considérer que ce corps est l'outil par lequel le défunt a partagé tant de choses durant sa vie**.

Cet outil est si précieux qu'on le met dans un coffre comme l'outil d'un bon artisan qui a engendré tant de chefs d'œuvres.

Cet outil, qui fut son prolongement, est mis précieusement dans ce coffre pour l'honorer de ce qu'il lui permet de réaliser au cours de son existence.

Puis ce coffre est mis en terre. **C'est ce qu'on ferait pour un trésor infiniment précieux qu'on veut préserver.**

5.2.7. « A chaque souffle qui touchera notre cœur »

Pour certains, la crémation a été choisie. Or la crémation peut être plus douloureuse encore, pour ceux qui restent. **Perdre la forme du corps est un coup brutal supplémentaire** qui pour beaucoup de personnes arrive trop tôt. Il n'est pas possible techniquement de le différer, mais ce serait certainement préférable.

Afin d'apporter une modeste contribution à l'adoucissement d'une telle situation, je vous propose le texte ci-dessous que j'ai écrit pour une personne proche:

Des mots de lumière
Chantent la paix que tu nous as donnée.

En s'élevant de la terre
Tu viens de nous les rappeler.

Les mots que tu nous as offerts
Résonnent dans nos cœurs et nos âmes,
Ceux de l'amie, de l'épouse et de la mère...
Mais aussi ceux de la femme éclairée.

Tu offres ce délicat chemin d'amour
Avec tant de générosité
Que par ta vie, tes actes et tes cours
Nous sommes aujourd'hui comblés.

Sommes-nous donc insatiables
Quand nous avons du regret ?
N'est-ce pas légitime de rêver
Que ça aurait pu encore un peu durer !

Mais...
Ce corps par lequel tes enfants ont touché la terre,
Ce corps par lequel nous t'avons connue...
Ce corps par lequel nous avons reçu...
Tu le rends à la lumière.

Tu as souhaité ce feu d'amour
Qui va le restituer à la source.

De ce feu il pourra rejaillir
Et devenir multitude.
Chaque grain y portera l'espoir :

Une infinité d'espoir offerte à chacun,
Une infinité d'espoir offerte aux tiens.

Chaque grain, aussi léger que le vent,
Contiendra l'immensité de ton amour.
Alors à chaque souffle qui touchera notre cœur
Nous sentirons se lever le jour.

Nous recevrons comme un délicieux cadeau
Ce clin d'œil d'éternité
Une brise de présence et nous te saurons ici
A tout jamais, en nous, tu es en vie.

Thierry Tournebise

5.2.8. Où est passée la vie?

Pour certains, le défunt existe encore en un autre monde. La vie après la mort devient alors un réconfort dans lequel se loge un espoir et parfois le profond sentiment qu'il est toujours là.

Pour d'autres, ici, la vie s'est totalement terminée. Même dans ce cas, celui que fut le défunt dans sa vie existe encore en nous. **Il fait partie de notre structure psychique.**

D'ailleurs **le deuil sera terminé quand il y aura pleinement trouvé sa place et que nous serons certains de ne jamais l'oublier.**

Les deux éventualités citées ci-dessus ne sont pas incompatibles entre elles.

Aidant des personnes en deuil j'ai remarqué à quel point, en abordant une thérapie ils craignent qu'on efface en eux le souvenir de leur défunt. Naturellement je les aide plutôt à accomplir les réconciliations décrites dans cet article, et à partir de là **ils n'ont plus de pensées obsessionnelles, en même temps qu'ils peuvent y penser sans douleur.**

Thierry TOURNEBISE

6. ANNEXES

6.1. Annexe I

Une lectrice du site, avant la publication de cet article m'a adressé un courrier racontant l'histoire de sa pathologie et de sa récurrence. Elle nous y livre ce qu'elle a vécu, l'attitude de son entourage, ce qu'elle en attend et ce qu'elle conseille aux proches trop souvent maladroits.

Line, atteinte d'une pathologie grave dont l'issue peut être fatale, m'a fait cadeau de ce texte après avoir pris connaissance de mon site. Je l'en remercie et avec son accord, je vous le propose.

Entre surprise, révolte et espoir elle y décrit une période de combat mal comprise. Entre certitudes et effondrement, elle essaye de se tenir debout. Peut-être peut-elle réussir? Dans tous les cas elle explique bien que le traitement médical à lui seul ne peut tout faire.

Elle décrit la difficulté de trouver un soutien dans l'entourage familial ou médical et nous décrit ce qu'elle souhaiterait. Elle a trouvé des aides de la part de gens auxquels elle ne pensait pas. Nous trouverons trois étapes dans son propos :

1 État de la situation- Quand la maladie, puis sa récurrence surgissent d'un seul coup.

2 La "bonne parole- Ce qu'il ne faut pas dire à celui qui vit cette situation

3 Le bon geste- L'attitude souhaitée, tellement attendue

6.1.1. État de la situation

L'été dernier, je marchais sur une belle rue ensoleillée, grouillante de rendez-vous, de clients, de défis. **Ma micro-entreprise roulait très bien, la vie de famille était correcte et j'avais des projets plein la tête.** Soudain, je suis tombée dans un grand trou très profond, très noir, très humide et tout gluant. J'étais seule là-dedans, tout au fond, et j'ai vite réalisé que si je voulais m'en sortir, il fallait que je le fasse moi-même, à bout de bras.

J'ai relevé la tête vers la lumière cherchant qui était là pour m'aider, pour me lancer des cordes, pour me dire comment me placer les pieds et les mains, pour me dire de ne pas lâcher...J'y ai vite reconnu mon époux, mes 2 grands enfants, ma sœur, du personnel médical compétent, des amies très chères et de précieux voisins.

Ce **premier diagnostic de cancer au côlon allait changer ma vie pour toujours.** L'opération pour enlever une tumeur de 4 cm a eu lieu le 6 août 2001 puis les traitements de chimiothérapie ont débuté le 27 août pour se terminer le 18 janvier 2002. On m'avait joyeusement annoncé une rémission. **Oui, je m'étais bravement sortie du trou.** J'allais pouvoir repartir l'entreprise en mars 2002. Mes clients avec qui j'avais des contrats signés avaient promis qu'ils m'attendraient, peu importe le temps.

Le 15 février 2002, lors d'un examen de contrôle, on m'annonce platement que j'avais **2 taches suspectes sur le foie. Seconde chute dans un autre trou noir**, cette fois en chute contrôlée car je savais un peu plus à quoi m'attendre. Je relève encore une fois la tête vers la lumière et j'aperçois que les mêmes personnes qui étaient là lors du premier diagnostic sont encore présentes toutes prêtes à m'aider encore et encore. « On ne te lâchera pas ! » m'ont-ils lancé fermement. J'ai dû saborder mon entreprise. Je me suis sentie tel un commandant de la marine qui s'arrache lui-même ses galons hautement mérités, après presque 7 années de durs défis d'affaires.

Je suis maintenant devenue une CAPT, une combattante à plein temps ! Je vais donc me sortir une autre fois de ce trou merdeux et me débarrasser de ce 2^e cancer qui s'est effrontément implanté au foie, malgré la chimio. La chirurgie est prévue pour le 23 mai 2002. Après, je ne sais pas vraiment ce qui m'attend.

J'écris ce texte à l'intention de ceux et celles qui ont cessé de me parler, de me regarder, qui m'ont condamnée et exclue dès l'annonce du premier diagnostic de cancer. Nous nous connaissions pourtant depuis près de 28 ans et vous m'avez fait disparaître d'un seul coup de votre vie, comme si j'avais apporté une maladie honteuse dans votre clan. Belle-famille, beaux-frères et belles-sœurs, pourquoi m'avez-vous abandonnée ? Deux fois, lors de réunions familiales récentes, j'avais espéré un petit mot d'encouragement, une accolade, une poignée de main, je me suis retrouvée isolée, comme mise en quarantaine.

Quand vous me regardiez, vous dirigiez votre regard au-dessus de moi pour éviter mes yeux qui n'étaient pas du tout larmoyants pourtant. J'avais l'impression d'être une entité transparente flottant parmi vous. Puisque j'étais condamnée, je n'avais à vos yeux plus de projets, plus de travail, plus d'avenir. Il n'y avait donc plus de sujet de discussion possible entre vous et moi. Un instant même, j'ai crains que vos plus jeunes enfants, mes neveux et nièces s'enfuient de moi, croyant attraper « ma maladie ».

Cette souffrance que m'a causée votre excommunication à mon égard a été plus douloureuse que la maladie elle-même. Mon mari, qui est votre fils et votre frère, a souffert aussi de votre indifférence. Il ne l'avouera pas cependant. Il a bien tenté de m'expliquer que c'était parce que vous m'aimiez trop...Je n'ai pas compris ce genre d'amour muet, invisible, esquivé. Pas de téléphone, pas de courriel, pas de cartes, pas de visite. Rien ! Vous avez décidé de faire un front commun familial et d'attendre que le tout redevienne « normal » pour reprendre contact. Je ne redeviendrai plus jamais la même personne et je ne sais même pas si je vais guérir complètement. Alors, vous ne me reparlerez plus jamais ?

Je veux bien croire que vous n'avez pas voulu être méchants. Vous avez été pris au dépourvu, vous avez manqué de tact et de politesse et surtout de courage. **Aujourd'hui, j'ai transcendé cette plaie d'abandon qui me réveillait souvent la nuit et qui me faisait pleurer.** Quand un tel drame s'abat sur nous, que la foudre frappe ainsi notre maison, **les premières personnes que l'on souhaite voir nous entourer ce sont les membres de notre famille immédiate. J'ai été chanceuse de pouvoir vous remplacer par des voisins, des amies, et des contacts d'affaires.**

Une seule belle-sœur a eu le courage de me téléphoner à toutes les semaines pour sans doute prendre et vous transmettre les nouvelles à vous qui êtes devenus comme des « voyeurs-auditifs ». **Vous êtes là, attendant, semaine après semaine, comme à**

l'écoute d'un télé-feuilleton, la suite de ma saga médicale, mes hauts et mes bas, mes petites victoires et parfois mon écœurement le plus total. Quand belle-maman téléphone, comme à tous les dimanches matins, depuis des années...elle doit espérer que ce ne soit pas moi qui réponde car elle ne sait pas quoi me dire. Elle s'entretient donc de mon « cas » avec son fils.

Je sais maintenant que d'autres combattants vivent et souffrent de ce cruel isolement social et familial. J'écris ce texte pour aider ceux et celles qui paralysent, qui répriment leurs paroles et leurs gestes amicaux quand ils rencontrent un combattant de quelque maladie grave.

Ne croyez jamais que seul le traitement médical, peut sauver un combattant. Dans les hôpitaux, on donne vite la piqûre, la pilule, le traitement. Malheureusement le personnel médical, aussi dévoué et empathique soit-il n'a plus le temps de nous tenir la main, d'essuyer nos larmes et surtout de nous écouter et nous reconforter.

Il faut absolument que d'autres humains, tels que vous, prennent la relève. La survie du combattant en dépend. Voici comment, selon mon expérience personnelle, vous pouvez l'aider à gagner son combat.

6.1.2. La bonne parole

Ne dites pas au combattant ou à la combattante :

« T'as pas l'air malade ! » C'est un peu comme si vous mettiez en doute la véracité de l'état médical pourtant très sérieux du combattant. Celui-ci voudra sans doute motiver et expliquer son état, ce qui est inutile en plus d'être humiliant. Le cancer est une maladie sournoise et silencieuse. Les traces de cette maladie vont marquer le visage bien plus tard. Personnellement, j'ai toujours porté une attention particulière à l'image corporelle que je projetais car je ne veux absolument pas me faire prendre en pitié.

« Je sais ce que tu ressens ! » Si vous n'avez pas passé par-là, vous ne pouvez pas le savoir du tout.

« Je suis très débordé au bureau, mais je t'appelle quand même ! » Et vous lui racontez tous vos petits malheurs d'employé ou encore tous vos petits bobos personnels ainsi que les bobos de vos enfants avec tous les détails par ordre chronologique.

« J'ai connu M. Untel et Mme Chose qui ont eu le cancer... » Vous défilez tout le pedigree de chacune des personnes que vous connaissez qui sont mortes du cancer ! Tant qu'à faire, découpez-lui la chronique nécrologique de quelques journaux !

« Pour le cancer, tout se passe dans le mental ... c'est 10% de médecine et 90% entre les deux oreilles ! » Cette phrase est tellement absurde et ridicule qu'elle ne vaut pas la peine d'être commentée plus en profondeur. Pourtant, plusieurs personnes paraissant intelligentes la répètent souvent. Avez-vous réfléchi un seul instant que si cette affirmation était véridique, combien les coûts médicaux de nos hôpitaux seraient bas...

« M. Jo Bine, atteint de cancer généralisé s'est lui-même guéri à force de rire ! » Une autre affirmation du même type que la précédente. Quel vidéo faut-il regarder 10 fois ? Les Boys ? Ou certains discours politiques ?

« Je t'envoie des ondes positives ! » Vous prenez -vous pour la tour du CN de Toronto ou pour votre four à micro-onde ? Vous expédiez rapidement un devoir d'amitié dans cette phrase vide de sens. Rien ne remplacera une vraie communication verbale ou écrite, parole à parole, cœur à cœur. Ainsi, vous serez certain que le message s'est bien rendu.

« Le voisin s'est commandé sur Internet tout plein de médicaments qui guérissent le cancer ! Tu devrais faire comme lui ! » Oui, très certainement à coup de centaines et de milliers de dollars américains, sans connaître l'origine et la composition de ces pilules miracles !

« Tu devrais essayer ce traitement parallèle, alternatif, doux, underground ou extra-terrestre...Si vous n'y connaissez rien, alors n'insistez pas pour que le combattant se lance à corps perdu dans toutes sortes d'autres voies qui souvent deviennent des impasses quand ce ne sont pas carrément des impostures. Il y perdra sa précieuse énergie, ses espoirs, et son argent.

Apprenez plutôt ces phrases, par cœur, justement parce que vous avez du cœur et de la sensibilité et prononcez-les en regardant le combattant ou la combattante droit dans les yeux. Si, en plus, vous êtes capable de lui tenir la main ou de l'entourer dans vos bras vous franchirez une limite et vous passerez immédiatement dans une autre dimension. La dimension de la précieuse chaleur humaine, de la véritable communication et de l'amitié sincère. Vous deviendrez un adulte accompli car vous vous serez libéré de vos premières émotions d'enfant et de votre ridicule timidité d'adolescent.

« J'ai appris ce qui t'arrive et j'en suis très peiné ». C'est LA phrase la plus simple, la plus complète et la plus amicale que vous puissiez dire ou écrire.

« Je sais que ton combat sera long, mais je veux que tu saches que je suis à tes côtés dans la mesure de mes moyens et de mes possibilités ». Cette phrase est réconfortante et sans détour. Ainsi vous offrez votre aide mais sans insister. Vous devenez pour le combattant un ange amical qui saura apparaître en cas de besoin.

« J'aimerais faire quelque chose pour toi, ta famille, ton conjoint, tes enfants et j'aimerais que tu me dises ce que je peux faire pour vous aider dans votre combat ». Cette phrase est tout aussi agréable à entendre pour le combattant que la précédente.

« Je suis là, au bout du fil quand tu veux. » Cette offre, toute douce, toute timide est quand même sincère et appréciée par le combattant.

« Je peux venir prendre un café avec toi certains après midis ». Encore- là, une offre très sympathique qui met du baume sur le cœur du combattant et qui comblera sa solitude.

« Je peux t'accompagner pour tes traitements ou tes examens...je ne connais pas comment cela se passe mais tu va m'expliquer et je vais aller avec toi. » Ceci exige un réel engagement de votre part. Il ne suffit pas de conduire le combattant à l'hôpital et d'aller le chercher une heure après. Vous ne pouvez imaginer le bien-être que cela procure d'avoir quelqu'un qui nous soutient le bras quand on est à jeun depuis plusieurs heures et qu'il faut s'y retrouver dans les dédales du complexe hospitalier, se promener d'un étage à l'autre sans défaillir, d'essayer de bien comprendre ce que le pro de la santé tente de nous expliquer dans son jargon, on devient vite très nerveux et très fatigué.

Le simple fait de ne pas avoir à conduire l'automobile, de ne pas se préoccuper du stationnement et surtout d'avoir quelqu'un d'amical qui nous ramène tout en douceur chez soi et qui pousse peut-être la gentillesse à nous préparer un petit repas sympa parce qu'il aura pensé à emporter la nourriture. Cela devient un cadeau inespéré et précieux pour le combattant ou la combattante.

« Je peux te préparer quelques repas pour toi et ta famille quand tu auras tes nausées à cause des traitements de chimio et que tu ne pourras pas cuisiner » ou encore « Je vais m'occuper de tes enfants quand ils reviennent de l'école durant ta semaine de chimio. » Cet engagement est vraiment un cadeau inestimable pour le combattant et sa famille.

« Je peux t'accompagner pour t'aider à t'acheter des vêtements. » Voilà un autre cadeau très précieux.

« Je vais prendre chez moi tes enfants certains week-ends pour que vous puissiez vous retrouver en couple » ou encore « On va sortir ton conjoint ou ta conjointe pour lui changer les idées un peu...pendant ce temps tu peux te reposer, on revient dans quelques heures ! » Votre degré d'amitié est certes très élevé envers le combattant et votre cœur est très noble et généreux.

6.1.3. Le bon geste

Si vous êtes un membre de la famille ou un ami mais que vous habitez trop loin pour assurer une présence continue et régulière auprès du combattant, vous pouvez quand même faire quelque chose de concret. Bien sûr, le téléphone demeure votre premier lien mais rendre une courte visite de temps en temps ou du moins écrire, par la poste ou par courriel régulièrement, vous permettra d'être à l'écoute de ses états d'âme et de partager un peu le fardeau de son combat quotidien.

Vous pouvez penser à **lui offrir un abonnement à une revue** qui convient à ses intérêts par exemple. Ainsi, durant ses périodes de repos obligatoires, une bonne lecture intéressante rendra la journée plus courte et le combattant pensera à vous et à votre petit geste amical.

Quelques amies formidables **m'ont fait livrer une boîte à fleur qui servait en fait de panier rempli de dizaines de surprises**. Disques, huiles et crèmes parfumées, pantoufles, confitures, objets décoratifs, etc. La réception et le déballage de cet envoi fut un moment très intense pour moi que je n'oublierai jamais. Il faut laisser aller votre originalité et votre créativité.

Un autre geste qui serait sans doute très apprécié de votre part si le combattant connaît déjà ce type de traitement plus doux. Quelques rapides recherches vous permettront de **décélérer un institut de massages thérapeutiques** et de commander par téléphone des certificats cadeaux que vous expédieriez dans une carte de vœux de prompts rétablissements.

Au lieu de faire livrer un énorme bouquet de fleurs seulement quand le combattant est hospitalisé, pourquoi ne pas **lui faire parvenir un petit bouquet durant les semaines de traitements** ou lors d'un examen particulièrement important ? Vous savez qu'à l'hôpital, l'espace est restreint pour entreposer les bouquets dans la chambrette et sou-

vent, bien que fort joli et agréable à regarder le pot de fleurs devient vite encombrant d'autant plus que souvent, abruti par l'anesthésie, le combattant n'est pas en état d'en apprécier tout le charme.

Si le combattant ou la combattante a de jeunes enfants, **vous pouvez proposer de garder les enfants à l'occasion**. Si vous vous sentez plus à l'aise dans le ménage, **un petit coup d'aspirateur et d'époussetage est toujours apprécié** par une personne qui voit bien la saleté s'accumuler mais n'est pas en mesure de la faire disparaître parce qu'elle est trop faible.

Personnellement, j'ai été ébahie et très touchée des gestes de support de mon voisinage. **Certains m'ont prise dans leurs bras pour m'assurer de leur aide constante, d'autres m'ont accompagnée à l'hôpital, certaines voisines ont marché avec moi lors de mes promenades matinales, d'autres m'ont offert de la bonne soupe maison**, des muffins, des fleurs et beaucoup **beaucoup de paroles affectueuses et d'encouragements sur une base très régulière et constante**. Certaines voisines et amies spécialisées dans les médecines douces et alternatives ont recherché pour moi ce qui était le meilleur à prendre pour améliorer ma santé. Cela donne de l'énergie et une raison de continuer à combattre parce que je reçois constamment le témoignage que je vaudrais la peine de continuer à vivre malgré toutes ces difficultés.

Si vous me rencontrez, je m'attends à ce que vous me considériez encore comme une personne entière en pleine possession de mes capacités mentales et physiques. Mon cerveau, mon cœur et mon âme ne sont pas atteints ! Je ne suis pas alitée en permanence, ni figée dans la terreur et l'anxiété.

Certains jours, ma confiance en moi est peut-être diminuée et mon degré d'énergie tombe à plat. **L'émotivité m'envahit souvent, les larmes veulent venir, comme une montée de lait, surtout vers la fin de la journée**. Je veux rester digne, sans abattement perpétuel. J'ai choisi de combattre le dragon, avec les moyens et les ressources que je connais et que d'autres personnes ont bien voulu mettre à ma portée. **Je veux que vous me considériez comme une personne humaine complète, intelligente et créative encore en train de construire un avenir parmi vous**.

6.2. Annexe II

Une lettre d'élève infirmière en fin de vie. Nous devons sa publication à Production Yves Gineste et Rosette Marescotti, CEC.87220 Eyjeaux- France. Ils sont fondateurs d'une approche délicate et humanisée des soins et du touché chez les personnes âgées, que je vous invite à découvrir sur leur site: <http://www.cec-formation.net> Le choix de publier cette lettre me semble généreux de leur part et parfaitement indispensable à toutes personnes soignantes.

La lettre :

J'ai peur !

"Je suis élève infirmière et je vais mourir.

J'écris cette lettre à vous toutes qui vous préparez à devenir infirmière, dans l'espoir de vous faire partager ce que je ressens, afin qu'un jour vous soyez peut-être mieux capables d'aider les mourants.

J'ai encore à vivre entre un et six mois, un an peut-être, mais **personne n'aime aborder ce sujet. Je me trouve donc en face d'un mur solide et désert qui est tout ce qui me reste.** Le personnel ne veut pas voir le malade mourant en temps que personne et par conséquent ne peut communiquer avec moi. Je suis le symbole de votre peur, quelle qu'elle soit, de votre peur de ce que nous savons que nous devons tous affronter un jour.

Vous vous glissez dans ma chambre pour me porter mes médicaments ou prendre ma tension, et vous vous éclipez une fois votre tâche accomplie.

Est-ce parce que je suis élève infirmière ou simplement est-ce en tant qu'être humain que j'ai conscience de votre peur et sais que votre peur accroît la mienne ?

De quoi donc avez-vous peur ?

C'est moi qui meurt.

J'ai conscience de votre malaise mais je ne sais que dire ni que faire. Mais je vous prie de m'en croire, si vous vous souciez de moi, vous ne pouvez me faire de mal. Admettez seulement que vous avez ce souci : je n'ai besoin de rien d'autre. Ne vous sauvez pas. Patientez. Tout ce que j'ai besoin de savoir, c'est qu'il y aura quelqu'un pour me tenir la main quand j'en aurai besoin.

J'ai peur.

Peut-être êtes vous blasés sur la mort: pour moi, c'est nouveau.

Mourir, ça ne m'est jamais arrivé.

C'est en quelque sorte l'occasion unique. **Vous parlez de ma jeunesse, mais quand on est en train de mourir, on n'est plus tellement jeune.** Il y a des choses dont j'aimerais parler: ça ne vous prendrait pas tellement de temps, de toute façon vous en passez pas mal dans la maison. **Si seulement nous osions avouer où nous en sommes et admettre, vous comme moi, nos peurs.** Est-ce que vraiment cela vous ferait déchoir de votre précieuse compétence professionnelle ? **Est-il vraiment exclu que nous communiquions comme des personnes de façon qu'à l'heure où se sera mon tour de mourir à l'hôpital, j'ai auprès de moi des amis ?** ¹⁷

¹⁷ Lettre disponible sur la page Web: <http://www.cec-formation.net/jevaimmourir.html> sur le site <http://www.cec-formation.net/index.htm> Mention sur leur page web, applicable pour cette lettre: La Méthodologie des soins Gineste-Marecotti est protégée en France et à l'étranger. La reproduction des articles est strictement interdite sans l'accord écrit de Yves Gineste et Rosette Marescotti, et doit porter, quand elle est autorisée, la mention: Production Yves Gineste et Rosette Marescotti, CEC.87220 Eyjeaux- France, <http://www.cec-formation.net>.

Alzheimer

Démences ou pertinenances

Thierry TOURNEBISE

Les spécialistes prévoient que la maladie d'Alzheimer menace de toucher quatre fois plus de monde d'ici à 2050. Malheureusement, ce sujet est trop souvent abordé sous l'angle unique d'une maladie passive, subie comme une malchance inéluctable, comme une pathologie incurable... à laquelle la réponse médicamenteuse serait le seul éventuel espoir.

Tous les avis méritent d'être pris en compte, mais j'ai eu à cœur ici de vous proposer un regard différent sur ce thème. Quelques praticiens renommés, psychiatres ou psychologues, remettent en cause cette fatalité de l'incurabilité, et même jusqu'à la nature du diagnostique. Ces remises en cause concernent tant le phénomène psychologique que le phénomène neurologique, et surtout ce qui les relie entre eux. Nous verrons aussi que les moyens d'accompagnement peuvent être abordés avec de nouvelles subtilités.

Décembre 2009 [© *copyright* Thierry TOURNEBISE](#)

2011 pour cette version PDF

14. Quelques regards sur la psyché et la maladie mentale

La démence est une sorte de « démentalisation ». C'est la « perte de mental », (de *dé* privatif et *mens, mentis*, mental, esprit, intelligence). Ainsi, le mot signifie qu'il y a eu une perte de l'esprit. Pourtant, celui qui n'a plus ses facultés mentales, ou du moins celui chez qui celles-ci sont profondément altérées, est-il victime d'une maladie ou bien poursuit-il une stratégie pertinente pour gérer des souffrances psychologiques qui l'habitent ? Est-ce juste la conséquence d'une perte, ou bien celle d'une stratégie mise en œuvre avec justesse pour moins souffrir ? Où est la cause et où est la conséquence (y compris sur le plan des dégâts neurologiques) ? Il y a là une possibilité qu'il convient de ne pas négliger et sur laquelle le psychiatre Jean Maisondieu insiste particulièrement.

14.1. Philippe Pinel

Déjà en 1800, concernant ceux qui ont perdu la raison, l'aliéniste Philippe Pinel (1745-1826) bouleversa les approches traditionnelles de l'époque en invitant à ne plus parler de fous, car fol signifiait « soufflet vide, outre vide, ballot sans contenu ». Il nous dit, que ces patients ne sont pas vides mais seulement « devenus étrangers à eux-mêmes », c'est pourquoi il proposera de parler d'aliénés et non plus de fous (« aliène » signifiant simplement « étranger »).

14.2. Eugène Bleuler

Puis Eugène Bleuler (1857-1939) introduisit le terme de schizophrénie pour parler de certaines maladies psychiques (démence précoce) où l'esprit semble s'être « séparé ». Le mot vient du grec schizein signifiant fractionnement et phrèn désignant l'esprit... en quelque sorte « un soi séparé ».

Nous remarquerons aussi que le mot paranoïa (du grec pará « à côté » et noûs « esprit ») signifie en quelque sorte « à côté de soi ».

14.3. Abraham Maslow

Abraham Maslow (1908 - 1970), de son côté, n'aime pas tellement ni les mots « thérapie » et « patient », ni les nosographies répertoriant les psychopathologies : « Je déteste le modèle médical qu'ils impliquent parce qu'ils présupposent que la personne qui vient consulter est malade, assaillie par la maladie, en quête de guérison. Nous espérons vraiment, bien entendu, que le conseiller sera celui qui pourra favoriser l'accomplissement des individus plutôt que celui qui aidera à guérir d'une maladie » (Maslow, 2006, p.72-73). Même s'il ne parle pas ici de démences, son regard est particulièrement intéressant concernant la maladie mentale. En effet il développe-

ra l'idée de psychopathologies causées plus par des carences existentielles que par des encombrements ou des dysfonctionnements de la psyché.

14.4. Jean Maisondieu

De nos jours, Jean Maisondieu qui a beaucoup écrit sur la démence, dit que hélas **« Le dément est considéré comme un insensé avant même d'ouvrir la bouche »**. (2001, p.69). Ceci est à rapprocher des remarques de son confrère Pierre Charazac (2009), concernant le rôle de la perte d'identité dans la genèse de la maladie d'Alzheimer : nous voyons là que l'entourage soignant peut jouer un rôle majeur.

Maisondieu dénonce même le manque de rigueur des « scientifiques » qui affirment arbitrairement que la démence est irréversible **« Dire que la démence est irréversible par définition, c'est vouloir qu'elle soit ainsi [...] La première chose à faire est de détruire la définition ; à elle seule, elle est capable de fabriquer tout ou partie de la symptomatologie dont elle est sensée rendre compte »** (ibid.p.56). **« Si on se contente de penser en termes de maladie, on ne peut plus creuser qu'un seul sillon étiologique »** (ibid, p.16).

Voici donc quelques pensées qui tendent à ouvrir notre regard dans le domaine de la maladie psychique et de la démence, afin de découvrir l'éventualité d'autres possibilités.

14.5. Aloïs Alzheimer

Quand Aloïs Alzheimer (1864-1915) découvrit la maladie qui aujourd'hui porte son nom (ce qui fut une façon de rebaptiser ce qu'on appelait « démence sénile » se différenciant de ce qu'on appelait « démence précoce »), il ne se doutait sans doute pas de l'ampleur actuelle du phénomène. Cette pathologie semble flamber comme le « mal du siècle » et sème plus ou moins la terreur dans les esprits. Les calculs prévoient quatre fois plus de personnes atteintes d'ici 2050 !

Dans ce contexte tout regard innovant est bien venu et tout dogmatisme est dangereux. Nous garderons à l'esprit que le plus important restera le résultat obtenu et qu'il serait pitoyable de défendre des théories, juste pour satisfaire l'intellect.

15. Recherches étiologiques de la démence

15.1. L'état physiologique

Le spécialiste peut trouver des lésions neurologiques, des plaques séniles, des micro-lésions touchant les neurones. Il constate alors une mort de parties plus ou moins grandes du tissu cérébral. Il y aura aussi l'observation de troubles circulatoires, celle d'un cerveau dont la consommation en oxygène baisse. Il trouvera aussi des déficits de substances neuromédiatrices.

Traditionnellement, la démence est estimée comme résultant de pertes de neurones ou de substance (Ploton, 2009, p.p. 24-27).

Pourtant, Pierre Charazac nous interpelle sur un point qu'il convient de ne pas oublier : **« Il n'est pas discutable que certains phénomènes psychiques soient en lien direct**

avec des altérations neuro-anatomiques mais personne ne peut encore expliquer comment ces dernières se produisent » (2009, p.11). Le rapport de la psyché avec les neurones reste à découvrir plus finement.

15.2. Le rapport entre la psyché et les neurones

Naturellement il convient de différencier une démence d'ordre purement biologique ou physiologique de celle d'ordre purement psychologique. Hélas la situation n'est pas si tranchée que cela, puisque nous trouverons souvent un peu des deux en même temps, dans des proportions plus ou moins variables. Alors, outre les démences d'ordre neurologique, purement lésionnelles, le praticien peut toujours se demander si c'est l'état du cerveau qui induit la démence ou bien si c'est la démence qui induit l'état du cerveau, ainsi que nous le rappelle Jean Maisondieu « **Quand bien même la démence ne pourrait advenir sans lésions organiques, celles-ci n'en seraient pas pour autant nécessairement la cause, mais peut être seulement les signes ou les conséquences** » (2001, p.68). De son côté, Louis Ploton nous dit « **Une lésion peut tout aussi bien être la cause que la conséquence d'un dysfonctionnement.** »(2009, p.57)

La plasticité neurologique est telle que toute modification du fonctionnement de la psyché peut produire une réorganisation cérébrale. Cette plasticité longtemps décriée par les spécialistes (à cause d'un localisationisme cérébral quasi doctrinal depuis Paul Pierre Broca) a été clairement mise en exergue par le psychiatre psychanalyste **Norman Doidge** (2008). Par exemple celui-ci nous raconte comment Paul Back-y-Rita, spécialiste en neurosciences, dont le père fut paralysé suite à une attaque cérébrale, vit celui-ci retrouver la possibilité de marcher grâce à la rééducation assidue que lui prodigua son fils George (frère de Paul). Plusieurs années après, ce père décéda et une autopsie révéla que 97% des nerfs allant du cortex cérébral à la colonne vertébrale étaient détruits. Il n'aurait pas du pouvoir remarcher, mais son cerveau s'était réorganisé au cours de sa longue et attentive rééducation. Si l'ampleur des dégâts neurologiques avait été connue, la rééducation aurait été estimée totalement impossible et n'aurait pas été engagée.

Cet auteur cite de nombreux exemples de réorganisation neurologique allant à l'encontre des idées de spécialisations définitives des zones cérébrales. Si ces localisations restent sans doute vraies, il n'en demeure pas moins une grande plasticité permettant à des zones saines de prendre le relai des zones lésées.

Les résultats de ces recherches n'invalident pas l'aspect lésionnel du tissu cérébral de la personne démente, mais ils invitent à la prudence quant à la cause réelle de cette démence. Si des zones saines peuvent se « câbler » et prendre le relai de zones lésées, à l'inverse, des zones saines ne pourraient-elles pas se « décâbler » spontanément suite à des troubles psychiques d'ordre psychologiques. Il en résulterait une atrophie des parties du cerveau qui ne sont plus utilisées. Norman Doidge nous apprend que chez l'adolescent « **Les connexions synaptiques et les neurones qui n'ont pas été abondamment sollicités dépérissent brusquement** » (2008, p.69). Nous pouvons penser qu'un phénomène analogue se produit à tout âge. Il n'est d'ailleurs pas original de penser que tout organe dont on ne sert pas dépérit, c'est ce qu'on observe lors de longues immobilisations d'une partie corporelle, nécessitant, ensuite, une rééducation.

Une réelle rigueur scientifique nécessite de pousser plus loin l'investigation.

Denis Noble est professeur en physiologie cardiovasculaire et pionnier dans la biologie des systèmes. Il va encore un peu plus loin et dans son ouvrage sur la génétique "*La Musique de la vie - La biologie au-delà du génome*". Il nous propose que : « Le "soi" n'est pas un objet neuronal. [...] Il est aussi que "je" ou "moi" ou "vous" ne sont pas des entités de même niveau que le cerveau. Ce ne sont pas des objets au sens où le cerveau est un objet. Mes neurones sont des objets, mon cerveau est un objet et toutes les autres parties de mon corps sont des objets, mais "je" ne se trouve nulle part. Cela ne signifie pas qu'il n'est pas quelque part » (2006, p.209). Par là même il nous invite à étendre notre réflexion sur ce qui fait l'identité d'un sujet, et prolonge le propos de Karl Jaspers, référence médicale en psychologie existentielle, dans sa "*Psychopathologie générale*" : « Dans la vie psychique malade comme dans la vie saine, l'esprit est présent » (2000, p.274).

15.3. Histoire de la perte d'identité

Le psychiatre **Pierre Charazac** a pointé que la démence de type Alzheimer est avant tout une perte d'identité. Selon lui, les troubles cognitifs et de mémoire ne sont que la conséquence de cette perte d'identité (et non l'inverse). « ...c'est le moi lui-même qui se trouve atteint et son identité perdue » (2009, p.9). « Le moi du dément conserve longtemps des modes de fonctionnement qu'on peut qualifier de fragmentaires discontinus ou partiels. Il est alors encore capable de s'exprimer dans le registre de l'angoisse, de la douleur ou de la défense » (*ibid*, p.15) A ce stade, des accompagnements signifiants peuvent encore se réaliser par la parole. « Tandis que l'évolution de la dépendance de l'enfant suit les étapes du développement du moi, celle du patient Alzheimer reflète les étapes de la perte d'identité » (*ibid*, p.40). « L'atteinte de l'identité du patient trouble quasi automatiquement son identité professionnelle et personnelle » (Charazac, 2009, XVII)

Naturellement, nous le verrons plus loin, la question est de savoir si quelque chose peut être mis en œuvre sur le plan de l'accompagnement psychologique pour prévenir cette altération de l'identité. Le fait de conserver le **moi** ne sera pas tant notre propos, mais plutôt celui d'un « **développement du Soi (celui qu'on est) grâce à la perte d'importance du moi (ce qu'on paraît)** »¹⁸. Ce sera là l'essentiel de la démarche que je proposerai.

Bien évidemment, plus la maladie est avancée, plus cette approche sera délicate voire impossible. Mais sa mise en œuvre suffisamment tôt peut avoir une réelle valeur de prévention de l'aggravation. Pour les cas avancés, la dimension non verbale sera quasi la seule porte d'accès. Cette dimension non verbale est cependant essentielle dans tous les cas.

¹⁸ Ces notions de moi et de Soi, sont trop souvent mal différenciées en psychologie, alors qu'il s'agit de notions fort différentes, dont la distinction permet de comprendre beaucoup de choses, tant dans les phénomènes de psychopathologie que dans les actions à mener pour accompagner un patient. Ceux qui souhaitent approfondir le sujet trouveront d'importants détails dans la publication « [Le ça, le moi, le sumoi et le Soi](#) » de novembre 2005)

15.4. Histoire de l'angoisse de mort

Jean Maisondieu insiste lui sur le phénomène d'angoisse de mort. « Les sujets âgés, précisément du fait de leur âge et de leur proximité avec la mort, sont soumis à une tempête existentielle de nature à briser les cerveaux les moins résistants et à obliger les plus fragiles d'entre eux à réduire au minimum leurs facultés intellectuelles pour survivre malgré tout dans ce contexte qui leur est défavorable » (Maisondieu, 2001, p.69).

Il nous interpelle tout au long de son ouvrage sur cette peur de la mort qui trouble, tant les patients âgés que les soignants qui s'occupent d'eux. **Naturellement nous devons veiller à ce que cette peur qu'on prête à la personne âgée ne soit pas une simple projection de la nôtre.** Il n'en demeure pas moins que, du fait de notre propre insécurité face à la mort, cela nous met en situation défavorable pour accompagner celui qui justement la craint.

Il se trouve que le sujet âgé ne craint pas la mort comme nous, juste parce que celle-ci peut arriver (une sorte d'éventualité plus ou moins lointaine), mais parce qu'elle va arriver prochainement (une certitude actuelle et absolue). **Nul d'entre nous ne peut imaginer ce qu'une telle situation représente dans la psyché d'un être... sauf à vraiment écouter celui qui s'y trouve.** Pour cela il s'agit plus de chercher à l'entendre et surtout à le rencontrer... que de chercher à le calmer. En voulant sans cesse le calmer, cela revient à le bâillonner (il ne s'exprimera donc plus) et de ce fait à ne rien entendre. Nous ne saurons alors jamais rien de ce qu'il ressent vraiment. J'ai longuement décrit cette attitude maladroite que je nomme « **violence douce** » car, croyant participer au mieux être, on devient ainsi involontairement pourvoyeur de silence, de souffrance, et d'aggravation de ce qu'on pensait apaiser (publication « [Bientraitance](#) » d'août 2007).

16. Perte de facultés ou stratégie pertinente ?

16.1. Concernant la perte d'identité

Prendre le risque d'exister dans ce monde, c'est prendre le risque d'y montrer une identité. Pourtant, dans quelle mesure est-il possible de « se montrer » ? Et quand on se montre, quel en est le résultat ? Quand je parle de résultat, je parle de ce que ressent notre interlocuteur en nous voyant.

Le ressenti de notre interlocuteur, quand il nous voit, fait partie de ce qui nous encourage ou nous décourage d'être au monde.

Je me souviens cette personne âgée en sérieux troubles cognitifs nous dire « **J'aime bien quand je vois le chien** ». Je lui demande alors ce qui lui est agréable pour elle en voyant ce chien, et elle répond simplement « **Il vient vers moi tout seul, sans qu'on lui dise, et il est content de me voir** ». Voilà un chien qui se retrouve être un champion en terme de « pourvoyeur d'identité », car il éprouve du bonheur à rencontrer cet être. Le chien ne se soucie pas ni du statut social, ni de la situation psychopathologique, il ne fait que rencontrer un être. C'est certainement cela la clé !

Aussi généreux soient-ils, le médecin et le soignant peinent avec cela. Non qu'ils aient la moindre mauvaise intention, bien au contraire, mais ils sont tellement afférés à

s'occuper correctement de la pathologie ! Si généreusement investis dans cette tâche, **ils voient plus une pathologie à soigner et un soin à réaliser, qu'un être à rencontrer. De ce fait, sans le vouloir, ils risquent de se retrouver à réduire celui dont ils s'occupent à un « objet pathologie ».** Comme, en plus, cette pathologie est un problème à résoudre, **le médecin ou le soignant auront « l'expression non verbale soucieuse de celui qui regarde un problème », et non celle de « celui qui rencontre un être, et est heureux de le voir ».**

Il n'y a là rien de méprisant de leur part, c'est la simple conséquence de ce qui est priorisé dans leur regard pour prodiguer le meilleur soin physiologique possible. Pourtant, la déshumanisation qui en résulte contribue fortement à la perte d'identité et donc à l'évolution de la démence, en l'occurrence, de la maladie d'Alzheimer.

Tout se passe comme si le patient devenait aux yeux de l'autre une sorte « d'objet problème à résoudre ». **N'ayant plus le statut d'individu, il finit par se conformer à cette absence existentielle que lui renvoient les regards qui se tournent généreusement vers lui.**

Cette défaillance existentielle est hélas fréquente dans notre vie sociale. Qu'est ce qui fait qu'arrivant au grand âge elle soit si douloureuse ou si pourvoyeuse de démence ? Il se trouve que cela s'ajoute au fait que **le sujet âgé ne se reconnaît plus dans la glace, car il ne se sent pas aussi vieux dans son cœur qu'il ne le paraît dans l'image que lui renvoie le miroir.** Il finira par se détourner de cette image de lui, qui ne lui correspond pas. Mais comme en plus tout le monde, autour de lui, renvoie un regard et des attitudes lui signifiant involontairement que « comme il est c'est affligeant »... l'identité s'effrite naturellement.

Dans un DVD sur la bientraitance émanant du ministère de la santé « Une journée en EHPAD », on voit une femme démente dire à la soignante « **tu es belle toi !** ». La soignante la remercie avec simplicité pour ce compliment. Puis la patiente ajoute « **pas belle moi** ». La soignante répond alors maladroitement « **Si, vous avez de très beaux yeux** ». **La soignante vient de manquer le fait que la patiente ne se trouvait pas belle et voulait l'exprimer.** Au lieu de cela elle lui renvoie sans s'en apercevoir « **tu as tort, tais toi, tu es belle** » (une autre forme de « sois belle et tais toi »). Nous verrons un peu plus loin ce qu'elle aurait pu dire.

Le problème, même quand on a compris qu'il y avait une souffrance à propos de l'identité, c'est qu'on croit que celle-ci est en rapport avec une quelconque narcissisation. Eh oui ! La psychologie en est trop souvent restée à ce stade. Or, le sujet ne souhaite pas, à ce stade, être renarcissisé ! Il souhaite tout simplement être reconnu. **Il ne réclame pas un meilleur paraître** (ça c'est tout au plus le stade infantile, ou adulte immature), **mais un plus d'être, validé par la reconnaissance qu'on lui accorde quand il s'exprime.** Comment la soignante aurait-elle pu faire ? Elle aurait simplement pu dire « **Vous ne vous plaisez pas ?** » et lui aurait ainsi au moins témoigné sa reconnaissance à propos de ce qu'elle éprouve et qu'elle n'a jamais l'occasion de partager avec qui que ce soit. Rien n'est pire que l'obligation de se taire constamment sur ce qu'on ressent. Cela arrive aussi quand on est jeune. Mais la différence quand on est jeune, c'est qu'on a de multiples moyens d'en compenser la douleur ou l'inconfort par de nombreuses possibilités de distractions.

La perte d'identité ne doit pas être considérée ici sous l'angle de la narcissisation, mais sous un angle existentiel où il y a une douleur de ne jamais être reconnu comme on est, avec ce qu'on sent au plus profond de soi. Le désert qui en résulte peut vraiment être source de folie « [Est-ce qu'il y a seulement quelqu'un pour m'entendre ?](#) » crie le dément avant de sombrer. Mais tout le monde le prend pour un fou et veut le soigner gentiment... sans l'écouter, sans le reconnaître... et même en tentant de la faire taire... soi disant « pour son bien », soi-disant pour le ramener à la raison (mais de quelle raison s'agit-il : de la sienne ou de la nôtre ?).

Ici le renoncement aux facultés mentales devient une ultime façon de survivre dans un monde où la solitude existentielle est telle, qu'il devient impossible de continuer à vivre sans trop souffrir. Alors la démence est bien venue comme moyen de soulagement. D'un côté elle est crainte consciemment, de l'autre elle est plus ou moins recherchée inconsciemment.

En plus, il y a une sorte de conformation à ce que renvoie le miroir social : « [puisqu'on ne me voit plus, puisque je n'existe plus aux yeux des autres, ma nouvelle identité est "non existant" au point que "ne pas être" devient "une façon d'être au monde" puisque c'est la seule qui soit validée par mon entourage comme étant une réalité de "qui je suis" ».](#)

Jacques Richard et **Mateev Dirx**, spécialistes en psychogérontologie, dénoncent aussi les idées fausses ou stéréotypées dans ce domaine, ainsi que leur effet dévastateur sur l'identité : « [La pratique et sa théorisation se sont heurtées et se heurtent, en psychogérontologie, à des opinions toutes faites ou à des clichés qui en réduisent les singularités](#) » (2004, p.9) « [Les stéréotypes sont alors dangereux, dans la mesure où ils conduisent à s'attribuer à soi-même les caractères que nous accordent les autres et à se conformer à ce qui s'en pense ou s'en dit](#) » (p.10).

Ceci avait déjà généreusement été pointé par **Donald Wood Winnicott**, psychanalyste : « [Je suis consterné quand je pense aux changements profonds que j'ai empêchés ou retardés chez des patients appartenant à une certaine catégorie nosographique¹⁹ par mon besoin personnel d'interpréter](#) » (1971, p.163).

Jean Maisondieu citant **Albert Einstein** nous rappelle « [C'est la théorie qui décide ce que nous sommes en mesure d'observer](#) » (2001, p.52). Puis il ajoute « [Si les médecins prévoient d'observer de la démence là où il y a de l'angoisse, ils trouveront de la démence et rien d'autre](#) (*ibid.*).

La question que lance Louis Plonton est très intéressante : « [En enlevant les symptômes à un sujet, ne risque-t-on pas de le priver d'un mode de défense ?](#) » (2009, p.115)

¹⁹ Nosographie : classement des maladies en fonction de leur sémiologie (symptômes), étiologie (causes), pathogénèse (processus conduisant de la cause vers le symptôme). Le lecteur qui souhaite plus de précisions à ce sujet peut consulter sur le site de l'auteur la publication « [Psychopathologie](#) » (avril 2008).

16.2. Concernant l'angoisse de mort

Nous devons comprendre que l'idée de fin de vie ne concerne pas que les personnes en pathologie grave, qui arrivent au bout de leur existence. Elle concerne aussi les personnes qui, ayant bien entamé le dernier quart de leur vie, ont cette question de la fin de leur existence bien présente à leur esprit.

Cela ne concerne pas que des personnes âgées malades, dépendantes, vivant en institution du fait de leur sénilité. Je me souviens de l'interview de Georges Prêtre, grand chef d'orchestre français, merveilleux d'élan, de compétences et de vie, dont la façon de diriger les musiciens est un plaisir intense pour le spectateur, en dépit de ses 87 ans. Quand il lui est demandé de prévoir un concert dans trois années, il porte sa main au dessus de ses yeux comme pour regarder au loin et dit « à mon quatre-vingt-dixième anniversaire ? », l'air de dire (mais sans inquiétude manifeste) « Qui sait où je serai !? ». Cet homme, riche de vie et de musique, dans toute la splendeur de sa sénescence, supporte probablement l'idée de cette fin de vie, mais y pense... et lui seul sait comment il y pense.

Voici de nombreuses années que j'anime des formations sur [l'accompagnement de fin de vie](#) (voir publication d'avril 2003) auprès de soignants en milieu hospitalier. Je constate bien à quel point la situation n'est pas claire et que, le plus souvent, les raisonnements se font dans l'idée d'apaiser, mais quasiment jamais dans celle de reconnaître. Si les moyens de calmer les douleurs sont essentiels et extrêmement bienvenus concernant le corporel, face aux douleurs psychiques, il convient mieux d'entendre, de reconnaître et de valider, pour produire l'apaisement. En effet, sur le plan psychique, il en va tout autrement que sur le plan physique. Sur le plan psychique pour apaiser, **il ne faut pas chercher à apaiser** (ce qui reviendrait à nier et aggraverait la douleur), **mais simplement chercher à reconnaître ce qui est éprouvé**. Nous y reviendrons plus loin. Nous serons ici touchés par ce propos de Jean Maisondieu « [Les partenaires croient se battre contre le mal, alors qu'ils se contentent de se faire du mal](#) » (2001, p.151)... j'ajouterai même « de se battre l'un contre l'autre !

Quand un sujet âgé, à qui il reste de la raison et du verbe, lance un de ces propos : « Faudrait pas vieillir », « Je ne sers plus à rien », « Je ne suis plus qu'une vieille peau », « J'ai peur de la mort », « Je ferai mieux de mourir, je n'ai plus rien à faire ici », « Avant j'étais belle, regardez ce que je suis devenue ».

Qu'est ce que son interlocuteur sait relever de cela ?

Généralement rien du tout ! Et il se contente d'un déni absolu : « Mais il ne faut pas dire ça », « Mais non vos enfant sont contents que vous soyez là », « Mais nous, nous sommes heureux de vous voir chaque jour », « Mais il y a encore plein de choses que vous pouvez faire »... ou pire « Evidemment vous ne venez jamais aux activités qu'on vous propose », « Justement il faudrait un peu plus prendre soin de vous », « Il faut cesser de tourner ces idées noires dans votre tête », ou des banalités horribles du genre « De toute façon nous allons tous mourir un jour », ou un humour très douteux tel que « de toute façon c'est pas le moment, il n'y a pas de place la haut » ...etc.

Le sujet âgé reste alors avec ses ressentis qu'il ne peut partager avec personne, et qu'il finirait presque par se sentir coupable d'avoir.

Il voit son image se détériorer dans le miroir, mais pire encore, il n'est plus considéré comme un interlocuteur. Ses propos sont repris, corrigés, commentés, niés. Non seulement le miroir social lui indique sa « non existence » (ça c'est ce que nous venons de voir plus haut du côté de l'identité), mais en plus il confirme une solitude existentielle remplie de ressentis qui ne sont jamais vraiment partagés à propos de la fin de la vie, et de tout ce qui accompagne cette grande étape qu'est la sénescence (qu'il convient de ne pas confondre avec la sénilité^{20*}).

Résolument seul, avec tout son cortège de sensations, de pensées, d'émotions, il fait pour le mieux. S'il n'a pas dans sa vie quelques moyens d'y faire face, s'il n'a pas développé la conscience qui permet d'aborder cela avec tranquillité, s'il se trouve soudain en face de tout ce qu'il n'a jamais regardé toute sa vie du fait de multiples occupations ou distractions qui lui avaient permis d'éviter constamment... Le choc est trop brutal et en l'absence d'un accompagnement pertinent, la folie est un ultime refuge. Ne pouvant plus vivre et ne voulant pas mourir « Il s'efforce de mettre en veilleuse des facultés intellectuelles dont le bon fonctionnement le perturbe » (Maisondieu, 2001, p.17). « Condamnés à mort, ils savent qu'ils ne peuvent s'échapper : le piège est fermé. Cette situation est de nature à faire perdre la tête à ceux d'entre eux qui ont le plus peur de perdre la vie. [...] A les observer, à essayer de communiquer avec eux, je suis arrivé à cette conclusion qu'ils se démentifiaient surtout parce qu'ils mouraient de peur à l'idée de mourir » (ibid, p.37).

Dans ces conditions nous pouvons suspecter à quel point **toute thérapie (médicamenteuse ou psychothérapique), qui consisterait à leur rendre leurs facultés intellectuelles, n'est finalement qu'une violence contre leur stratégie d'auto-apaisement par la démence, si elle n'est accompagnée d'un cheminement concernant cette peur de la mort et de la perte d'identité.** Ils ne se laisseront pas libérer de leur démence si on n'a rien à leur proposer en termes d'accompagnement psychologique concernant leur angoisse de mort. Il en sera de même si personne ne sait les accompagner pour un accomplissement de Soi qui apporte une réalisation existentielle libre du paraître, libre du moi, libre de l'ego ou du fameux narcissisme. **Il conviendra pour le praticien de penser cette réalisation de Soi en d'autres termes qu'en termes de narcissisme,** sous peine de faire se développer davantage cette démence qu'il a l'illusion de combattre.

17. Recherche de moyens d'accompagnements

Avoir conscience de tout cela est une chose, mettre en œuvre ce qui permet un réel accompagnement psychologique en est une autre.

17.1. La rencontre qui ne se fait pas

Pierre Charazac nous propose un ouvrage intitulé « Soigner la maladie d'Alzheimer ». Il a parfaitement identifié la problématique de l'identité chez le sujet malade. Il a re-

²⁰ La sénescence est une étape naturelle de l'existence, au même titre que l'adolescence, alors que la sénilité est un état pathologique.

marqué combien l'attitude du soignant joue un rôle majeur « [Le soignant troublé induit chez le patient un sentiment d'insécurité qui accroît son trouble](#) » (Charazac, 2009, p.102). Il ajoute même « [Le trouble de la relation préexiste au trouble du comportement](#) » (*ibid.* 2009, p.111).

De son côté, dans son ouvrage « *Maladie d'Alzheimer* », Louis Ploton a parfaitement identifié l'idée de langage. L'idée de pertinence ne lui a pas non plus échappé. Il ne manque pas de remarquer le patient exprimant « [Je préfère perdre la tête que de me voir mourir](#) » (Ploton, 2009, p.35).

Elargissant le regard, Maisondieu pointe l'aspect systémique en soulignant « [L'individu qui présente le symptôme n'est pas nécessairement lui-même malade](#) » (2001, p.148). En effet, ce qui se manifeste chez l'un, peut être l'expression de ce qui se passe chez l'autre (généralement un autre membre de la famille).

La question est de savoir, riche de ce regard sur l'identité, de cette conscience du rôle de la peur de la mort, ainsi que des interactions systémiques... la question est de savoir ce que nous allons faire en tant que praticien, pour apporter un accompagnement signifiant.

Certes, tout le monde s'y emploie... mais de quelle manière ?

Louis Ploton propose des réunions permettant de mettre en œuvre une sociothérapie. Jean Maisondieu propose, dans ces réunions, d'utiliser le caméscope pour réconcilier le sujet avec son image. Pierre Charazac nous invite à « *L'art de la conversation* », « *L'importance du climat affectif* », « *Une manière d'écouter et parfois de répondre* » (Charazac, 2009, pp.82-86).

Pourtant, tant dans les explications que dans les exemples, c'est un peu comme si le patient était presque « évité » dans une rencontre trop intime. Les théories, les outils, les interprétations y tiennent semble-t-il une place encore trop importante, en dépit de toutes les justesses qui ont été pointées. Des tas de moyens sont mis en œuvre sans que la rencontre « *praticien/patient* » ne se fasse réellement.

Normalement, l'accompagnement psychologique résulte d'une rencontre intime... qui n'apparaît pas dans leurs écrits et n'apparaît pas non plus dans les exemples qu'ils se sont généreusement donnés la peine de citer. Nous pouvons alors pointer de nombreuses occasions manquées.

17.2. Les validations manquées

Par exemple Maisondieu nous rapporte [le cas d'Alice](#), vieille dame de soixante seize ans souffrant de troubles psychiques, se déplaçant de façon compulsive, n'ayant que peu de moyens de verbalisations (2001, pp.94-100).

D'une part quand elle s'arrête devant une porte, en manœuvre la poignée sans succès, et qu'on s'approche pour l'aider à l'ouvrir... elle se détourne et s'en va. Déjà ici, nous voyons que le soignant ne valide pas « la position et le geste tentant d'ouvrir » d'Alice devant la porte, mais offre maladroitement de l'aider à ouvrir alors que le projet est manifestement d'une autre nature. Cela nous rend très humble quant à l'interprétation !... et nous invite à de belles nuances.

D'autre part, un jour, de façon soudaine et inattendue, parfaitement claire et audible, que l'on aurait crue impossible chez elle, Alice dit quelque chose d'intelligible et même de très pertinent : « Depuis la mort de mon mari, je pense aux vers qui viendront me manger dans la tombe » (*Ibid.* p.99). Maisondieu se dit lui-même décontenancé, d'une part par la clarté du propos, d'autre part par la nature de son contenu. La « sidération » de celui-ci ne permet pas à Alice de poursuivre ou de se sentir d'une quelconque façon reconnue dans son ressenti. Ce ressenti, clairement énoncé, a fait en quelque sorte « disparaître son interlocuteur ». Elle se sent ainsi ultérieurement plus invitée à se taire qu'à s'exprimer. Du fait que ses moyens cognitifs sont limités, elle peut définitivement renoncer à un tel effort.

Nous verrons plus loin comment il est possible de saisir une telle opportunité afin qu'une personne comme Alice ne renonce pas définitivement à une telle expression de la réalité qu'elle ressent.

Pierre Charazac nous évoque le cas de Lucienne (2009, p.25). Cette femme de 87 ans consulte à la demande de sa famille car elle vient, par exemple, de réveiller son fils en lui téléphonant à 5 heures du matin. Elle reconnaît qu'elle ne comprend pas pourquoi elle a fait cela, mais avec un accompagnement pertinent, elle en vient à dire « Je voulais lui dire bonjour... je m'ennuyais, j'ai eu un moment de cafard, je n'avais pas dormi de la nuit. Je me suis emballée, je me voyais mal partie ». Au lieu de valider cela et de rebondir dessus, le praticien lui pose ensuite des questions sur sa mémoire, **cherchant à l'évidence « où est la défaillance » et non « où est la pertinence »**. Malgré cette erreur d'accompagnement, Lucienne tente une nouvelle expression de son ressenti intime. Elle parle d'acouphènes qui la conduisent à dire « Ce sont des hurlements, je n'ose pas vous dire ce que ça me fait... ça fait exactement comme un hurlement de loup ». Puis elle parle du divorce de ses parents « Un moment dramatique de mon enfance où j'ai été transbahutée chez des religieuses. Depuis cette époque, j'ai tout le temps repensé à ça mais je n'en ai jamais parlé à mes enfants ». Comme le praticien insiste (à une autre séance) sur sa mémoire, celle-ci se lamente de sa mémoire « Je me rappelle de mon jeune temps et je suis incapable de vous dire ce qui s'est passé hier ». Que d'occasions manquées dans ces entretiens, du moins avec les éléments que Charazac a choisi de nous en restituer dans son ouvrage. Ici aussi nous verrons un peu plus loin comment il serait possible de procéder.

Pierre Charazac nous donne bien des éléments importants d'un tel accompagnement « L'important consiste à suivre pas à pas le fonctionnement spontané du patient pour le relancer à chaque défaillance par de simples reprises. Au fur et à mesure que l'activité spontanée se réveille, le patient retrouve un plaisir perdu depuis qu'il s'est déshabitué à fonctionner mentalement. Comme le thérapeute s'intéresse à son fonctionnement mental, il s'y intéresse aussi. Le patient se réinvestit en tant que personne » (2009, p.84).

Pourtant cela n'apparaît pas clairement dans les exemples qu'il a choisi de nous rapporter, pas plus qu'on ne le voit avec Ploton ou avec Maisondieu. Cela n'enlève rien à la qualité de leur démarche, mais nous avons besoin d'éclairages supplémentaires pour mettre en œuvre concrètement l'accompagnement psychologique d'une personne démente.

Nous aurons quelques utiles précisions dans la notion de validation.

17.3. Les validations partielles

La notion de validation nous vient essentiellement de la psychologue **Naomi Feil** (1997). Elle fait partie des rares psychologues osant venir aussi proche de l'intimité des patients.

Pour elle, la validation consiste à pouvoir nommer ce que le patient exprime, même sans en connaître le contenu, ou la provenance, sans pour autant ne proposer qu'une formule vide, et aussi sans interpréter. Si par exemple un patient dit « **Dites lui d'arrêter de m'embêter** » alors qu'il n'y a personne, le soignant peut simplement lui dire « **vous trouvez qu'il vous embête beaucoup !?** » sans avoir besoin de savoir de qui il s'agit dans son imaginaire ou dans ses souvenirs. Il y a validation d'un ressenti et non d'un fait.

Même si je ne propose pas la notion de validation exactement comme elle, je ne peux que saluer la pertinence et la délicatesse de son approche.

Naomi Feil commence son ouvrage « Validation mode d'emploi » (1997) par **l'exemple très touchant de Florence Trew** (p.19).

Quand Naomi Feil était enfant, son père était directeur de maison de retraite. Cela lui donna des occasions de partage avec des sujets âgés. Elle se prit d'amitié avec Florence Trew, une jeune résidente de 68 ans. Celle-ci, lors d'un chagrin de la petite Naomi (8 ans), lui livra son journal intime. Elle lui expliqua comment lors d'une réunion parent-professeur, alors qu'elle avait le même âge qu'elle, sa mère dit en public « **Florence ne veut pas se débarrasser de cet horrible lièvre en bois. C'est pour ça qu'elle n'a pas d'amis** ». Puis s'approchant d'une élève elle demanda « **Pourrais-tu être l'amie d'une fille qui traîne ce lièvre en bois partout où elle va ? Certes non tu ne le voudrais pas !** ». IL s'agissait de ce lièvre en bois qu'elle nommait Creaky, donné par son père deux ans avant de mourir !. Cette vieille dame raconta comment, devant tous, sa mère le lui arracha des mains pour le jeter dans la poubelle. Parlant de celle qu'elle était à 8 ans, elle avait écrit dans son journal intime « **Ce jour là je suis morte** ».

Plus tard, suivant des études de psychologue et d'assistance sociale, Naomi Feil retrouva Florence Trew dans une institution. Celle-ci avait plus de 80 ans et était devenue une femme attachée dans un fauteuil, afin qu'en se levant elle ne tombe pas. Elle poussait aussi des cris incohérents « **cree, cree, cree...** ».

Quand Naomi Feil la retrouva ainsi, Florence Trew la reconnut. Naomi lui demanda « **que vous est-il arrivé ?** » sur un ton délicat et reconnaissant... alors Florence, taisant ses cris, répondit sans hésiter : « **Ils l'ont jeté au loin, Mimi s'il vous plait, dites-leur qu'ils me le rapportent** ». Naomi Feil lui demanda « Qui ont-ils jeté au loin de vous ? » (nous verrons plus loin que cette question est remarquable de pertinence). En désignant une infirmière elle répondit « **Creaky, voyons ! C'est celle-là qui l'a jeté dans la corbeille à papier !** ».

Nous voyons alors ici une vieille femme, parlant au nom de l'enfant de huit ans qu'elle fut, et qui n'avait jamais été entendue dans une détresse telle que, selon ses propres propos, « ce jour là elle est morte ».

Malheureusement, Naomi Feil, qui n'avait pas encore développé son approche, se rappelant de l'histoire, lui répondit « **Cette dame est l'infirmière, madame Trew, ce n'est**

pas votre mère ». Or cette suite n'était pas juste sur le plan de l'accompagnement de Florence.

Cet exemple est touchant car il montre comment une femme qui semble avoir perdu la raison et pousse des cris incohérents, est en fait en train de retrouver sa raison, la raison de son ressenti, c'est-à-dire « une enfant tellement choquée qu'elle en est morte » et qui n'a jamais été entendue. Ce qui semble folie n'est qu'une prise de parole au nom de cette enfant. La reconnaître permettrait à Florence Trew de retrouver la raison.

La justesse de Feil se trouve ici dans le fait de valider « [Qui vous a-t-elle pris ?](#) » Bien qu'il s'agisse d'une question, c'est aussi une validation en ce sens qu'il y a reconnaissance d'un « quelqu'un d'important qu'on lui a pris ». Même si elle n'avait pas connu l'histoire de Florence Trew, elle aurait pu poser cette question avec ce même esprit de validation. Malheureusement ensuite, l'explication du fait qu'il s'agit de l'infirmière n'est pas bienvenue. Naomi Feil aurait pu continuer par « [Ce Creaky compte tellement pour vous !?](#) », « [Il y a longtemps qu'il vous manque !?](#) ». Cela aurait permis à Florence de recontacter sa raison, alors que la révélation « que c'est en réalité l'infirmière » ne fait que l'en éloigner. **Voilà une clarification objective qui anéantit un ressenti subjectif, dont le rôle était de réhabiliter une part de Soi jamais reconnue par personne.** Nous y reviendrons un peu plus loin.

18. Mise en œuvre d'accompagnements

Nous ne pouvons que saluer l'excellent travail de **Noami Feil** dont je vous recommande l'ouvrage, ainsi que celui de **Pierre Charazac**, de **Louis Ploton** ou de **Jean Maisondieu**, sans parler de celui de **Jacques Richard** qui nous permet de voir le sujet âgé autrement, et de tant d'autres qui ont œuvré pour améliorer le sort des déments, en les considérant comme des êtres à part entière. Nous ne pouvons aussi que saluer le travail de **Norman Doidge** sur la plasticité cérébrale et de bien d'autres acteurs de la recherche.

Il n'en demeure pas moins que la question est de savoir comment s'y prendre concrètement face à une personne démente. Toutes les théories du monde, aussi justes soient-elles, ne remplaceront pas une attitude adéquate. C'est là la question de fond du praticien ou du soignant.

18.1. Concernant l'identité

Citant **le Gouès**, **Pierre Charazac** souligne ce qui est souvent ignoré : « Un climat affectif adéquat étaye la pensée et restaure la capacité d'échange par la parole » (Charazac, 2009, p.80) « Le médecin ou le soignant se fait moi-auxiliaire du patient » (p.14).

Une personne ayant perdu le sens de son identité, aura besoin d'un support pour la retrouver. Certes des moyens comme la vidéo, ainsi que le propose Maisondieu, peuvent être utilisés, ou la sociothérapie comme le propose Ploton, mais pour être efficaces, ils doivent être habités par une dimension trop souvent manquante : il ne s'agit pas de narcissisme au sens de restauration du moi, mais de démarche existentielle au

sens de réhabilitation du Soi. Faut-il encore avoir clairement différencié le [moi](#) qui est « paraître » du [Soi](#) qui est « être ».

Cette reconnaissance de l'être chez un patient passe par la reconnaissance de ses ressentis. C'est pourquoi l'approche de Naomi Feil nous donne à ce sujet de précieuses indications. Elle passe aussi par l'acceptation d'une proximité comportant la notion de réjouissance (comme pour le cas de la femme qui aimait voir le chien car il est content de la rencontrer et vient spontanément vers elle)

Reprenons techniquement les exemples cités plus haut en imaginant une reprise différente à chacune des étapes maladroites. Nous pourrions exploiter les situations de la façon suivante :

-« Je voulais lui dire bonjour... je m'ennuyais, j'ai eu un moment de cafard, je n'avais pas dormi de la nuit. Je me suis emballée, [je me voyais mal partie](#) » (§4.2).

Le praticien aurait pu continuer par « [Vous vous sentiez mal partie !?](#) ». Attention cette reformulation ne reprend pas spécialement les mots, mais a pour projet d'inviter à l'expression de « à quel point elle se sentait mal partie », et aussi de « ce que signifie exactement pour elle "mal partie" ».

Comme ce n'est pas ce qui s'est passé, finalement malgré l'insuffisance de l'accompagnement proposé sur les acouphènes, elle recentre vers ce qui est essentiel (même si ça paraît incohérent) :

-« [Ce sont des hurlements, je n'ose pas vous dire ce que ça me fait... ça fait exactement comme un hurlement de loup](#) ». Le praticien aurait pu poursuivre par « [Ce loup crie vraiment fort !?](#) » (reformulation) « [Mettez votre attention dessus et dites moi ce qu'il aimerait qu'on entende avec son cri !](#) ». Ici personne n'est dupe sur le fait qu'il y ait ou non un loup. Mais la personnification de l'émetteur en « loup hurlant » invite à une écoute de qu'il ne faut pas manquer. Cela aurait été plus harmonieux pour faire émerger la suite.

Pourtant, malgré encore l'accompagnement qui fut inadapté, la femme recentre d'elle-même et aboutit vers sa raison malgré tout (quelle pertinence chez le sujet !). Elle parle du divorce de ses parents :

Une fois qu'on s'ait de quoi il s'agit on pourrait presque imaginer que le loup hurlant, c'est l'enfant qu'elle était, dont les parents divorcent, et qu'on n'a jamais entendue dans la douleur que cela lui faisait.

- « [Un moment dramatique de mon enfance où j'ai été transbahutée chez des religieuses. Depuis cette époque, j'ai tout le temps repensé à ça mais je n'en ai jamais parlé à mes enfants](#) ». Là le praticien aurait pu reprendre « [ça a été tellement douloureux !? Et vous n'en avez jamais parlé à vos enfants !?](#) », sous-entendant « [ça a été douloureux à ce point et vous ne l'avez jamais dit !? Je suis touché que vous me le confiez là, maintenant !](#) ».

Il s'agit bien ici de cette proximité qui semble trop souvent évitée sous prétexte d'un professionnalisme non intégré. Dans ma publication sur la [validation existentielle](#) (septembre 2008), je parle de cette distance qui est juste... seulement quand il n'y en a pas : c'est-à-dire quand on accepte d'être touché ! Néanmoins je précise l'immense différence qu'il y a entre « être touché » (rencontrer la vie) et « être affecté » (recevoir

un impact psychique). Pour résumer nous dirons que nous sommes touchés quand notre attention se porte sur l'être, sur l'individu, et nous sommes affectés quand notre attention se porte sur son problème, sur sa pathologie, ou sur la circonstance traumatisante.

Malheureusement la préoccupation est plus clinique qu'existentielle, et à l'entretien suivant le praticien repart sur la mémoire. Alors le sujet se désole :

- « Je me rappelle de mon jeune temps et je suis incapable de vous dire ce qui s'est passé hier ». Là encore la question n'est pas tant de savoir quelle est la pathologie (du moins dans un premier temps) mais de « Que ressentez-vous quand vous faites ce constat ? », ou même, plus directement « Cela vous désole !? » puis « de quelle manière cela vous désole-t-il ? ». **L'invitation à exprimer le vécu, le ressenti, doit primer sur la recherche de problème.** L'expression du ressenti et la validation de celui-ci sont les clés que le praticien et le soignant ne doivent jamais oublier. Ils y ajouteront, en prime, la dimension existentielle **d'accepter de se sentir touché par cette manifestation de l'être qui est en face de lui** en le voyant plus comme « mettant en œuvre une pertinence avec les moyens qu'il a » plutôt que de « rechercher son erreur pour la corriger, même avec gentillesse ».

L'identité recommencera à exister chez le patient à chaque fois que son interlocuteur se sentira touché en le voyant et le lui signifiera. Alors, comme le souligne Charazac « **Le médecin ou le soignant se fait moi-auxiliaire du patient** ». J'ajouterai tout de même qu'il conforte plus le Soi que le moi de son patient. Et c'est justement cela qui compte.

Finalement, par la reconnaissance qu'il lui accorde, il lui fournit un point fixe d'identité, qui lui permet de ne plus se sentir en **déséquilibre existentiel**.

Nous entendons dire d'un dément qu'il est « déséquilibré » mentalement. Or, il y a comme une analogie entre la perte d'identité engendrant un déséquilibre mental, et la **perte d'équilibre** physique due à une déficience de l'oreille interne. Au sens corporel, ne pas pouvoir tenir debout, tomber physiquement, est très invalidant. Pour ces patients, quasiment aucun point fixe extérieur ne permet de retrouver cet équilibre et de se tenir debout sans tituber gravement. **Norman Doidge** nous rapporte le cas d'une femme souffrant d'un tel handicap. Lui et **Paul Back-y-Rita** l'ont traité en lui proposant une sorte de « prothèse de l'oreille interne ». Ils lui ont mis sur la tête un casque comportant des capteurs de position. Ces capteurs sont reliés à un système informatique envoyant un signal à une carte posée sur la langue de la patiente. Sur cette carte, des signaux électriques permettent à la langue de percevoir deux carrés, dont l'un est fixe et l'autre mobile. En position verticale ils sont parfaitement superposés. Dès que la verticalité flanche, le carré mobile s'éloigne de l'autre dans le sens correspondant. Instantanément le cerveau se saisit de cette information et la patiente retrouve l'équilibre, avec en plus une persistance de cet équilibre un certain temps après avoir enlevé le système (Doidge, 2008, p.29). Ainsi progressivement le cerveau se rééduque.

Revenons à la perte d'identité. Tout se passe comme si elle revenait à une « **perte d'équilibre du Soi** », le patient étant privé de ses repères habituels, privé de son paraître quotidien. Finalement, tout se passe un peu comme si la personne ayant une perte d'identité avait besoin de l'autre pour la retrouver. Cet « autre » jouerait le rôle de « prothèse d'identité » dans un premier temps. Dans le cas physiologique décrit ci-dessus, les objets extérieurs ne permettaient pas de trouver **l'équilibre du corps**, alors qu'une perception plus intime, en « image électrique » sur la langue, le rendait possible.

Concernant le sujet en perte d'identité, toute allusion à ce qui est objectif ne l'aide pas non plus à retrouver sa stabilité (comme pour la patiente de Doidge), mais la validation de ses ressentis intimes par quelqu'un qui est touché de le rencontrer rétablit **l'équilibre de la psyché** (comme la carte placée sur la langue).

Je me suis amusé à rapprocher ces informations venant d'horizons différents, espérant que cela peut impulser des voies de recherche à ceux dont c'est le métier.

Mais déjà, cette comparaison vaut illustration, et nous retiendrons avant tout que la validation permet à l'interlocuteur de se stabiliser, à condition que la reconnaissance porte plus sur le subjectif que sur l'objectif.

Exemple d'échange :

Prenons le cas de Lucienne évoqué par pierre Charazac (2009, p.25) que j'ai cité plus haut. Imaginons un exemple de dialogue entre la patiente et le praticien. J'ai purement et simplement inventé cette suite qui ne prétend en aucun cas deviner ce que dirait Lucienne (ça il faudrait le lui demander en vrai), mais peut servir à montrer comment peut se dérouler un tel échange si on accepte une proximité avec le patient, si on veut bien se laisser guider par lui (donc le suivre) et se laisser toucher par ses révélations.

Patiente : « Je voulais lui dire bonjour... je m'ennuyais, j'ai eu un moment de cafard, je n'avais pas dormi de la nuit. Je me suis emballée, je me voyais mal partie ».

Praticien : « Ok. Vous vous sentiez mal partie !? » Les validations « ok ou d'accord » sont délicates, douces et offrent une précieuse reconnaissance de ce qui a été exprimé. Elles peuvent aussi n'être que non verbal.

Patiente : « Vous savez je dors mal... et ces bruits que j'entends sans cesse dans mes oreilles ».

Praticien : « D'accord. Comment sont ces bruits ? »

Patiente : « Ce sont des hurlements, je n'ose pas vous dire ce que ça me fait... ça fait exactement comme un hurlement de loup ».

Praticien : « Ce loup crie vraiment fort !? » (reformulation, tant la patiente semble donner à ce loup une réalité)

Patiente : confirmation non verbale

Praticien : « Ok. Mettez votre attention dessus et dites moi ce qu'il aimerait qu'on entende avec son cri ! » (la personnification en loup de l'émetteur ne gêne en aucune façon pour mettre son attention dessus).

Patiente : « C'est un cri de détresse qui vous glace le sang. »

Praticien : « Vous pouvez imaginer que vous dites à ce loup que vous entendez sa détresse ? » (le registre de l'imaginaire permet de « contacter » l'interlocuteur tel qu'il s'est présenté à l'esprit et de valider ce qu'il exprime).

Patiente : « Vous savez, il est comme quand j'étais petite fille.et que mes parents se sont séparés. J'étais tellement malheureuse et personne ne m'a jamais entendue ».

Praticien : « Ça a été tellement douloureux pour l'enfant que vous étiez !? » (ici la formulation « pour l'enfant que vous étiez » est importante, plutôt que « pour

vous !? », car il importe que la patiente soit distincte de cette enfant afin 1/ de ne pas revivre ce qu'elle a vécu, 2/ de pouvoir lui donner sa place en étant une ressource pour elle. Ce n'est qu'ensuite qu'elle l'intègrera comme faisant partie de sa psyché).

Patiente : « Oui ça a été un moment dramatique de mon enfance où j'ai été transbahutée chez des religieuses. Depuis cette époque, j'ai tout le temps repensé à ça mais je n'en ai jamais parlé à mes enfants ».

Praticien : « Vous pouvez dire à l'enfant que vous étiez que vous entendez à quel point cette séparation des parents est douloureuse pour elle ? »

Patiente : « Ça lui fait du bien, on ne l'avait jamais entendue ».

Praticien : « Et vous comment vous sentez-vous ? »

Patiente : « Je me sens plus tranquille ».

Dans cet exemple d'entretien, le Soi de la patiente s'est enrichi de l'enfant qu'elle était. Cette part d'elle-même était si douloureuse qu'elle l'avait laissée de côté pour survivre et ce n'est qu'à l'occasion d'une faiblesse du moi que cette part du Soi a pu refaire surface. Cette enfant émergea sous forme de hurlement de loup afin de donner la dimension du vécu. Ce qui semblait perte de la raison était en fait un accès à la raison (dans le sens de accès « à la source », accès à « l'origine »), c'est-à-dire à une petite fille qu'on n'a jamais entendue.

Naturellement il peut se passer des milliers d'autres choses et ce dialogue imaginé (reflétant néanmoins une réalité thérapeutique) permet aux praticiens ou aux soignants de percevoir les enjeux d'un tel échange. Tous les acteurs du soin n'ont pas forcément à aller aussi loin, mais tous doivent connaître ces enjeux, au moins pour ne pas emmener le patient dans un sens contraire à celui qu'il lui est nécessaire... (qu'il passe généralement son temps à nous montrer alors qu'on tente régulièrement de l'en détourner !)

18.2. Concernant l'angoisse de mort

La mort... difficile de dire à quel point on se sent en paix ou non par rapport à elle ! Que l'on soit avec ou sans croyance religieuse, tant qu'elle est loin de nous, elle n'est qu'une vague réalité plus ou moins redoutée ou plus ou moins idéalisée... à moins qu'on n'ait pris le parti de l'ignorer totalement, comme si elle n'existait pas, ou au contraire qu'on se mette à la souhaiter tant la vie est douloureuse.

L'enfant pense qu'il a l'éternité devant lui, l'adulte pense qu'il a beaucoup de temps. Puis, en milieu de vie (40 ou 50 ans), un être réalise qu'il a probablement plus vécu qu'il ne vivra... et ça lui fait déjà un premier choc. Enfin, avec le grand âge, le décompte le bouleverse plus ou moins, en fonction de ce qu'il aura construit durant son existence.

La mort peut être envisagée de deux points de vue : Celle d'un proche ou celle de soi-même.

La mort d'un proche

Quand un être se trouve confronté à des deuils majeurs, même en situation normale telle que celui des parents décédant à un âge avancé, cette proximité avec la mort lui fait découvrir un bouleversement qui n'a rien de commun avec tout ce qu'il pouvait

imaginer. Et quand de tels deuils se produisent dans la jeunesse, ils propulsent dans une maturité à laquelle on n'est pas forcément prêt, et chacun s'en débrouille comme il peut.

Puisque notre thème est celui de la démence de type Alzheimer, nous avons à faire à des sujets âgés. Ils ont tous été confrontés à des deuils (c'est le « privilège » du grand âge). Avant d'avoir une crainte de leur propre mort, ils ont du éprouver la perte de proches et s'en sont plus ou moins bien remis.

Quand un être vit un deuil, sa situation est compliquée car il ne peut parler de sa douleur. Le plus souvent il tente de faire « bonne figure » face à un entourage qui veut absolument qu'il aille bien, qu'il aille de l'avant, qu'il ne reste pas « figé dans le passé » ...etc. Il se comporte même souvent de telle façon qu'on dira autour de son entourage « qu'il ne s'en sort pas si mal », alors qu'au plus profond de lui, il est anéanti.

Il ne parle pas du défunt, ni de sa peine, car tout le monde évite le sujet « pour son bien ». Personne ne peut imaginer que ce qui le guérirait le mieux, c'est justement de pouvoir en parler ! **A la mort physique de l'être cher s'ajoute alors sa mort sociale où il disparaît des conversations...** et ça fait presque plus mal que la mort physique.

J'ai déjà abordé cette notion de deuil dans ma publication sur la [fin de vie](#) (avril 2003) et également, plus récemment, dans celle sur la [fausse couche](#) (novembre 2009). Vous pouvez y voir que le deuil d'un enfant qui n'est pas venu au monde est souvent d'autant plus douloureux que personne n'en valide l'existence. Il importe de savoir **qu'on ne termine son deuil que quand on est certain qu'on n'oubliera jamais**. Faire le deuil (de *dolus*=douleur), c'est « faire sa douleur ». Cette douleur a une fonction bien précise : faire en sorte de ne pas oublier. Et cela n'est pas simple dans un environnement où tout le monde veut qu'on oublie, et qu'on passe à autre chose ! Tout le monde veut non seulement qu'on oublie, mais s'acharne aussi à vouloir calmer notre douleur (y compris la médecine qui nous précipite sur les psychotropes, car elle ne connaît que cette réponse). Or **la douleur restera tant que subsistera un doute sur le risque d'oublier**. Et ce doute se trouve verrouillé par tous les « bienpensants » qui veulent nous faire oublier.

Il est fréquent que je vois arriver à mon cabinet des personnes dont un deuil datant de plusieurs décennies soit encore intact quant à la douleur. Mais ils n'en parlent à personne et la gardent dans le secret de leur cœur, de peur qu'on ne vienne la leur abîmer. Alors la réalisation psychothérapique consiste à réhabiliter la personne décédée, à lui donner toute sa place, ainsi qu'à celui qu'était le patient lors de la circonstance et qui n'a jamais été entendu. Souvent, en une seule séance il se passe une libération majeure : ils sont libérés de la douleur car ils sont certains qu'ils n'oublieront jamais et ont pu faire valoir celui qui leur est cher, l'honorer en quelque sorte. Cela fonctionne aussi avec des deuils récents. L'apprentissage de la vie sans l'autre reste cependant à faire et constitue encore une difficulté à vivre. Mais cet apprentissage se fait beaucoup plus aisément quand la douleur liée au risque d'oublier est apaisée par la reconnaissance.

La mort de soi-même

Quant à la mort de soi-même, il s'agit encore d'une autre expérience de vie. Je dis « de vie » car il s'agit bien d'une expérience de vie que d'éprouver une telle chose. Accompagner un patient en fin de vie, c'est accompagner quelqu'un entrain de vivre

quelque chose. C'est n'est pas accompagner la mort. C'est accompagner un individu avec son ressenti, et qui a particulièrement besoin d'être entendu, reconnu, rencontré.

Concernant les sujets âgés, ils ne sont pas forcément en fin de vie (et c'est heureux pour eux), mais le décompte des ans leur fait penser que l'échéance se rapproche. S'il reste suffisamment d'énergie pour compenser et penser à autre chose, l'illusion tiendra encore quelques temps. Mais quand l'énergie et le paraître s'effondrent, la réalité revient de plein fouet à la conscience qui tentait de se dérober à cette réalité.

Nous venons de voir que la disparition du moi est une épreuve douloureuse, surtout dans un monde où, même à travers la psychologie (depuis Freud), on ne voit que par le moi. Alors, souvent, cet effondrement du moi est déjà vécu comme une sorte de mort. Certes si le Soi (révélé par Jung) est resté embryonnaire, la disparition du moi nous montre un vide insoutenable.

Normalement, le « moi » (paraître) diminue au profit du « Soi » (être). Ce dernier se développe alors dans sa juste dimension, nous conduisant à la « **noble sénescence** ».

Mais si l'accent a persisté sur le moi (sur le paraître, le personnage), l'effondrement de celui-ci, qui ne manque pas d'arriver par épuisement d'énergie, révèle un vide existentiel où il n'y a ni « moi » ni « Soi ». Nous trouvons alors non plus la sénescence, mais la **sénilité**. Pour relever celui qui y tombe, **il convient plus de nourrir le Soi en souffrance que de tenter restaurer le moi en nécessaire disparition.**

Pour que cela soit concret et ne se limite à pas un vulgaire concept psychologique de plus, il ne s'agit donc pas de « polir l'image » mais de reconnaître la dimension des ressentis. Ce n'est donc pas une affaire de narcissisme (promotion du moi), c'est une affaire de reconnaissance (validation du Soi). L'un s'occupe du paraître, l'autre s'occupe de l'être.

Cela nous est particulièrement utile dans la fin de vie ou dans la dernière étape de l'existence. S'il n'est pas inutile de comprendre les étapes de fin de vie (dénégation, révolte, marchandage, dépression, acceptation), il est bien plus important de savoir reconnaître ce que vit celui qui se trouve dans ces situations, et de l'accompagner par cette reconnaissance de chacun de ses ressentis (même s'ils ne font pas partie de ce qui était prévu par la théorie).

Par exemple quand le sujet âgé nous dit : « **Depuis la mort de mon mari, je pense aux vers qui viendront me manger dans la tombe** » (§4.2), la question qui se pose au praticien, c'est « comment continuer ? ». Cela Jean Maisondieu ne nous le dit pas. Il se dit même décontenancé par ce propos à la fois clair et dérangeant émanant de la bouche d'une personne jugée démente et dont les propos sont habituellement inintelligibles. Dans cette situation, la connaissance des étapes de fin de vie n'est d'aucune utilité, même si on peut y détecter (peut être) une sorte de révolte.

La personne en troubles cognitifs ne pourrait peut être pas parler, encore que cela dépend comment on s'adresse à elle. Mais de toute façon, le praticien devrait être capable d'une certaine sensibilité et d'une certaine approche, que ce soit avec des mots ou uniquement en non verbal. Cependant, avant d'être capable d'un silence où ne s'exprime qu'un non verbal juste, il doit d'abord être capable de propos contenant ce subtil assemblage de verbal et de non verbal.

Sur cet exemple proposé par Maisondieu (2001, p.99), nous pouvons imaginer une suite, juste pour montrer le type de dialogue possible. Naturellement, la dame aurait peut être dit autre chose, mais ce qui va suivre va nous donner une illustration concrète d'un tel dialogue.

Le praticien aurait pu par exemple poursuivre par :

Imaginez dans ce dialogue la grande proximité du praticien envers la patiente. La reconnaissance qu'il lui accorde pour chacun de ses ressentis est chaleureuse et authentique. Il se sent concerné par cette expression de vie émanant de la patiente et ne part dans aucune interprétation. Elle est à chaque pas invitée à se révéler si elle le veut bien, et à chaque pas suivant elle est remerciée de ce qu'elle vient de révéler. Rien n'est analysé par la praticien, la patiente y est simplement rencontrée et reconnue avec bienveillance. Elle est vue comme un individu touchant ce qui est juste en elle et non comme une démente.

Patiente : « Depuis la mort de mon mari, je pense aux vers qui viendront me manger dans la tombe ».

Praticien : « La mort de votre mari vous a profondément choquée !? »

Patiente : « Oh oui. J'ai réalisé qu'on va tous mourir ! »

Praticien : « Vous ne l'aviez pas vraiment réalisé jusque là !? »

Patiente : elle fait signe que non.

Praticien : « C'est surtout de réaliser qu'on va tous mourir qui vous a choquée ? »

Patiente : « Certainement, surtout les vers ! »

Praticien : « D'accord. Qu'est-ce qui vous choque dans les vers ? » (Il importe ici que le praticien ne projette pas sur la patiente sa propre vision des vers et se considère comme « ne connaissant pas ce que ces vers représentent pour elle ». Voir la publication [« le non savoir source de compétence »](#) d'avril 2001).

Patiente : « Je ne veux pas qu'ils mangent mon corps ».

Praticien : « Vous trouvez que votre corps ne mérite pas une telle chose !? » (Le praticien pointe que son corps ne doit pas servir de nourriture, que cela en altérerait la valeur).

Patiente : « Non certainement pas ».

Praticien : « Votre corps est trop précieux pour ça !? » (Juste une confirmation de ce qui été exprimé implicitement).

Patiente : « Exactement » (elle confirme la confirmation).

Praticien : « Ce corps vous a accompagné toute votre vie et vous a permis de vivre de belle choses !? » (Ici le praticien se permet un développement visant à une réhabilitation de ce corps qui ne doit pas disparaître sans avoir été honoré).

Patiente : ... sans rien dire elle pleure.

Praticien : « Vous pouvez imaginer que vous remerciez votre corps pour tout ce qu'il vous a permis de vivre d'agréable ? » (Il fait accomplir cette reconnaissance de la valeur de ce corps par elle-même).

Patiente : Interpellée, elle a l'air de le faire, en silence.

Praticien : « Comment vous sentez-vous ? » (Il vérifie son état).

Patiente : « Ça fait du bien ».

Praticien : Sans rien ajouter, il a une attitude de gratitude envers cette patiente qui a partagé avec lui quelque chose de si personnel et de si précieux.

Le fait de bien comprendre ce qui se passe dans le dialogue ci-dessus permet d'avoir une attitude non verbale correcte, même là où il n'y a pas de mots. Le praticien et le soignant se doivent de savoir « naviguer » dans ces subtilités pour offrir un accompagnement de qualité, dans lequel ils ne sont pas décontenancés, mais continuellement présents, concernés, et reconnaissants pour ce moment de vie qui leur est offert. Tous ces qualificatifs ne décrivent surtout pas une attitude « gentille » ou un « humanise style new age », mais une présence mature, assurée et chaleureuse.

Cela est rendu possible par le fait que jamais le praticien ne tente de détecter un problème ou ne met son attention sur une psychopathologie, mais seulement sur un individu exprimant ce qu'il y a de plus précieux et de plus juste en lui.

18.3. Concernant les propos ou les gestes incohérents

Chez le sujet dément, les propos ou les gestes sont souvent marqués par l'incohérence. L'incohérence est au moins apparente car, en fait, derrière cette incohérence, se trouve une cohérence cachée.

Cette cohérence cachée ne peut apparaître à un interlocuteur qui ne raisonne qu'en termes de temps présent ou en termes d'objectivité. Cette fâcheuse habitude qui consiste à « réorienter le patient dément dans le présent, dans le temps ou dans l'espace » revient à le couper des racines de sa raison, qu'il commençait à recontacter. Nous en avons vu un exemple avec Florence Trew citée par Naomi Feil. Cela ne signifie pas qu'il ne faille jamais recentrer une personne dans l'espace et dans le temps, mais avant cela, il convient de lui permettre d'accéder aux bases concrètes (quoique subjectives) de sa raison intime.

La situation classique où une personne âgée démente réclame sa mère et où le soignant, pour la réorienter, commence en lui demandant « quel âge avez-vous ? » est un excellent moyen... pour achever de la désorienter (ça fait vraiment partie de ce que j'appelle « les violences douces » où, croyant aider avec délicatesse on ne fait qu'aggraver ce qu'on pensait sincèrement améliorer).

En fait le sujet âgé était ici parfaitement orienté vers son besoin de mère et vers le manque qu'il en ressent. Cette notion subjective, bien réelle en elle, aurait besoin d'être validée par quelqu'un capable de lui renvoyer « Vous aimeriez tellement voir votre mère !? ». Au lieu de cela, le projet maladroit est souvent de lui faire prendre conscience qu'il est ridicule d'appeler sa mère alors que celle-ci est morte depuis longtemps. Au lieu de reconnaître la valeur de ses sensations et de sa subjectivité, le soignant veut la ramener à l'objectivité. Quand un praticien ou un soignant apporte une aide psychologique, il doit développer une aisance avec les réalités subjectives et lâcher les faits objectifs. Seul le ressenti peut nous guider pour réaliser un accompagnement pertinent. Le sujet, ainsi

validé dans les racines de sa raison intime, pourra ensuite de nouveau reconnecter avec l'objectivité environnante, temporelle, spatiale, ou sociale.

Louis Ploton a bien soupçonné une amélioration à apporter dans cette situation : « L'approche conseillée consiste alors, par exemple, vis-à-vis d'une personne très âgée parlant de sa mère comme toujours vivante : à admettre qu'elle est toujours vivante, et qu'elle le sera toujours, dans son cœur, dans sa pensée et qu'il est très légitime de lui parler parce que c'est, et ce sera toujours, comme si elle était là face elle » (Ploton, 2009, p.34).

Nous oserons aller un peu plus loin en faisant dire au sujet âgé les ressentis qu'il éprouve, lui permettant d'exprimer sa subjectivité intime par rapport à sa mère. Il ne s'agit en aucun cas de le calmer, mais de le reconnaître dans ce qu'il sent (c'est justement ça qui le calme). **Ce n'est pas nous qui lui apportons du raisonnable, c'est lui qui nous éclaire sur sa raison.**

Lors d'une formation, alors qu'avec les stagiaires nous étions en pause, une résidente démente déambulait près de nous. Un des stagiaires l'avait dans son service. Cette patiente, le regard vide, avançait lentement droit devant elle en mettant en œuvre un geste répétitif qui consistait à se lécher l'index droit, puis à frotter avec lui le dessus de sa main gauche et ainsi de suite. J'en profitais pour faire remarquer aux stagiaires que si cette femme faisait cela, elle avait certainement une raison, même si, vu de l'extérieur, ça semble ne pas en avoir.

Je leur expliquais qu'on peut toujours lui demander cette raison, tant qu'on ne l'oblige pas à nous répondre et qu'on respecte son intimité. Il importe aussi de respecter le fait que cela soit juste pour elle, et de n'avoir aucune suspicion de bêtise du geste.

Je m'approche d'elle, je la regarde dans les yeux pour lui adresser un « **Bonjour madame** ». Puis je mime son geste en lui demandant délicatement « **Vous aimez bien faire cela !?** ». La reformulation que je propose ici est une profonde reconnaissance de la justesse de son geste Elle me regarde à son tour et, sans mots, me répond « **oui** », d'un signe de tête. Je la remercie pour cette réponse que je reçois comme un privilège et, encouragé par cette présence qu'elle m'offre, je poursuis simplement par « **Qu'est ce qui est agréable pour vous quand vous faites cela ?** ». Son regard qui était vide et éteint soudain s'illumine, comme si elle venait de « recâbler son cerveau » pour la circonstance, et mettant sa main sur son cœur, comme pour souligner l'importance de la chose, elle me répond de façon claire et intelligible « **Ça compense !** ». Son visage soudain rayonnant m'encouragea à aller un peu plus loin et à lui demander « **D'accord. Qu'est-ce que cela compense ?** ». Hélas elle n'a pas continué. Cela faisait déjà beaucoup pour elle, et elle venait déjà de nous offrir un grand moment de rencontre.

Le stagiaire qui l'avait dans son service nous dit son étonnement : « **D'habitude elle ne nous répond jamais quand nous lui demandons " Pourquoi vous faites ça ? " »...** Vous comprendrez aisément pourquoi elle ne répond pas habituellement !

Si cette femme était dans un environnement lui proposant cette reconnaissance, elle pourrait progressivement étoffer ses réponses. Il est naturel que cela ne puisse se faire en un seul entretien. Par contre, si chaque jour, on lui dit « Pourquoi vous faites ça ? » avec un non verbal dévalorisant son geste qui semble curieux ou stupide... elle

s'enfermera de plus en plus, gardant à tout jamais au plus profond d'elle-même son précieux secret.

Pierre Charazac évoque la situation d'une femme de 71 ans parlant d'un oiseau qui siffle (Charazac, 2009, p.23).« J'ai un oiseau dans la tête. Là il hurle, il n'est pas content parce qu'on le dérange. Quand je suis tranquille, il chante mais là il hurle. Des fois je crie arrête et il arrête, là il chante "viens sur la montagne" [...] Tout ce qu'il entend il le chante et lorsqu'il est dérangé, il ne sait plus quoi dire »

Charazac nous rapporte cet exemple, mais sans proposer de contenu au niveau de l'accompagnement psychologique (si toutefois il y en a eu un sur ce point). Nous n'avons que les propos de la femme, dont il nous établit le constat. Ces données sont intéressantes car elles peuvent nous permettre d'imaginer comment un tel entretien pourrait se passer si on accorde du sens à ce que cette femme nous propose. Je vais l'utiliser comme exemple. Naturellement cela ne suppose pas ce que dit cette femme. C'est juste une possibilité pour montrer comment le praticien peut se laisser guider par son interlocuteur.

Patiente : « J'ai un oiseau dans la tête. Là il hurle, il n'est pas content parce qu'on le dérange. Quand je suis tranquille, il chante mais là il hurle. Des fois je crie arrête et il arrête, là il chante "viens sur la montagne" ».

Praticien : « Cet oiseau hurle pour signifier quand on le dérange ? » (Le praticien ne rentre pas dans le jeu de l'hallucination auditive de la patiente. Il ne fait que lui faire préciser la réalité subjective qu'elle contacte.)

Patiente : « Exactement ».

Praticien : « Ok. Pourriez-vous mettre votre attention sur cet oiseau et lui demander ce qui le dérange ? » (Le praticien propose de chercher la réponse à la source, considérant que cet oiseau représente une source quelle qu'elle soit, même si ce n'est que symbolique. Nous pointerons bien évidemment qu'il ne s'agit pas d'encourager « un état psychotique hallucinatoire », mais de rencontrer ce qui s'exprime en elle, en lui accordant au moins cette valeur symbolique).

Patiente : « Quand on le dérange il ne se sent pas bien ».

Praticien : « D'accord. Qu'est-ce qui le met mal ? »

Patiente : « Il ne sait plus quoi dire ».

Praticien : « C'est difficile pour lui de ne plus savoir quoi dire !? »

Patiente : Elle dit oui d'un signe de la tête, manifestement satisfaite du fait qu'on la comprenne.

Praticien : « Il vous est arrivé dans votre vie de ne pas savoir quoi dire et que ce soit douloureux ? » (Le praticien vérifie si l'oiseau n'est pas en fait une représentation d'elle-même à un moment de sa vie, où elle n'aurait pas été reconnue dans un inconfort de ne pas savoir quoi dire. Il ne s'agit pas d'une interprétation, mais d'une éventualité, vu l'émotion montrée par la patiente quand celle-ci dit « il ne sait plus quoi dire »).

Patiente : « Le jour où ma mère est morte je suis restée sans voix ».

Praticien : « Ça a été tellement bouleversant pour celle que vous étiez à ce moment là !? » (Ici nous remarquerons deux points : 1/ le fait que la reformulation est avant tout habitée par une profonde et respectueuse reconnaissance, 2/ ne sachant pas de quel moment de sa vie il s'agit, on ne dira pas « la femme que vous étiez », ni « l'enfant que vous étiez », mais « celle que vous étiez » afin que cela puisse recouvrir toutes les éventualités.)

Patiente : Elle pleure en silence, puis ses sanglots montent en amplitude.

Praticien : « Vous n'aviez jamais dit votre peine !? » (Le praticien donne cette reformulation une fois que les sanglots diminuent en amplitude, même s'ils continuent encore un peu).

Patiente : Elle montre que non, d'un signe de la tête. (Elle confirme ainsi que le praticien en a été le premier confident. Celui-ci, honoré de ce privilège, lui en est reconnaissant, même s'il ne le lui montre qu'en non verbal).

Praticien : « Comment vous sentez-vous, là, maintenant ? » (Avec délicatesse, il se préoccupe de son état présent).

Patiente : « Je me sens mieux, ça fait vraiment du bien ».

Praticien : « Et l'oiseau ? C'est grâce à lui qu'on a pu trouver et entendre celle que vous étiez ! » (Le praticien revisite l'oiseau du départ, pour lui donner sa juste place et voir s'il nous a livré tout ce qu'il devait nous livrer).

Patiente : « C'est amusant, je le trouve finalement plutôt sympathique. Mais je suis sûre que je ne l'entendrai plus ».

Naturellement ce dialogue que je viens d'imaginer n'est pas forcément ce que dirait cette personne, car chacun a son propre cheminement. Mais il vous montre comment un praticien ne se laisse pas décontenancer et peut poursuivre un accompagnement, même face à de l'incohérence apparente. Ce qui le guide c'est de **ne jamais chercher où est l'erreur ni où est la faille, mais plutôt de chercher « en quoi est-ce juste ? », « vers quelle part précieuse d'elle-même me conduit-elle ? »**. Il a conscience de la structure de la psyché avec ses trois éléments : celui qu'on est, ceux qu'on a été, et ceux dont on est issus), et avec ses deux pulsions (de vie et de survie)

18.4. Concernant les montées d'agressivité et les oppositions

Les personnes souffrant de la maladie d'Alzheimer ne peuvent être raisonnées. Chez les personnes « saines », quand il y a une montée d'agressivité, on remarque que tenter de les calmer ne fait qu'accroître leur agacement ou leur violence. Face à une personne en colère nous obtiendrons plus d'apaisement en reconnaissant cette colère qu'en tentant de la calmer. Chez une personne souffrant de la maladie d'Alzheimer, c'est encore plus vrai.

Si la mémoire et les moyens cognitifs ne fonctionnent plus aussi bien chez eux (et à un stade avancé plus du tout), l'émotionnel reste perceptible longtemps et constitue une zone où un certain partage reste possible. La reconnaissance et la validation de ces colères, de ces rejets ou de ces oppositions sont les clés de ces échanges.

Discuter pour convaincre ou persuader est un mauvais moyen avec tout le monde, mais là, c'est encore plus vrai.

« Cela ne vous convient pas !? », « Vous ne voulez pas !? », « Vous n'êtes pas d'accord !? » sont de petites reformulations bien utiles en pareil cas, pourvu, une fois encore, qu'elles soient « habitées » et non des phrases vides.

Sans aller jusqu'à la violence, je donnerai pour exemple d'opposition un cas que j'ai déjà cité dans d'autres publications :

Une femme âgée, diagnostiquée Alzheimer est avec l'animatrice qui lui fait colorier un mandala. Je les vois faire de loin, d'où je distingue clairement que cette femme n'a pas envie de faire ce qu'elle fait. Ça ne lui plait pas. L'animatrice a dû s'en rendre compte puisqu'elle lui dit (pour l'encourager) « **C'est beau ce que vous faites** ». A cette phrase, la femme réagit par une grimace signifiante. L'animatrice qui a dû le voir ajoute un encouragement « **Vous avez choisi de belles couleurs** ». Comme la réaction est toujours négative, l'animatrice ajoute « **Ceux que vous avez fais l'autre fois étaient très jolis aussi** ».

Nous voyons que l'animatrice tente de la doper en la renarcissant, mais que ça ne marche pas. La dame est tendue, elle a une sorte de colère rentrée et plus on est gentil avec elle, plus elle s'agace. Je m'approche de l'animatrice, que je connaissais, la salue, et je dit à la dame « **Bonjour madame. Vous n'avez pas l'air d'aimer ce que vous faites ?** » Comme si cette reformulation nommait exactement son ressenti, elle me dit vivement sur le ton de l'évidence « **Ben non ! Comment voulez-vous que ça me plaise ! Quand j'étais jeune je m'occupais de gamins... ils faisaient mieux que moi ! Regardez, j'en fous partout !** »

Cette femme, qui pourtant ne vous reconnaît pas deux minutes après, nous disait pourtant clairement là qu'elle en a marre qu'on la prenne pour une idiote en lui disant que c'est beau. Un éclair de lucidité qu'il serait bon de valider si on veut qu'il y en ait d'autres. En lui disant que c'est beau, croyant la doper, on ne fait que participer à l'éteindre. Elle n'a pas besoin de briller... elle a besoin de reconnaissance (d'elle et de son ressenti). **Elle n'a pas besoin d'ego, elle a besoin d'une place.**

Bien des situations d'agressivité peuvent ainsi être évitées, que ce soit aux activités, à l'ergothérapie, à la toilette, aux repas ...etc.

18.5. Dans le monde du silence verbal

Il n'en demeure pas moins que quand la maladie progresse, le silence verbal s'installe de plus en plus. Naturellement, compte tenu de ce que nous venons de voir, nous pouvons nous demander la part qui revient à la maladie elle-même, ou celle qui revient à la façon dont les soins relationnels sont prodigués. Comme nous le dit Maisondieu, peut-être même la définition nosographique de la maladie a tendance à produire ce qu'elle décrit.

Jusqu'à quel point ? Difficile à dire. Cependant un être a bien tendance à finir par devenir comme on s'attend à le voir. D'autre part quand un individu est vu avec bonheur (vous savez : comme le chien avec la démente qui vient vers elle tout seul, sans qu'on lui dise, et qui est content de la voir) ça lui restaure sa place. Rappelons-nous qu'**un être**

dans le grand âge est plus concerné par le fait d'avoir une place que d'avoir de l'ego. Il faut en finir avec le concept de renacissisation et enfin comprendre la différence entre le Soi et le moi.

Cependant, quand le silence s'est installé, quelle qu'en soit la cause, il convient de savoir toujours accompagner.

Tout ce que nous avons vu plus haut reste vrai, sauf qu'il n'y a plus les mots. Celui qui sait faire ce qui est décrit ci-dessus est prêt pour réaliser un accompagnement essentiellement non verbal. Mais il ne sera pas prêt à cette subtilité si ce qui vient d'être décrit dans cet article est encore trop hors de sa portée.

Si un patient n'a plus de mots, cela ne veut pas dire qu'il ne comprenne pas. Même les personnes dans le coma sont susceptibles « d'entendre » ce qui se dit, alors qu'ils ont l'air inconscients !

Ce qui se dit, et même ce qui se pense, a en pareil situation beaucoup d'importance. En effet, même ce qui ne fait que se penser induit au moins un non verbal explicite, qui échappe à notre contrôle et qui peut être perçu.

Prenons cet exemple, face à ce monsieur qui n'a pas de mots, qui souffre de démence, et qui a pour principal langage des cris continuels. Personne ne parvient à l'apaiser. Voilà... Nous avons déjà là un premier indice : le projet est hélas de l'apaiser ! Il ne s'agit pas tant de l'apaiser que de l'entendre et de le reconnaître. Mais comment faire puisqu'il n'a plus de mots ?

J'invite le soignant ou le praticien à commencer par **considérer que son cri n'est pas n'importe quoi mais une sorte de langage.** Si pour le calmer on tente de le faire taire, **c'est comme si on interdisait à quelqu'un de parler la seule langue qu'il connaît.**

Une fois que ses cris peuvent être considérés comme un langage pertinent, même si on n'en comprend pas le sens, le praticien ou le soignant s'approchera du patient **dans le projet de l'entendre (et non plus de le calmer).** Que perçoit-il dans ce cri ? S'il prend le parti de l'écouter plutôt que de le faire taire, il « entendra ». Par exemple ici il entendra que ce cri fait penser à celui d'un enfant qui pleure ou qui gémit avec des accès de colère, comme s'il était en détresse (dans d'autres cas, celui d'une colère ou d'une haine, ou encore d'une peur, ou bien d'un appel au secours, ou d'un animal blessé...etc). Alors le praticien ou le soignant se positionnera en reconnaissance, **il pourra même imaginer qu'il « dit » (intérieurement sans rien prononcer) au monsieur « J'entends vraiment cette détresse qu'il vous est si difficile d'exprimer ».** Il pourra même aller jusqu'à le verbaliser à haute voix. Si son attitude est juste et qu'il cherche plus reconnaître qu'à calmer, il constatera souvent (pas toujours) un apaisement du patient.

Il pourra aussi faire cela **avec un toucher, en lui prenant la main.** Cependant, attention, par ce **geste il ne tentera pas de le calmer, mais seulement de lui témoigner la reconnaissance de son ressenti intime.**

19. Conclusion

J'avais déjà écrit de nombreux exemples et de nombreux développements dans mes publications [« Humaniser la fin de vie »](#) (avril 2003), [« Psychologie et violence dans le](#)

[grand âge](#) » (juillet 2005) ou dans [« Bientraitance »](#) (aout 2007). Vous y trouverez des compléments utiles à la mise en œuvre ce qui est décrit dans cette publication.

Nous ne pouvons qu'être touchés par les regards que **Jean Maisondieu, Louis Ploton, Pierre Charazac, Jacques Richard et Naomi Feil** portent sur ces patients déments. Les recherches rapportées par **Norman Doidje** en neurologie et en plasticité cérébrale sont aussi très intéressantes et ouvrent de nouvelles pistes. Toutes ces personnes nous propulsent hors des dogmatismes et osent un regard qui se soucie plus de l'efficacité que des croyances théoriques. Avec la **maïeusthésie**, nous ajoutons, ici une possibilité de rapprochement, de dialogue et d'accompagnement psychologique que, sauf Naomi Feil, personne ne mentionne.

Espérons de tout cœur qu'ils soient entendus par les confrères du monde médical et soignant. Je souhaite aussi que ces quelques lignes apportent éclairage et réconfort à ceux qui ont peur de cette maladie, à ceux qui en voient chez eux les prémices, et aussi aux familles concernées. Prendre en compte la gravité de la maladie est important, mais la panique dans laquelle les média nous plongent à ce sujet, les croyances systématiques d'incurabilité, les pronostiques qui certifient un avenir angoissant... tout cela est à proscrire, ou tout du moins sérieusement à nuancer.

Entre la croissance des cas d'autisme au début de la vie (trois fois plus depuis quinze ans) [Doidje, 2008, p.104] et l'augmentation des cas d'Alzheimer à l'autre bout (47% de probabilité de l'avoir à 85 ans) la santé mentale est mise à mal. Sans compter le suicide qui reste un mal social irréductible face auquel les différents ministères de la santé sont restés impuissants (le suicide tue actuellement deux fois plus que la route).

Il convient d'oser d'autres pistes et non de continuer à faire davantage ce qui ne marche pas, en espérant qu'en le faisant plus ça marchera mieux (comme l'avait si bien remarqué Bateson à l'école de Palo Alto).

Naturellement, d'un côté tout le monde souhaite qu'on y arrive, mais d'un autre il est inconfortable de voir remis en cause ce à quoi on croit. Je terminerai par ce propos de **Jean Maisondieu** qui décrit bien la situation : « **Les soignants, s'ils obéissaient à leur vocation première qui est de fournir des soins susceptibles de guérir les déments, mettraient en danger la notion d'incurabilité associée à cette maladie** » (2001 p.73).

Thierry TOURNEBISE

Bibliographie

Charazac, Pierre

-*Soigner la maladie d'Alzheimer –Guidance des aidants et relation soignante* – Dunod 2009

De Hennezel Marie

-*La mort Intime* -POCKET ROBERT LAFFON T Paris 1995.

-*Nous ne nous sommes pas dit au revoir* - ROBERT LAFFON T Paris 1995

Doidge, Norman

-*Les étonnants pouvoirs de transformation du cerveau* – Bellefond, 2008

Feil, Naomi

-*Validation mode d'emploi – Techniques élémentaires de communication avec les personnes atteintes de démence sénile de type Alzheimer* – Editions Pradel 1997

Jaspers, Karl

-*Psychopathologie générale* – TCHOU la bibliothèque des introuvables, 2000

Maisondieu, Jean

-*Le crépuscule de la raison – La maladie d'Alzheimer en question* – Bayard 2001

Noble, Denis

-*La musique de la vie – La biologie au-delà du génome*- Seuil 2006

Ploton, Louis

-*Maladie d'Alzheimer – A l'écoute d'un langage*- Chronique Sociale 2009

Richard, Jacques et Matieev-Dirkx, Erlijn

-*Psychogérontologie* – Masson, 2004

Huguenot Robert

- *La vieillesse maltraitée* DUNOD 2003 - Première édition primée par l'académie de médecine en 1999

Feil Naomi

-*Validation Mode d'emploi* - - Editions PRADEL 1997

Rogers Carl

-*Relation d'aide et psychothérapie (Counseling and psychotherapy-1940)* - traduit aux édition ESF 1970

-*Le développement de la personne* édité chez DUNOD Inter Editions, 2005

Lajeunesse B. Samuel et al

-*Manuel de thérapies cognitives et comportementales*. DUNOD 2004 pour ses pages sur les types de mémoires p 38 à 56 et pour Le traitement des personnes âgées déprimées en institution gériatrique p 279 à 287

Tournebise Thierry

- Le grand livre du psychothérapeute* – Eyrolles 2011
- De l'attirance à l'amour* – L'Harmattan 2010
- Chaleureuse rencontre avec soi-même* -Dangles 1996
- L'art d'être communicant* -Dangles 2008
- L'écoute thérapeutique* -EFS 2001

Sites Internet

<http://www.alma-france.org>

<http://www.apa.asso.fr/alma.htm>

Sur www.maieusthesie.com

- [« Le non savoir source de compétence »](#) (d'avril 2001)
- [« Humaniser la fin de vie »](#) (avril 2003)
- [« Psychologie et violence dans le grand âge »](#) (juillet 2005)
- [« Le ça, le moi, le surmoi et le Soi »](#) (novembre 2005)
- [« Bienveillance »](#) (aout 2007)
- [« Psychopathologie »](#) (avril 2008)
- [« Validation existentielle »](#) (septembre 2008)

Présentation du Pack « Gériologie »

J'ai réuni dans ce pack mes publications en ligne concernant la bientraitance, les personnes âgées, la psychologie et la violence dans le grand âge, l'accompagnement de fin de vie.

Ces documents sont ici publiés séparément des packs « Praticien » et « Psychopathologie » d'une part parce que ceux-ci auraient été trop volumineux, d'autre part parce que les lecteurs intéressés par les deux autres documents ne le sont pas forcément par celui-ci.

Pour ceux qui souhaitent délivrer des soins de qualité et une réelle humanité envers les sujets âgés ou en fin de vie ce pack apportera d'inestimables données inédites, simples, claires, parfois bouleversantes.

Naturellement, pour plus d'information, les données des packs « Psychopathologie » et « Praticien » seront des compléments essentiels. Malgré la quantité importante d'informations ainsi disponibles le lecteur est bien-sûr invité à étendre ses recherches, car aucun document, aussi complet soit-il ne peut se prétendre exhaustif. D'autre part un regard ouvert à différentes approches est source de créativité et d'efficacité.

C'est dans cet esprit d'ouverture, de délicatesse, de profondeur, d'humanité et de qualité des soins psychologiques adressés aux personnes âgées, ou à celle en fin de vie, que j'ai réuni ces quelques textes. Je vous en souhaite une savoureuse lecture... que vous trouviez autant de plaisir à les lire que j'en ai eu à les écrire. Je vous souhaite également que les actions qui en découleront soient aussi heureuses pour vous-mêmes que pour ceux que vous accompagnerez