

Que faire devant une désorientation ?

Lorsqu'il y a erreur sur le lieu, la date, le moment de la journée ... rééduquer est bien accueilli par la personne qui accepte la réorientation sur des faits. Dans ce cas les moyens utilisent **la stimulation sensorielle et l'orientation à la réalité.**

Par contre sur des données faisant référence à sa vie émotive il existe une possibilité de réactions très négatives à la réorientation à la réalité. Dans ce cas les moyens de contrer le refus de la réalité reposent sur la validation affective.

Quatre formes de désorientation

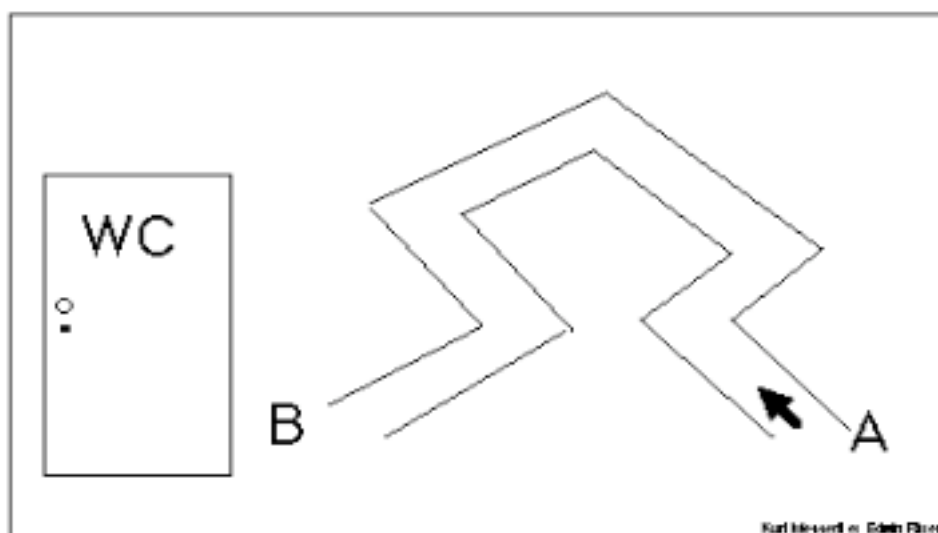
1) la désorientation dans l'espace, évaluée par des questions sur l'espace géographique, la topographie des lieux.

Elle est un facteur important d'isolement social, accentue la dépendance (surveillance permanente ou malade maintenu sur sa chaise dans un lieu clos), fait craindre la fugue dès qu'on n'aperçoit plus le malade ; elle est éprouvante pour le soignant.

Edwin Ritter (Suisse) propose une astucieuse façon pour nous faire découvrir l'univers des personnes souffrant de désorientation spatiale.

- Prenez un miroir d'environ 20 x 15 cm. Placez-le devant le dessin ci-dessous (que vous aurez préalablement imprimé) de façon à pouvoir voir son reflet dans le miroir. - -
 - Prenez à présent un stylo-bille ou un crayon et essayez d'aller de A jusqu'à B.
 - Regardez uniquement le dessin dans le miroir, pas la feuille sur laquelle vous traçez.
- Vous réaliserez combien il est difficile de s'orienter et de retrouver son chemin.

Une personne souffrant de démence est confrontée à toutes ces difficultés chaque fois qu'elle doit s'orienter au quotidien. Contrairement à vous, qui pouvez comprendre comment fonctionne cet exercice le résident est incapable d'analyser ces difficultés.



- 2) **la désorientation dans le temps**, évaluée par des questions touchant la date, l'heure.
- 3) **la désorientation par rapport aux personnes**, évaluée en demandant à la personne de donner le nom de ses proches et les liens qui les unissent, etc.
- 4) **la désorientation affectant l'identité du malade lui-même**, qui ne peut plus se reconnaître, se nommer, savoir qui il est, etc

I. Désorientation spatiale et stimulation sensorielle

✓ On distingue :

- ➔ le fait **d'être orienté** dans l'espace...
...c'est-à-dire de savoir où l'on est, de se situer dans un lieu déterminé, de connaître les repères spatiaux.
- ➔ d'autre part, le fait **de s'orienter** dans l'espace...
... c'est-à-dire d'utiliser des repères spatiaux pour se déplacer dans ou vers un lieu déterminé.

Une personne peut ne plus être orientée tout en demeurant capable de s'orienter.

« Je ne sais pas où on est ? », perturbe moins sur le plan de l'autonomie que « Je ne sais pas comment aller à ma chambre ? »

✓ **La rééducation est fondée sur un aménagement prothétique de l'environnement et sur l'apprentissage d'itinéraires.**

➔ **L'aménagement prothétique de l'environnement**

- Mise en place de signes, d'affiches et de panneaux indicateurs.
Pour faciliter l'identification des lieux et les choix directionnels.
- Supprimer les informations portant à confusion celles qui sont contradictoires ou inappropriées.
- Vérifier si les stimuli sont accessibles et utilisés.
Panneaux et points de repères bien en vue, lisibles.
- Contraste *figure/fond* des repères bien marqués.
- Utilisation du jaune, de l'orangé et du rouge.
Faciles à reconnaître, le spectre des bleus et des verts est moins perçu (le cristallin jaunit).
- Photos choisies par le Résident, ou objets familiers.
- Signes facilitant le repérage des lieux ou le Résident a accès
 - cadre, choisi par lui, sur le mur du couloir près de sa chambre ;
 - carton de couleur avec son nom, en saillie sur le mur ;
 - couleur du couvre-lit (différencier deux lits semblables).
- Unités et étages de couleurs (ou thèmes) différents.
- Touches de l'ascenseur avec symboles d'activité d'étage.
- Toilettes reconnaissables par de grosses lettres et un symbole.
 - suspendus au plafond, au centre du couloir, bas situés... pour faciliter la lecture.
 - répétés sur la porte.
- Horloges simples avec de gros chiffres.
Fixées à 1,60 m du sol, pour faciliter la lecture.
- Calendriers affichant un mois *ou mieux*, un jour à la fois.
- Utiliser des repères architecturaux stables :
 - des fauteuils ou une plante toujours situés au même endroit.
 - la proximité d'une fenêtre pour reconnaître le lit, etc.

➔ l'apprentissage d'itinéraires favorisant des déplacements autonomes vers et dans différents lieux du service.

- Certains Résidents sont *incapables* de repérer et d'utiliser spontanément les indices. L'orientation consiste à **stimuler leurs comportements exploratoires**, à le **sensibiliser** à la présence des signes, à **susciter** leur utilisation, à **favoriser** la reconnaissance des lieux en créant *un circuit d'entraînement* à l'orientation spatiale.

Vérifier leur acuité visuelle et leur capacité de discriminer les couleurs.

II. Orientation vers la réalité¹

Mode de communication destiné à faire *prendre* conscience du temps, de l'espace, et de l'entourage.

❑ OBJECTIFS

- Rétablir le sens de la réalité ;
- Accroître le niveau de conscience ;
- Favoriser la socialisation ;
- Atteindre le maximum d'autonomie ;
- Réduire la désorientation et la régression physique.

❑ MODALITÉS

L'orientation à la réalité pour aider à être orienté et à s'orienter...

- doit être **continu** (24 h/24h).
- doit être **intégrée aux activités journalières** : habillage, toilette, alimentation, marche, bavardage.
- **doit ajouter aux données sur le temps et l'espace des données pertinentes sur les activités.**

Ex : informer que «la messe est à 3 h soit dans 15 mn», l'aidera davantage que de se limiter à lui dire qu'il est 2 h 45.

✓ Préparer le terrain

La "préparation du terrain" consiste à tout mettre en œuvre pour obtenir de la personne...

- une disposition mentale favorable à la communication ;
- un état de réceptivité maximale au départ.

Ce qui suppose de connaître

- son degré de détérioration,
- ses données biographiques,
- et d'abord... son nom de famille !

Ce qui nécessite

- de se présenter et d'expliquer ce que nous allons faire.
- d'insérer des informations sur le temps, le lieu, les personnes.

✓ Dialogue simple

«Bonjour monsieur Cabrol. Je suis Laurent, l'infirmier aujourd'hui... C'est moi qui travaille en fin de semaine et qui vous fais toujours rire en vous racontant les problèmes que j'ai avec ma voiture.

Au fait, quel jour sommes-nous ?... Eh oui, c'est déjà samedi.

Comment trouvez-vous le temps (en montrant la fenêtre) ?...

C'est bon pour la vigne lorsqu'il pleut au mois de juillet.

Je suis là pour vous aider à vous habiller car il sera bientôt 9 h du matin».

Un contact verbal vient d'être établi avec le malade.

Vous avez...

- reconnu son individualité et respecté ses limites par un dialogue simple,

¹ Taulbee et Folson 1966

- ponctué de temps d'arrêt pour lui permettre de répondre ;
- évité la position d'échec en vous nommant plutôt qu'en l'obligeant à vous nommer ;
- fait appel à ses capacités : il a de bonnes chances de trouver la réponse ;
- sécurisé en présentant des données qui l'aideront à savoir qui il est, qui nous sommes et ce que nous effectuons avec lui.

✓ Ne pas insister sur l'erreur

Les réponses données ne sont pas toujours exactes... Principe essentiel à respecter : ne pas insister sur l'erreur.

Faillir à ce principe signifie : ne pas reconnaître les efforts que fournit la personne. Le malade à qui on demande de nommer la journée et qui répond mardi au lieu de samedi se trompe. Mais il a compris le sens de la question et s'est efforcé d'y répondre.

•Exemple 1 : RECTIFICATION SANS INSISTANCE SUR L'ERREUR

Intervenant (I) : En quelle saison sommes-nous ?

Patient (P) : En été (alors que c'est l'hiver)

1) Réponse à éviter

I : Eh! non ! Nous sommes en hiver, pas en été !

2) Réponse à donner

I : Vous aussi vous avez hâte d'être en été mais, malheureusement, nous sommes encore en hiver...

Regardez, les arbres n'ont pas de feuille.

Dans les deux exemples, l'intervenant a corrigé l'erreur commise :

Il importe de rectifier dans la mesure où la correction peut être intégrée ou servir à rassurer la personne qui cherche à maintenir le contact avec la réalité.

Il s'agit de procéder avec tact et d'éviter les remarques dévalorisantes ou brusques.

Au plan technique, les deux réponses sont exactes, MAIS :

La première ne tient pas compte de l'effort fourni et renvoie en pleine figure l'erreur.

La seconde tente de ménager le malade en lui faisant voir que d'une part, il a hâte d'être en été, mais que d'autre part la réalité est tout autre.

• Exemple 2 : CORRECTION DE DÉSORIENTATION SANS SENTIMENT D'ÉCHEC

P : Bonjour Serge (alors que c'est Roger)

I : D'après votre sourire, je sais que vous me reconnaissez. C'est vrai qu'on s'embrouille dans les noms. Moi, c'est Roger celui qui vous aide à prendre le bain

Façon de rectifier le discours qui permet d'assouplir l'usage de l'orientation à la réalité tout en respectant ses principes.

Mais qu'arrive-t-il si le malade est dans un état de détérioration tel qu'il ne peut plus répondre dans le sens de la question ?

Il faut recourir à la forme énonciative et conjuguer au passé.

Exemple 3 : RECOURIR À LA FORME ÉNONCIATIVE

Si les réponses sont hors sujet, nulles ou anxieuses, au lieu de continuer à interroger il convient de rassurer en fournissant les données d'orientation de façon affirmative ou par constatation.

On continue ainsi à orienter en confirmant l'identité et en respectant les limites.

On passe : d'une orientation à la réalité interrogative à une orientation à la réalité énonciative, lorsque les réponses deviennent incohérentes.

☐ I : Regardez cette belle photo de famille, madame Rouanet. Quel est le nom de vos enfants ? (Forme interrogative)

● P : C'est dehors qu'il faut aller... C'est la messe. (incapacité de répondre)

☐ I (Prenant le cadre) : Si je me souviens bien, c'est votre fille Liliane. Elle vient vous voir tous les samedis. Celui-ci c'est Jacques. C'est lui qui vous appelle et vous parlez à vos petits-enfants.

Regardez, vous avez des photos d'eux sur votre bureau (Prenant la photo) : Ils vous aiment beaucoup, vous êtes une bonne grand-mère pour eux... (forme énonciative)

•Exemple 4 : CONJUGUER AU TEMPS PASSÉ

Utilisation du «*pasé*» comme temps de conjugaison des verbes pour inciter le malade à **se rendre compte qu'il s'agit d'un souvenir du passé** et non de la réalité actuelle.

☐ I : Il est midi c'est l'heure du dîner, madame Carayol

● P : Il faut que j'aille préparer le dîner pour les petits.

☐ I : Comme cela, c'est vous qui *faisiez* la popote pour vos enfants ?

● P : Je vais être en retard.

☐ I : Je vois que vous êtes fiable. Dans le temps, quand vos enfants *étaient* encore à la maison, ils *devaient* aimer que le repas soit prêt à l'heure.

● P : Ah, oui !

☐ I : Qu'est-ce que vous leur faisiez pour dîner, autrefois ?...

L'utilisation du **passé** est une **façon non menaçante d'orienter la personne en facilitant une différenciation graduelle du présent et du passé** : on reconnaît ses souvenirs comme des souvenirs et non comme des événements du présent.

Double avantage :

— non menaçant pour la personne.

— répondre à un besoin perçu comme réel : prendre soin de ses enfants.

Au lieu de l'empêcher de parler de cette situation, on l'évoque comme un souvenir en le situant dans le bon cadre spatio-temporel.

• Exemple 4 bis :

P : Je veux mettre la robe bleue que je viens de me faire.

I : Vous aimeriez avoir la robe que vous vous *étiez* faite. Comme ça, *vous avez déjà fait* de la couture ?

P : Ah oui ! Je faisais même des robes de mariées.

I : Des robes de mariées... *Vous deviez* être très habile !

P : Je suis assez bonne. J'ai fait les robes de mariées de mes soeurs.

I : Vous *deviez* prendre du beau tissu pour faire les robes de vos sœurs.

Après quelques instants de conversation, présenter les notions d'orientation à la réalité pour accomplir l'acte de la vie quotidienne (A.V.Q.) proposé.

I : Maintenant, je vais vous aider à mettre votre robe. (sans faire de référence au temps).

✓ Si le malade se montre réticent intervenir sur le plan émotif

• BUT :

- susciter la participation en amenant à se remémorer des moments plaisants plutôt qu'en l'empêchant
- instants agréables, vous lui démontrez votre intérêt et vous en retirez de l'agrément puisque sa bonne humeur est manifeste.
- cette attitude dispose le Résident à mieux collaborer, à être plus réceptif à des données d'orientation qu'on lui fournira par la suite.

• ÊTRE HONNÊTE SANS HEURTER :

- cela n'implique pas qu'il faille participer au discours du malade et entrer dans sa désorientation
- cela n'implique pas non plus qu'il faille lui dire la vérité de façon brutale et de le heurter de front.
- ne pas donner de fausses réponses au malade, qui peut poser toutes sortes de questions.
- ne pas insister sur l'erreur et la rectifier si la correction peut être intégrée.

• NE PAS RENFORCER LA DÉSORIENTATION :

- Situations difficiles ou répétitives.
Exemple : malade qui demande sans cesse à voir ses parents décédés, ou qui veut retourner chez lui alors que c'est impossible.
- Certains intervenants fournissent les réponses attendues
«Vos parents vont peut-être venir demain.»
«Vous allez sortir bientôt»
Réponses données pour reconforter mais non thérapeutiques et à proscrire.
Ne contribuent pas à l'orientation.
- Effet “calmant” temporaire et la non-réalisation de nos “pseudo-promesses”.
- Risquent de susciter l'irritation du malade.
- Discours sans cesse à reprendre, jour après jour, et ce, avec un malade de moins en moins disposé à entendre nos remarques.
- Utiliser les verbes au “passé”.

✓ Différencier l'émotif et les faits réels

Tenir compte du contenu verbal du message ...

- **Lorsqu'il y a erreur sur la date, le moment de la journée ...orienter à la réalité est bien accueilli par la personne qui accepte la réorientation sur des données factuelles.**
- **Sur des données faisant référence à sa vie émotive possibilité de réactions très négatives à la réorientation.**

Ex : malade qui parle de ses parents comme s'ils étaient toujours vivants. Il n'acceptera pas d'emblée le choc d'une réalité aussi brutale : la mort de ses parents.

Comportement d'opposition à la réalité fort compréhensible :

- troubles de mémoire
- anxiété et douleur que ravive cet événement.

Réaction anxieuse normale car la mémoire étant déficiente, c'est comme s'il apprenait pour la première fois le décès de ses parents.

Dans ce cas ne pas orienter à la réalité et utiliser la validation affective.

III - La validation affective - Naomi Feil 1986

DÉFINITION

La validation c'est la reconnaissance par un tiers que ce qui est affirmé n'est pas entaché de nullité, a une valeur.

Si pour le monde matériel il est possible d'être comme Saint Thomas (qui ne croyait que ce qu'il voyait) **pour ce qui concerne les émotions et les sentiments d'une personne, il faut croire ce qui est exprimé.**

Accepter les émotions et les sentiments comme appartenant à la personne, les reconnaître comme vrais pour elle, les valider. **Ne pas les reconnaître c'est nier le vécu, c'est raisonner "sur" au lieu de consentir, sentir "avec" ; se mettre à sa place et dans sa peau, dans un mouvement d'empathie.**

Dans les derniers stades des pathologies démentielles, l'orientation à la réalité est surstimulante et devient utopique à réaliser, ce qui a amené Feil à expérimenter une intervention diminuant le stress, maintenant le sentiment de dignité et augmentant la satisfaction des personnes atteintes de déficit cognitif. Des propos relevant bien souvent du passé permettent de régler des conflits dans une dernière lutte pour retrouver la paix, ou encore permettent de renouer avec des bons moments dont la personne retire une satisfaction d'en parler. Avec la validation, l'on accepte le passé et l'importance de la réminiscence pour la personne.

* En terme concret, il s'agit, par exemple, au moment où la personne démente parle de sa mère (morte depuis 20 ans) de ne pas la confronter à la réalité de la mort qu'elle ne peut plus supporter au stade de la maladie où elle est rendue, mais de valider ses propos et d'en chercher la signification en axant la conversation sur le processus et les sentiments.

"Qui était votre mère? Comment était votre mère ?" sont des questions pertinentes à poser qui partent du vécu revalorisant, sans créer la réaction catastrophique connue stimulée par une réponse telle que "Votre mère est morte il y a 20 ans déjà".

À tout âge, la validation affective par l'écoute active, se branche sur le monde intérieur de l'autre.

Se dire "Il me comprend", construit la confiance, insuffle de l'espoir (lequel transfuse de la force), contribue à créer ou renforcer la personnalité. Cette constante -de la naissance à la mort- repose sur une base génétique, mémoire de l'espèce, et sur le vécu, de la première enfance notamment où le cerveau limbique, cerveau des émotions, boit comme un buvard l'encre l'expression des sentiments de la mère, s'en imprègne.

Lire les traces, sur un buvard (ou interpréter des comportements) n'est pas facile car les impressions multiples s'entremêlent.

Et, à tout âge, chez les personnes qui ne possèdent plus le langage, grâce à l'empathie on peut relever des indices qui aideront à mettre les sentiments perçus en mots.

Les buts de la Validation

- Redonner le sens de sa propre valeur.
- Réduire le stress.
- Donner un sens à la vie.
- Travailler à résoudre les conflits non réglés du passé.
- Réduire les besoins de contrainte physique ou chimique.
- Augmenter la communication verbale et non verbale.
- Prévenir le retrait sur soi et le glissement dans l'état végétatif.
- Améliorer l'allure et le bien-être physique.

Bases théoriques

Des principes de base développés par les psychologies comportementales, analytiques et humanistes, sous-tendent les postulats théoriques de la Validation.

- 1 - Acceptez votre patient sans jugement** (*Carl Rogers*).
- 2 - Le thérapeute ne peut donner d'éclairage ou changer le comportement si le client n'est pas prêt à changer ou n'a pas la capacité cognitive pour faire des prises de conscience** (*insight*) (*Sigmund Freud*).
- 3 - Reconnaissez votre patient comme un individu unique** (*Abraham Maslow*)
- 4 - Tout sentiment exprimé et par suite reconnu et validé par une écoute confiante diminuera d'intensité. Par contre les émotions gagnent en force quand elles sont ignorées ou niées. « Le chat ignoré devient un tigre »** (*Karl Jung*).
- 5 - Nous devons à chaque étape de le vie nous confronter à une tâche unique, l'accomplir, puis passer à la suivante.** (*Erik Erikson*)
- 6 - Une tâche ignorée se manifestera à une étape ultérieure** (*Erik Erikson*).
- 7 - Les êtres humains luttent pour l'équilibre** (*S. Zuckerman*).
- 8 - Quand la mémoire récente (mémoire à court terme) défaille, les personnes très âgées rétablissent l'équilibre en faisant appel aux souvenirs anciens. Quand la vue défaille, ils utilisent les yeux de l'esprit pour voir. Quand l'ouïe fait défaut, ils écoutent les sons du passé** (*Wilder Penfield*).
- 9 - Les premiers souvenirs, bien établis, restent imprimés au très grand âge** (*F. Schettler et G. S. Boyd*).
- 10 - Le cerveau n'est pas le seul organisateur du très grand âge. Le comportement est plutôt la combinaison des modifications physiques, sociales et psychologiques survenues durant toute l'existence** (*Adlian Vervoerdt*).
- 11 - Les autopsies ont montré que beaucoup de personnes très âgées survivent à des lésions cérébrales significatives tout en restant relativement orientées** (*Charles Wells*).
- 12 - Il y a une raison derrière chaque comportement des personnes très âgées désorientées** (*Naomi Feil*).
- 13 - Qu'il soit ou non désorienté, chaque être humain garde sa valeur** (*Naomi Feil*).

Le psychologue Eric Érikson a élaboré une théorie des stades de développement de la vie en se basant sur les relations qui existent entre nos capacités biologiques, mentales et sociales et nos comportements.

À chaque âge sa propre tâche. La facilité avec laquelle nous accomplissons une tâche à un moment donné dépend de la qualité avec laquelle nous avons accompli les tâches précédentes. Nous sommes toujours en train de lutter pour accomplir nos tâches de la naissance à la mort.

Stade	Tâche	Non accomplissement
1. Petite enfance	Apprendre à faire confiance quand il y a frustration.	Défiance. Je ne suis pas aimé.
2. Enfance	Apprendre à contrôler ses sphincters. Suivre les règles. Joie d'y parvenir.	Honte. Culpabilité. Reproche. Je souille tout.
3. Adolescence	Trouver sa propre identité. Révolte. Séparation de l'autorité parentale.	Insécurité. Délégation du rôle. Je ne suis
4. Adulte	Intimité. Partage des premiers sentiments. Être responsable de ses émotions, de ses erreurs et de ses succès.	Isolement. Dépendance.
5. Age mûr	Produire de nouvelles activités quand les anciennes sont dépassées. Se tourner vers quelque chose de nouveau.	Stagnation. Fixation sur des rôles dépassés.
6. Age avancé	Boucler sa vie. Trouver la force intérieure, l'intégrité. Mélanger le passé au, présent. Se donner de nouveaux buts.	Désespoir. « Je ferais mieux d'être mort ».

Naomi Feil ajoute un dernier stade de la vie qui n'était pas apparent autrefois, car la durée de vie était plus courte.

Stade	Tâche	Non accomplissement
7. Très grand âge	Résolution du passé	État végétatif

Il ne s'agit pas d'un retour conscient dans le passé comme dans la sixième et dernière étape d'Erikson, il s'agit d'un besoin humain profond : mourir en paix.

Ceux qui ont atteint l'intégrité dans le très grand âge, n'entrent jamais dans l'étape résolutive.

Mais comme les êtres humains vivent de plus en plus longtemps, il y aura un nombre croissant de très vieilles personnes qui entreront dans l'étape résolutive. Elles ont besoin de quelqu'un qui les écoute. et qui valide leurs émotions.

Si personne ne le fait, elles se replient dans l'état végétatif.

Sans stimulation du monde extérieur, elles deviennent un de ces morts vivants qui hantent nos maisons de retraite.

Il n'y aura jamais de résolution complète car il est trop tard pour la prise de conscience. Les émotions débordent sans être résolues, jusqu'au moment de la mort. Cependant, quand des émotions d'un genre ou d'un autre sont reconnues et validées, elles disparaissent. Les personnes très âgées continueraient-elles à mettre de l'ordre dans leurs émotions ?

Elles sont gouvernées par le temps subjectif de leur vie et non pas par les minutes ou les heures (temps psychologique/temps chronologique).

Cette vieille femme qui ne peut se résoudre à abandonner "la maternité" sa seule raison de vivre, hurle :

« Il faut que j'aie nourrir mes enfants. Ils ont faim ».

On lui dit alors: « Vous venez juste d'avoir votre petit déjeuner, et vos enfants il y a longtemps qu'ils sont grands»

Ce qui la fait hurler encore plus fort, car elle a oublié qu'elle vient juste de manger.

Cette vieille femme ne se souvient plus que depuis longtemps ses enfants sont grands.

Elle veut leur faire à manger "des oeufs sur le plat".

A.P.V.A.P.A. (Association pour la Promotion de la Validation Thérapie auprès des personnes âgées). Site de l'Association : <http://users.swing.be/apvapa/>

Le sixième sens : vivre debout est un impératif.

C'est celui que Sherrington, au début de ce siècle, a désigné sous le terme de **proprioception**.

Ce terme regroupe les sensibilités attachées aux instruments moteurs et d'orientation spatiale du corps : les muscles, tendons, articulations et appareil vestibulaire.

Pour cet auteur déjà, ce «sens secret» constituait les bases de «l'ancrage organique de notre identité».

Plus près de nous, le cas de la "femme désincarnée", décrit en 1986 par Oliver Sachs, montre bien comment certaines polynévrites aiguës qui entraînent la disparition sélective des plus grosses fibres nerveuses sensibles, peuvent conduire à une véritable "cécité proprioceptive" » et à *la perte, pour le patient, de tout sentiment d'appartenance à un corps.*

"Pas de corps, pas de représentations mentales" soutient Damasio dans *L'erreur de Descartes.*

«C'est le corps qui, en parlant du corps, fournit au cerveau les informations nécessaires à la représentation qu'il s'en construit : le schéma corporel.» J. D. Vincent

Ce sixième sens, surtout si on ne l'utilise pas, peut se détériorer ne plus informer le cerveau de la position du corps.

La conscience de soi, carte cognitive du schéma corporel, devient floue.

Le docteur S. ne se reconnaît même plus dans le miroir quand il est en train de se raser. Il est comme « à côté de lui ». Son cerveau ne lui indique plus où il est ni qui il est. Ainsi, s'il s'était bien contrôlé toute, aujourd'hui ses instincts sexuels refont surface.

Le regard lubrique et réjoui, le docteur S. pelote les nichons de l'infirmière occupée à le raser.

Quand je demande : « Docteur, savez-vous que ce que vous faites est déplaisant pour elle ? » Il m'envoie paître en disant : « Je ne suis pas le Docteur S ! Il est en train de consulter dans son cabinet. Maintenant laissez moi seul, j'ai à faire ! ».

L'homme que l'on rase, reste occupé à régler avant la mort ses émotions sexuelles non résolues.

Quand le cerveau ne sait plus où se trouve le corps dans le moment présent, les mouvements peuvent ramener les personnes très âgées à leur activité professionnelle. La mémoire musculaire demeure : elle a été enregistrée très tôt et renforcée tout au long des années. Mouvoir peut émouvoir.

Un léger toucher du poignet peut ramener ce vieil homme à son métier de charpentier.

Madame K., presque aveugle porte la main à ses lèvres en la caressant. Elle berce et endort son «bébé-main», ses mouvements déclenchent des visions. Sa main aussi douce que son bébé devient réellement son bébé. Elle rétablit ainsi son identité de mère.

« L'homme est un animal social »

Le contact visuel et le toucher, la reconnaissance et la Validation par des êtres chers sont des besoins humains de base. Avec peu ou pas de stimulation venant du monde extérieur, les gens végètent ou meurent.

La mort des êtres chers, la perte du travail, la perte du rôle dévolu de travailleur ou de mère, privent les personnes très âgées de stimulations sociales.

L'absence de stimulation mène à l'absence d'identité.

De la toute petite enfance au très grand âge, nous avons besoin d'interagir avec nos semblables. Coincées dans leur chaise roulante, beaucoup de personnes très âgées perdent tout contact avec le monde extérieur. Sans feed-back venant des autres, les personnes âgées ne peuvent plus combiner les perceptions intérieures avec ce qui est en réalité en train de se passer à l'extérieur.

Le monde extérieur devient flou, et elles ne se soucient plus de ce qui peut bien s'y passer.

«D'ailleurs, il n'y a personne ici qui se soucie de moi, personne à aimer, rien à faire.»

Les lésions visuelles et auditives, les atteintes de la conscience de soi et de la mobilité, poussent aussi à se retirer en soi-même.

Les personnes très âgées ont depuis longtemps arrêté de dépenser de l'énergie pour se rappeler les noms de ceux qui les entourent aujourd'hui.

Seules dans leur appartement ou coincées dans leur chaise roulante. elles retournent à l'époque où elles étaient quelqu'un. Elles utilisent leurs souvenirs les plus vifs pour rétablir ces moments du passé où elles étaient encore utiles, productives et aimées. Elles retournent au temps où ce qu'elles faisaient et pensaient comptait réellement. Elles revivent le passé pour restaurer leur dignité.

À présent, elles ne se soucient plus de plaire à ceux qui les entourent ici, car elles ne tirent aucune satisfaction de la réalité présente. Elles se stimulent elles-mêmes à travers leur mémoire. Le passé remplace le présent.

Le jour et la nuit, se confondent et se mélangent, dans un monde absurde où il n'y a nulle part où aller, rien à faire et personne à voir. Alors, les vieux moyens de percevoir le monde refont surface. Elles retournent dans le passé pour chercher leur identité, le sens de leur vie et pour clore leur existence. Leur communication, égocentrique, se fait avec les objets et les gens du passé.

La non utilisation des fonctions renvoie aux premières acquisitions

Les lésions dues à l'âge et à la non-utilisation du langage détériorent les centres du langage. Les personnes âgées ne peuvent plus retrouver les mots du dictionnaire, elles ne peuvent plus définir les objets, les gens ou les relations.

Elles ne peuvent plus mettre le mot « maman » dans la catégorie de « quelqu'un qui a des enfants ».

À la place de cela. elles retournent aux souvenirs bien établis de leur propre mère.

Cette vieille femme se balance pour faire revenir sa mère. Mouvoir fait s'émouvoir. Alors elle se sent aimée.

Quand le langage rationnel. celui que l'on a appris, fait défaut la personne âgée retourne aux « schémas linguistiques primitifs ». Les souvenirs bien appris persistent tout au long de l'existence.

Une stimulation dans le présent peut faire resurgir un souvenir ancien de façon extrêmement précise : nous pouvons revivre les visions, les sons. les odeurs et les émotions significatives qui ont été stockés dans notre cerveau depuis notre enfance.

Les mouvements remplacent le langage, car les mouvements sont les premiers à être engrammés dans notre mémoire, avant le langage. La personne âgée ne retourne pas en enfance car elle a un vécu, mais elle utilise pour s'exprimer du fait des pertes cognitives, le premier langage vécu, celui du corps.

Elles ne peuvent plus examiner les choses et les gens avec les critères de la société actuelle, car elles ne peuvent mémoriser ces critères à court terme. Elles n'ont plus envie alors, de se conformer aux règles de la société et ce qui les intéresse c'est d'examiner leurs expériences passées en utilisant leurs propres règles. Par ce déplacement d'attention, elles évitent la souffrance du présent, et échappent ainsi aux sentiments d'inutilité et de solitude.

Le jour, l'heure ou le lieu, tout cela ne les concerne plus. À quoi bon garder des traces du temps chronologique quand on n'y a plus sa place ? Alors elles ne répondent plus aux efforts des soignants plus jeunes des maisons de retraite qui tentent de modifier leurs comportements selon des standards d'une société jeune et productive.

Elles retournent à leurs racines et dédaignent, voire agressent ceux qui ne veulent ni les écouter ni discuter (selon certains modes) avec eux. Les personnes âgées préviennent l'état végétatif en restaurant le passé et survivent.

Quand chaque perte n'est plus compensée par une acquisition...

Tout au long de notre vie nous devons faire face à de nombreuses pertes qui relancent notre recherche d'un autre objet à aimer. Une perte n'est pas toujours une fin, elle engendre le plus souvent une acquisition. La notion d'acquisition peut se repérer dans une succession de relations avec d'autres humains qui ont laissé trace.

De traces en traces, au fil du temps, le Moi se construit en accumulant des couches successives, s'enrichit, se patine, c'est-à-dire qu'il est le lieu où la dynamique de la perte et de l'acquisition s'effectue, se stratifie.

Le nombre des pertes subies augmente avec l'âge. Nous en connaissons quelques-unes qui fonctionnent comme références dans la sagesse populaire. Par exemple l'entrée en maternelle qui fait acquérir à l'enfant la socialisation, mais "il perd" sa mère (laquelle perd son "petit" !) ; la perte du pucelage fait date pour acquérir le statut imaginaire d'adulte, à tel point que celui, ou celle, qui est soupçonné de l'avoir gardé est désigné par le vocable péjoratif de «vieux» garçon ou de «vieille» fille, qu'il ne faut pas confondre avec le terme de célibataire. Autre perte, précoce pour certains, la chute des cheveux. Enfin, perte obligée, même si pour certains elle paraît souhaitée, la retraite.

L'image du Moi change à chaque perte et nous devons nous adapter. Nous le faisons en nous investissant dans une autre direction.

Il en est ainsi tout au long de notre vie. Nous devons faire face à de nombreuses pertes qui relancent notre recherche d'un autre objet à aimer.

L'état de vieillesse nous attrape quand une perte ne peut être compensée par une acquisition et, brutalement, devient la perte en trop !

La succession des "travail de deuil" (perte de la vue, de l'ouïe de la mémoire à court terme, des rôles sociaux, du métier, du domicile, de la mobilité) sans acquisition en regard, fait que ces personnes âgées préfèrent se replier. Elles se retirent du temps présent : elles n'ont pas d'autres choix pour s'en sortir.

Le passé adoucit la souffrance du moment présent, ramène la nostalgie des rues familières, des êtres proches et du travail.

Telles des naufragés perdus dans la tempête, les personnes très âgées désorientées se retirent dans le passé pour se mettre à l'abri.

Le vieillissement différentiel

Chaque personne est unique et réagit de façon spécifique aux modifications physiques et sociales qui frappent chacun dans le très grand âge.

Les gens sont plus différents les uns des autres dans le grand âge qu'à n'importe quelle autre époque de leur vie.

Aussi, le fait de classer les personnes très âgées désorientées dans une catégorie unique nommée démence ou bien encore selon l'étiquette maintenant populaire démence de type Alzheimer fait que très souvent on a recours à des méthodes inappropriées pour les aider.

Certaines personnes très âgées peuvent encaisser les coups et rester orientées malgré d'importantes lésions cérébrales. D'autres au contraire avec les mêmes lésions cérébrales deviennent complètement désorientées.

L'état du cerveau au scanner n'est qu'un critère parmi d'autres et ne donne pas d'indications suffisantes pour poser un diagnostic.

Le comportement du vieillard dépend de deux facteurs :

- le répertoire de stratégies adaptatives qu'il a acquis au cours de sa vie ;
- la combinaison des pertes physiques et sociales.

Ceux qui ont une large palette de comportements ont les meilleures chances de succès pour affronter les handicaps physiques du très grand âge. Ces personnes âgées n'ont pas besoin de Validation : elles se valident elles-mêmes tout au long de leur existence et peuvent modifier leurs comportements extérieurs.

« On considère généralement que la vieillesse vient de l'usure accumulée du corps : un cœur qui flanche d'avoir trop battu, des artères qui s'encrassent d'avoir trop charrié de sang, des articulations écrasées par des frottements continus, un cerveau encombré de trop de savoir et délabré par les coups de bélier des émotions. Mais c'est l'inverse qui est vrai : le corps vieillit de ne plus servir. Les os se fragilisent d'avoir à supporter un poids réduit par la fonte musculaire ; les articulations se raidissent d'être immobilisées ; les artères se bouchent soumise au flux réduit du sang ; et, dans le cerveau, les chemins s'effacent à n'être plus parcourus.

L'affaiblissement des fonctions produit une sorte d'atrophie de l'espace extracorporel. Il est vrai qu'animé par un désir défaillant, avec des cellules programmées pour mourir et qui meurent, le corps sécrète un environnement raréfié, rétréci et frileux, adapté à ses infirmités, comme un membre brisé s'enveloppe d'un plâtre pour éviter la souffrance.

Le milieu appauvri désactive en retour le désir, l'entraînant dans un cercle vicieux qui conduit au désamorçage et au tarissement de la source. Dans la rivière asséchée le temps ne coule plus et le vieillard ne le sent plus passer. Il ne s'accélère pas comme on le pense généralement ; il n'est qu'un mince filet d'heures. On dit quelquefois : mourir d'ennui ; mais avec la vieillesse, c'est de ne plus pouvoir s'ennuyer que l'on meurt. » J.D. Vincent

Aucune recette...

« Les événements passés vivent en exil dans notre mémoire. Ils reviendront un jour si le présent ne les chasse plus. Quand le présent défaille, le passé prend sa place dans la conscience. On le voit, notamment, dans les situations d'isolement sensoriel, où le sujet n'a d'autre choix que de revivre son passé : les prisonniers, les déprimés, les isolés ruminent parce que rien, dans leur réalité présente, ne les en empêche. » J. D. Vincent

Dans les thérapies de soutien, l'empathie, la chaleur humaine, le respect, la connaissance du résident et la compréhension de ses buts, doivent aider les soignants à trouver la réponse la mieux adaptée.

Prendre soin des personnes âgées : entre le cerveau et la main, il faut qu'il y ait le cœur.

Bibliographie

- Feil Naomi, Validation : un guide pour aider les personnes âgées désorientées, Pradel, Paris, 1994, 126 p.
- Messerli K., Ritter E., J'ai vraiment besoin d'aide jusqu'à ce que tout aille de nouveau bien, Revue Prix des soins Hartmann 1994, p 77, Hartmann, D89522 Heidenheim, 81 p
- Vincent J-D., La chair et le diable, Odile Jacob, Paris, 1995, 315 p.

septembre 1996
Dr Lucien Mias

