



S'interroger sur l'accessibilité

L'Institut Wallon pour la Santé mentale a choisi de s'interroger tout au long de l'année qui vient sur l'accessibilité en santé mentale. Vaste question dans un secteur où les besoins peuvent se décliner à l'infini et où l'offre semble foisonner bien au-delà des seuls services de soins en santé mentale. Au moment où s'achève le travail préparatoire qui nous permet de baliser cette perspective 2005, cet article entend faire le point sur les orientations qui se dessinent et sur la façon dont nous envisageons de les aborder¹, même si celles-ci vont encore évoluer et se préciser.

Francis Turine, Président
et **Christiane Bontemps**, Directrice
Institut Wallon pour la Santé Mentale

Une préoccupation du secteur

Lors de sa dernière Assemblée Générale (juin 2004), l'Institut Wallon pour la Santé Mentale a examiné l'état des lieux des préoccupations de ses différents membres. Celui-ci s'appuyait sur la mise en commun de rencontres singulières organisées avec la plupart d'entre eux. Un échange à chaque fois passionnant qui nous a aidé à mieux connaître notre base associative, sentir les attentes vis-à-vis de l'Institut, comprendre pourquoi chacun s'est inscrit dans le mouvement et organiser une façon de travailler ensemble...

Un travail indispensable dans une association qui se veut à l'écoute de ses membres.

Un document de synthèse des ces rencontres est en cours de rédaction² et la mise à plat des résultats de ces échanges constitue pour tous ceux qui suivent le projet au quotidien un outil de travail incontournable.

Dans la suite de cette analyse et du débat qu'elle a suscité, l'équipe des permanents et un comité réunissant des représentants de l'IWSM ont réfléchi à la façon d'organiser le travail en 2005. Il en est sorti le désir de recentrer l'ensemble des activités autour d'une thème porteur, dans lequel la plupart des acteurs de santé mentale en Wallonie, peuvent se retrouver et sont prêts à s'engager.

Et, tout comme l'IWSM se pose la question de savoir comment mieux être à l'écoute de ses membres..., la plupart d'entre eux s'interrogent sur la façon d'être plus à l'écoute de leur public. **Accessibilité**, ... le mot est lâché! Un principe essentiel dans une politique de santé, un objectif à atteindre pour tout qui se met au service d'une population... Une question qui nous mobilise et nous mobilisera tout particulièrement dans les mois à venir....

Le droit à l'accessibilité

Nous savons que les problèmes de santé mentale sont légion et que ceux qui en souffrent peuvent être particulièrement démunis face à ces 'maladies de l'âme' encore trop souvent banalisées ou stigmatisées. En outre, dans notre secteur, ils ont à faire à un foisonnement de l'offre qui constitue une richesse en termes de ressources et de réponses mais qui représente souvent un véritable labyrinthe pour la personne en difficulté et son entourage.

De bonnes raisons de s'intéresser à la question de l'accessibilité....

Le concept d'accessibilité³

Celle-ci se définit dans un rapport à l'autre, souvent dans une perspective à sens unique: tel intervenant ou tel service est (plus ou moins) accessible.

Si toutefois un dialogue et une réflexion peuvent s'ouvrir, la question de l'accessibilité s'élargit à la façon dont une interaction se crée entre: d'un côté l'intervenant ou le service en question et la façon dont il se rend accessible, et de l'autre, l'individu, et la façon dont il rend cet intervenant ou ce service accessible mais également ce qu'il attend de l'accessibilité de ce service. Une relation s'installe.

L'accessibilité des soins se situe dans une relation -c'est en tout cas une hypothèse-. A l'antipode de l'inertie; elle s'inscrit profondément dans ce qui caractérise l'être humain: la complexité. En effet, le soin peut-il être approché dans une relation à sens unique? Ou bien se situe-t-il nécessairement dans une relation entre deux personnes, entre une institution et une personne, entre une société et chacun de ses citoyens? Peut-on parler de soins en santé mentale sans parler de 'qui les propose' et de 'qui s'en saisit'?

Accessibilité et approche de la complexité⁴

La question de l'accessibilité aux soins en santé mentale renvoie au concept de santé mentale. Il ne s'agit certes pas d'un concept univoque; au contraire il nécessite une lecture plurielle de l'être avec ses aspects psychologique, spirituel, social, physique, ...

Cette perspective ouvre sur une certaine façon de s'intéresser aux soins. Devraient idéalement y être considérés l'ensemble des «soins», à savoir ceux qui se définissent comme tels (soins psychiatriques, soins psychothérapeutiques, soins médicamenteux, soins psychosociaux,...) mais également l'ensemble des pratiques qui ont pour objectif direct ou indirect un 'mieux être'. Mais ne convient-il pas également de considérer

tout « ce qui fait soins », de l'écoute attentive d'un ami, en passant par l'association de quartier cherchant à renouer du lien social, à l'aide apportée au quotidien par l'aide familiale ou au soutien du centre PMS à un jeune en décrochage... La perspective est extrêmement vaste. Elle correspond à ce qui fait la singularité de l'être humain et de ce qui le caractérise : la complexité.

Une démarche progressive et multiple

On le voit, la question de l'accessibilité est extrêmement vaste. Et pour travailler ce thème, on ne peut faire l'impasse sur une série de questions essentielles qui risquent de nous mener bien en amont de celle de l'accessibilité aux services spécialisés de soins en santé mentale.

Cependant, pour des raisons pragmatiques d'organisation du travail, nous partirons de l'accessibilité limitée aux services spécialisés de soins en santé mentale, en nous appuyant sur les questions soulevées par les membres de l'*Institut* et, avec eux, nous interrogerons le cheminement de l'accessibilité dans ses différentes étapes, tel que nous venons de le poser comme hypothèse.

En pratique :

Interroger l'**accessibilité des services de soins en santé mentale** nous permettra d'interroger :

- ▶ L'accès à ces services ;
- ▶ Les autres possibilités de prise en charge ou d'aide ;
- ▶ Le besoin d'aide ;
- ▶ La santé mentale.

Dans **une démarche qui associe :**

- ▶ Les services spécialisés ;
- ▶ Les intervenants de 1^{ère} ligne (par ex. les médecins généralistes, les services sociaux, ...);
- ▶ Les usagers ;
- ▶ La population

Et qui porte sur **les multiples facettes de l'accessibilité :**

- ▶ Financière ;
- ▶ Culturelle et langagière, ou 'symbolique' ;
- ▶ Géographique ;
- ▶ Administrative/organisationnelle : liée aux modalités de fonctionnement et d'organisation du service ;
- ▶ Physique ;
- ▶ En temps : urgence, délai d'attente, ... ;
- ▶ Relationnelle : qualité de l'accueil ;
- ▶ De lisibilité : en lien au droit à une information de qualité ;
- ▶ ...

Une double perspective :

- ▶ Réaliser un **état des lieux** : Il s'agira de **faire un relevé** des problèmes d'accès à l'aide et aux soins dans le champ de la santé mentale et de les **analyser**, ainsi que de repérer ce qui a pu être développé pour y pallier. Ce travail fera l'objet d'une étude consignée dans *un rapport*.
- ▶ Encourager une **dynamique de changement** : Les résultats de l'analyse permettront de réfléchir à ce qui pourrait être envisagé pour **soutenir** l'accessibilité. Cette réflexion débouchera sur *des recommandations* et *des actions* visant à faciliter l'accès à des soins appropriés pour tous ceux qui en ont besoin.

Les temps forts du projets

- ▶ Un temps de **consultation** de nos membres (en cours) ;
- ▶ Un temps de consultation des intervenants de 1^{ère} ligne et des représentants de la population, sous forme de **tables-rondes** ;
- ▶ Un temps de mise en commun et d'échanges dans le cadre d'un **colloque**.

A suivre dans **Confluences** qui approchera chaque trimestre un des volets de l'accessibilité.

¹ Cette présentation s'appuie sur les travaux du comité de pilotage du projet composé de l'équipe des coordinateurs de l'IWSM et de représentants des membres et du Conseil d'Administration. Le projet s'appuie sur une phase préparatoire alimentée par les travaux de François Delforge, collaborateur ponctuel de l'IWSM. Un rapport complet de ces travaux préparatoires sera disponible, à la demande, fin janvier (IWSM - 081/23.50.15 – iwsm@iwsm.be).

² Intégré dans le rapport d'activités 2004 de l'IWSM, il sera disponible dans le courant du 1^{er} trimestre 2005.

³ A partir de l'analyse réalisée par François Delforge.

⁴ A partir de l'analyse réalisée par François Delforge.



Les troubles du spectre autistique

Appellation adoptée sans être contrôlée !

« ... l'expression «troubles du spectre autistique» qui est utilisée dans l'intitulé du projet de convention, est définie par le texte de la convention comme un synonyme exact de l'expression «troubles envahissants du développement». Elle a été préférée à cette dernière, simplement parce qu'on peut penser qu'elle sera mieux comprise hors des milieux spécialisés. (sic)

Francis Turine

Président de l'IWSM

Administrateur de la Plate-Forme

Namuroise de Concertation

en Santé Mentale (PFNCSM)

Directeur du Centre de psychiatrie infantile
« les Goélands »

C'est en ces termes que le Président du Collège des médecins-directeurs de l'INAMI a répondu, en mai dernier, à l'interpellation de la Plate-Forme Namuroise de Concertation en Santé Mentale concernant la création de centres de référence pour l'autisme.

Chacun évaluera la pertinence de cette hypothèse de compréhension plus aisée par les non spécialistes. On est tout autant en droit de s'étonner de cette liberté langagière alors que les mêmes Pouvoirs Publics, au nom des avancées de la connaissance, imposent aux acteurs de terrain l'application stricte des catégories et appellations prévues par les DSM-IV et/ou CIM10.

Ceci étant, le Comité d'Assurance de l'INAMI vient donc d'approuver le texte de convention de rééducation fonctionnelle relative aux centres de référence pour les troubles du spectre autistique¹.

L'objectif de ces centres (il y en aurait 7 pour tout le pays) serait

« plus précisément, pour la plupart des patients, de réduire à moins d'un an le délai entre les premières plaintes des parents auprès d'un acteur du réseau de soins et la pose d'un diagnostic par un centre de référence, et à moins de 3 mois le délai entre la pose du diagnostic et la première prise en charge appropriée ».

L'objectif est honorable sans conteste mais comment cela se concrétiserait-il ? Cela se fera-t-il grâce à la fermeture des services d'accueil de jour pour jeunes (SAJJ), à la diminution de places en structures résidentielles (SRJ), à la création de services d'aide à l'intégration (SAI) ?

En effet, dans le même temps où l'INAMI affirme, dans le courrier précité, que « ... la convention ne se prononce pas sur le statut de maladie ou de handicap des «troubles autistiques», cette question n'étant pas tranchée ... », la Ministre de la Communauté française déclarait l'autisme comme constituant une catégorie de handicap à part entière, l'autisme recevant un numéro de nomenclature auprès de l'AWIPH.

Bien plus, l'audit réalisé dernièrement au sein de l'INAMI avance que les centres conventionnés s'occupant exclusivement d'autistes devraient devenir IMP ! Il est permis de supposer que ce commentaire s'inscrit déjà dans une préparation de régionalisation de certains aspects de la sécurité sociale ; la Flandre ne dispose que de trois centres conventionnés avec l'INAMI alors qu'il y en a 13 en région francophone. Un tel transfert à la Région aboutirait donc à un certain équilibre puisqu'en Région flamande, les autistes sont déjà pris en charge par les IMP. Mais ceux-ci sont-ils identiques aux structures wallonnes ? Disposent-ils de moyens analogues ou supérieurs ?

L'AWIPH, quant à elle, est déjà exsangue... face à des choix cornéliens,

favorisant actuellement l'ouverture de services pour adultes ou pour poly-handicapés au détriment des outils existants pour l'accueil des enfants !

Ces propos montrent à suffisance combien le secteur se destinant à l'accueil de ces enfants et adolescents bien particuliers, présentant des troubles envahissants du développement, est en plein mouvement et que des changements sensibles vont probablement encore se produire dans les années à venir.

Relevons toutefois que le texte adopté pour la convention approuvant la mise en place de centres de référence prévoit un **conseil d'accord** « chargé de veiller à la cohérence des pratiques entre les différents centres..., d'évaluer l'interaction entre les centres et les différents acteurs du réseau de soins, d'évaluer et de diffuser... les principales innovations théoriques... ». « Le conseil d'accord est composé d'un représentant de chaque centre conventionné..., d'un représentant de chacune des plates-formes de concertation en santé mentale... et des membres du Collège des médecins-directeurs de l'INAMI ».

Apprécions la nouveauté, l'implication attendue, au sein du conseil d'accord, des plates-formes de concertation en santé mentale, témoins des réalités du terrain, des pratiques plurielles, de la multidisciplinarité, des collaborations ponctuelles ou régulières autant que des approches théoriques diverses.

Il nous reste, à présent, à attendre ce que les initiateurs des centres de référence qui doivent nouer un lien privilégié avec une université, vont proposer comme interactions avec les acteurs du réseau de soins... ●

¹ Texte disponible au Centre de documentation In-Folio (IWSM): 081/23 50 12

Quel avenir pour les réseaux de soins en santé mentale ?

Didier De Vleeschouwer

Sociologue,
Coordinateur de la Plate-Forme
Namuroise de Concertation
en Santé Mentale

Fin mars 2003, peu après le premier colloque organisé par l'Institut Wallon pour la Santé Mentale sur les pratiques de réseaux, le secteur de la santé mentale apprenait avec une certaine stupeur que le protocole d'accord visant le développement des soins intégrés en santé mentale n'était pas signé par les Régions bruxelloise et wallonne. En clair, il n'y avait plus de protocole d'accord, alors que les politiques avaient clairement annoncé leur intérêt pour les réseaux et leur intention d'arriver à un protocole d'accord pour des expérimentations de réseaux destinés aux jeunes (déclaration d'intention du 24 juin 2002). Une certaine précipitation due aux élections fédérales n'avait pas permis de finaliser l'accord de manière consensuelle, d'aplanir les craintes quant à la rigidité territoriale, de garantir des moyens budgétaires et d'engager les différentes instances à entamer les réformes nécessaires. Fallait-il à l'époque céder à l'impératif de l'urgence au prix de certains renoncements ?

Les perspectives qui se dessinent en cette fin d'année 2004 nous démontrent le contraire puisqu'elles semblent offrir une réponse positive aux questions de financement et à la souplesse souhaitée pour rencontrer les réseaux qui existent déjà sur le terrain. Quelles sont ces perspectives et comment y est-on arrivé ?

Lors de la Conférence Inter ministérielle de Santé du 24 mai 2004, les ministres ont amendé la déclaration d'intention du 24 juin

2002. De cette manière, ils ont adopté quelques principes qu'il me semble utile de rappeler ici : il n'est plus nécessaire d'établir un protocole d'accord pour démarrer les projets-pilotes « réseaux » (1) ; les patients avec une problématique chronique et complexe - définis dans le texte ministériel comme « patients pour lesquels le risque de discontinuité des soins et le besoin de circuits de soins sont les plus élevés » - constituent le groupe cible (2) ce qui implique de fait un élargissement aux 3 catégories d'âge différentes (et non plus seulement au groupe des jeunes) ; trois types d'acteurs et/ou partenaires différents au moins doivent participer aux projets-pilotes (3) ; chaque autorité s'engage à chercher un budget de sorte qu'un maximum de projets-pilotes puissent être lancés en 2005 (4).

En accord avec les décisions prises lors de la Conférence du 24 mai 2004, le Ministre fédéral des Affaires sociales et de la Santé, Monsieur Rudy Demotte, a annoncé récemment qu'il a réservé un budget en 2005 pour financer des projets-pilotes. Ces projets devront répondre aux principes évoqués dans la déclaration d'intention telle qu'elle fut amendée le 24 mai 2004. Deux types de concertations seront financés : les concertations autour du patient (via un budget INAMI de 2 100 000 € pour l'ensemble du pays) qui se rapprochent des collaborations cliniques bien connues des praticiens (1) et les concertations de réseaux (via un budget santé publique de 2 000 000 €) qui seront confiées aux plates-formes de santé mentale et qui visent à poser un cadre à l'offre de soins entre partenaires/institutions afin de faciliter l'instauration et le bon fonctionnement des collaborations cliniques, dans une perspective de santé publique.

Il s'agit de toute évidence d'une excellente nouvelle, attendue depuis longtemps par le secteur de la santé mentale. Bien entendu, il conviendra, avant de se prononcer définitivement et de se réjouir, d'analyser de manière plus précise les critères d'inclusion, de sélection et d'évaluation. Quels seront, par ailleurs, les initiatives que prendra le Gouvernement wallon et la nouvelle Ministre de la Santé, Madame Christiane Vienne ? Aucune perspective politique à ce niveau n'est actuellement annoncée. Certes, il convient de laisser au nouveau Gouvernement wallon le temps de prendre ses marques ; mais il me semble nécessaire qu'une position soit rapidement adoptée en ce qui concerne les services de santé mentale écartés de facto par les autorités fédérales (parce qu'elles ne sont pas compétentes) des concertations autour du patient. ●



Les hôpitaux de jour psychiatriques en réflexion sur leur avenir

Depuis plus de trente ans, les intervenants des hôpitaux de jour ont appris progressivement à passer du travail individuel à une approche pluridisciplinaire. A l'heure de la politique des réseaux et circuits de soins, ils sont aujourd'hui amenés à travailler au-delà même de la pluridisciplinarité pour inventer la « pluri-institutionnalité ». Sortir des murs de son institution pour aller à la découverte des autres structures de soins et de leurs intervenants devient indispensable.

Ils ont eu l'occasion d'en parler entre eux lors du dernier colloque¹ du Groupement francophone des hôpitaux de jour psychiatriques qui s'est tenu à Liège. Sa formule en ateliers, qui réunit des intervenants de structures parfois très singulières et de différentes régions francophones de l'Europe, favorise la rencontre et la confrontation de pratiques parfois très originales qui ne manquent pas de susciter la réflexion de tous.

Thierry Lottin

Psychologue à la Clinique Notre Dame des Anges à Liège
Administrateur IWSM

Qu'est-ce qu'un hôpital de jour psychiatrique ?

Une bonne question... En effet, il ne semble pas y avoir de définition unanime. Celle-ci dépend du fonctionnement et des caractéristiques propres à chaque hôpital.

Le **commun dénominateur** pourrait se situer autour de ces éléments : d'une part, une offre de soins étalée sur une ou plusieurs journées de la semaine, adressée à un patient qui passe ses nuits à domicile, et, d'autre part, un travail pluridisciplinaire au sein d'équipes constituées d'infirmiers, ergothérapeutes, éducateurs, kinésithérapeutes, assistants sociaux, psychiatres, psychologues, etc.

Une des **divergences** fondamentales porte sur le travail réalisé. Au cours du colloque, Jean Bertrand² a rappelé qu'on peut distinguer maintenant deux types d'hôpitaux de jour psychiatriques : le « *day care center* » au pôle psycho-social plus prononcé et le « *day treatment center* » axé davantage sur le pôle thérapeuti-

que. En Belgique, cette spécification conduit à distinguer centre de jour et hôpital de jour proprement dit. Les premiers visent à soutenir et accompagner un usager souvent à long terme et à durée indéterminée alors que les seconds tendent de plus en plus à accueillir des patients en traitement pour une durée déterminée, en continuité ou en alternative à une hospitalisation résidentielle.

Les hôpitaux de jour se différencient aussi selon leur environnement. Chez nous, la plupart des hôpitaux de jour trouvent leur origine au sein des hôpitaux psychiatriques. Dans un premier temps, ils ont donc surtout accueilli des patients au sortir de l'hospitalisation résidentielle afin d'assurer en douceur la réinsertion dans le monde extérieur. On parle alors de post-cure. Cette assise au côté, ou même dans les murs de l'hôpital psychiatrique, explique, sans doute en partie la coloration médicale qui imprègne fortement l'hôpital de jour belge. Sous cette forme, il reste avant tout un lieu de traitement.

Quelques hôpitaux de jour, par contre, ont avant tout été conçus pour éviter l'hospitalisation des personnes

présentant une pathologie de type psychotique nécessitant un soin à long terme. On retrouve surtout cette orientation chez nos voisins français où, historiquement, en référence au courant psychanalytique, s'est développée une forme de thérapie institutionnelle s'appuyant sur l'analyse de la vie communautaire. Il s'agit ici de ce que nous avons tendance à appeler des centres de jour offrant des possibilités de séjours, en journée, au long cours.

A côté de ces deux catégories d'hôpitaux de jour que l'on retrouve plus spécifiquement chez nous, d'autres modèles forgés par leur environnement propre ont vu le jour. Cette diversité de fonctionnement explique la difficulté d'en donner une définition unanime. Ce cadre relativement flou offre aussi un espace de travail très large et laisse libre cours à la créativité des équipes en place.

Un secteur en évolution dans une société qui bouge

Avec Marc Hayat³, on peut notamment pointer aujourd'hui la conjonction de phénomènes divers qui ont favorisé le développement de structures d'accueil et de soins de plus en plus légères et démedicalisées, en même temps que notre société modifie progressivement sa perspective en considérant les gens qui fréquentent le monde de la santé mentale non plus comme des malades mais comme des usagers qui ont besoin de retrouver leur plein exercice de citoyen.

Manifestement, et c'est un autre aspect sensible de l'évolution actuelle, les hôpitaux de jour s'interrogent sur leur devenir dans un contexte qui se veut de plus en plus axé sur les « réseaux et circuits de soins ». Pour l'hôpital de jour comme

pour d'autres structures de soins, il s'agit d'accompagner les patients au-delà des murs de son institution pour se tourner vers l'extérieur. Il s'agit avant tout d'entretenir des liens entre institutions plus que de formaliser des réseaux de soins qui enfermeraient les uns et les autres dans des trajectoires obligées, coupant toutes libertés et créativité nécessaires au travail en santé mentale. Ces conditions sont indispensables pour permettre à la personne accompagnée de dessiner sa trajectoire de soins personnelle. Les services doivent pouvoir aujourd'hui trouver les moyens de développer ces conditions, par exemple en favorisant les échanges entre intervenants d'institutions diverses, via des formations « pluri-institutionnelles », en dégageant du temps et des moyens pour se déplacer à la rencontre des uns et des autres, en prévoyant des lieux et en reconnaissant des fonctions de coordination (peut-être par le biais des plates-formes psychiatriques régionales ?), etc.

Une préoccupation transversale : l'évaluation

A pointer, à partir de deux questions abordées en atelier lors du colloque (*Pourquoi nous paie-t-on ?* et *Un hôpital de jour adaptable, un hôpital de jour adapté ?*), un thème incontournable pour le devenir des hôpitaux de jour psychiatriques : celui de l'évaluation. Evaluation par qui, de qui ou de quoi, pour qui et pourquoi ?

Nous savons tous que l'évaluation existe à tous les niveaux et s'exerce avant tout par ceux qui ont besoin de contrôler. Le pouvoir politique et les organismes payeurs veulent contrôler que les institutions de soins font bien le travail attendu. Les responsables d'institutions veulent s'assurer que leurs intervenants font du bon travail. Les soignants veulent évaluer les patients dans les objectifs déterminés. Et, in fine, les citoyens cherchent à ce que leurs besoins soient couverts.

Ces soucis légitimes de contrôle et d'évaluation suscitent la crainte, voire la rébellion chez celui qui est éva-

lué. Ce rapport de défiance, qui ne fait qu'entretenir les peurs des uns et les résistances des autres, peut aboutir à des aberrations. Par exemple, quand des représentants des pouvoirs publics proposent d'utiliser des instruments d'évaluation qui se fonderaient sur la seule fréquentation en hôpital de jour ou des activités qui s'y tiennent, ils suscitent des réactions où l'enjeu n'est plus l'intérêt du soin mais simplement la survie de l'institution. La question se définit dès lors en termes de valeur marchande : par exemple, comment assurer une fréquentation à 100% de mon hôpital de jour ? Y répondre risque d'entraîner la mise en œuvre de moyens visant non plus la qualité du soin mais la manière de séduire une clientèle. L'hôpital de jour n'est pas voué à s'adapter à ce genre de rapport, au risque sinon de devenir un club Med ! N'appartenons-nous pas au secteur non-marchand ? Curieuse désignation d'ailleurs où nous ne sommes définis que par l'absurde...

Se rebeller, résister à l'évaluation ? Pourquoi pas, mais avec le risque d'aboutir à un renforcement des moyens de contrôle et d'évaluation... A partir de ce débat, nous nous interrogeons sur la façon de sortir de ce cercle vicieux. Une des pistes serait de se poser la question en inversant le rapport à l'autre. Contrôler sous-entend en effet de savoir comment faire confiance à l'autre. Par exemple, les institutions comprennent que les organismes payeurs cherchent à obtenir des preuves de la confiance qu'ils placent en elles. Et si elles renversaient le rapport ? Si nous, institutions, nous nous demandions comment mettre en confiance et entretenir de bonnes relations vis à vis des pouvoirs dont nous dépendons ? Autrement dit, plutôt que de se faire contrôler, il s'agit pour l'institution d'assumer sa responsabilité à installer un climat de confiance. La question ne serait pas tant de comment réaliser cette évaluation. Il s'agit plutôt de comment sécuriser l'autre.

Dans cette perspective, on peut concevoir un rapport différent où chacun se montre soucieux de témoigner à l'autre sa confiance, chacun veille à

apporter à l'autre des moyens pour le rassurer. Dans notre exemple, il appartient aux hôpitaux de jour de sécuriser le pouvoir subsidiant et de lui apporter les moyens de leur faire confiance et, réciproquement, il revient à l'autorité de clarifier ses objectifs et de s'appuyer sur son expertise en la matière et sur une bonne connaissance du terrain... La boucle est bouclée, mais en sens inverse.

Il en va de même à tous les niveaux : donner les moyens à chacun d'avoir une bonne connaissance de l'autre pour asseoir au mieux une confiance mutuelle toujours en devenir. Fournir à l'autre les moyens de bien cerner ses intentions (pour le pouvoir politique), ses missions (pour l'institution), ses désirs et attentes (pour le patient), ses compétences (pour le soignant), etc.

Continuer à s'ouvrir à l'extérieur

En conclusion, comme les autres institutions, l'hôpital de jour psychiatrique est amené à s'ouvrir vers l'extérieur. Gageons que la rencontre avec les intervenants extérieurs, leur fonctionnement et conceptions différentes du travail sera une confrontation riche en découvertes et remises en question pour la créativité de tous. ●

¹ Le XXXIIème Colloque du **Groupe**ment s'est tenu les 1er et 2 octobre 2004, au Palais des Congrès à Liège avec pour thème : *Quels projets aujourd'hui pour l'Hôpital de jour demain ?*

² Jean Bertrand, Psychiatre, Professeur à l'Ulg, consultant à l'hôpital de jour « La Clé » à Liège.

³ Marc Hayat, Psychiatre CTR-SPASM, 31, rue de Liège, 75008, Paris.



Maltraitance et Société

Comme la plupart des services SOS Enfants, l'équipe namuroise existe depuis 20 ans. Elles ont été créées à l'initiative de l'ONE (Office de la Naissance et de l'Enfance), dans la foulée de la Recherche-Action qui a élaboré, au sein de trois services universitaires en Wallonie et à Bruxelles, le projet d'équipes spécialisées dans le suivi des situations de maltraitance. L'idée de départ était assez nouvelle (révolutionnaire dira notre interlocuteur!) puisqu'il s'agissait à la fois d'aider l'enfant, d'inscrire le travail dans une approche pluridisciplinaire et d'établir un partenariat entre secteurs de la Justice et de la Santé Mentale. Autant de défis qui pour l'époque n'allaient pas de soi! On n'a pas tous les jours 20 ans..., et à Namur, cet anniversaire fût l'occasion, ce 14 septembre dernier, de re-poser les questions essentielles qui sous-tendent l'action.

Rencontre avec **Marc Minet**
Coordinateur de SOS Parenfants à Namur

Une interview réalisée par **Virginie Olivier** et **Christiane Bontemps** – IWSM

Qu'est-ce qui a changé en 20 ans ?

Au niveau du cadre tout d'abord, il faut savoir que les services SOS Enfants, qui au départ dépendaient directement de l'ONE, ont été, au fil des années, reconnus dans un premier puis un deuxième décret et se sont constitués en asbl. Une Fédération des équipes SOS Enfants a vu le jour, avec pour rôle de défendre les équipes et de leur assurer cohérence et confrontation des pratiques. Et, tout récemment, un nouveau décret (cf. *Confluences* n° 6) a été voté pour définir une procédure d'agrément qui offre plus de garanties. Il s'agissait aussi de répartir et préciser le territoire des 12 équipes reconnues aujourd'hui en Wallonie et définir la taille de l'équipe en fonction de celle de la population à desservir.

Parallèlement, dans le travail, les idées de départ ont continué à s'élaborer, tant dans la spécificité des interventions que dans la professionnalisation des intervenants. On peut pointer la difficulté de travailler sans qu'il n'y ait, généralement, de

demande. Difficulté aussi d'associer les enfants (souvent victimes) mais aussi la famille et l'auteur dans le processus d'intervention, sachant que la majorité des cas de maltraitance sont intra-familiaux. Difficulté enfin de tenir compte des partenaires en présence entre lesquels un important travail d'articulation se tricote progressivement: à côté des secteurs « Justice » et « Santé mentale » s'est ajouté plus récemment un troisième partenaire, l'Aide à la Jeunesse.

Mais les changements les plus importants se situent surtout au niveau de la société.

Elle semble donner une place plus grande aux phénomènes de maltraitance, d'abus sexuel et à la protection de l'enfant: Délégué général aux droits de l'enfant, *Child Focus*, marche blanche, etc. La sombre affaire Dutroux a déclenché une levée des non-dits: les gens parlent plus facilement et il y a une plus grande conscience de ces problèmes. Des réponses pointues (par exemple, *Child Focus*) ont été apportées à des questions pointues (ici: les enfants disparus).

Les équipes SOS Enfants sont par ailleurs témoins de l'évolution actuelle des constellations familiales. Leurs interventions doivent tenir compte des nouvelles structures et (re)compositions familiales et des nombreux phénomènes qui peuvent y être liés, comme l'émergence de fausses allégations, ...

Maltraitance et Société

Ce sont ces transformations sociétales que l'équipe SOS Parenfants de Namur a choisi de travailler pour mettre à l'honneur ses 20 ans d'existence. Deux intervenants renommés ont été conviés à intervenir sur le thème « Maltraitance et Société »: Jean-Pierre Lebrun, psychiatre et psychanalyste à Namur, et Thierry Marchandise, Procureur du Roi à Charleroi.

Alors que l'on parle beaucoup de maltraitance, il a semblé intéressant à Jean-Pierre Lebrun de poser la question: mais qui sont donc ces parents maltraitants? La frontière est étroite entre ceux qui passent à l'acte et les autres. Cette interrogation renvoie à celle des interdits de notre société: meurtre, inceste, notamment. Et de conclure sur l'importance du rôle des parents, mais aussi des professionnels, dans la définition et le rappel de limites constructives et structurantes.

Thierry Marchandise a, lui, alimenté cette réflexion à partir de son expérience de juriste qui l'a régulièrement amené à côtoyer la maltraitance sous toutes ses formes.

Il insiste sur la nécessité de jeter des ponts entre les différents secteurs qui interviennent dans ce type de dossiers. Le travail repose sur l'engagement que chacun a, dans le rôle qui lui est confié, de chercher

une solution pour chaque situation. Le magistrat n'est pas thérapeute et vice-versa mais des articulations sont à construire. Des rencontres pour clarifier et comprendre les missions et les moyens de chacun aident à dépasser les tensions qui peuvent exister, par exemple entre équipe SOS et Parquet, parce que ce dernier cherche à établir les preuves du méfait commis. Trouver sa place dans le réseau est difficile, tant le nombre

d'intervenants impliqués dans une situation peut être impressionnant et tant les services foisonnent.

Une réflexion à poursuivre

Ce sont les raisons pour lesquelles il n'est pas vain de poursuivre l'engagement, la créativité et la réflexion non seulement autour de la maltraitance, mais aussi et surtout dans une perspective d'aide globale à l'en-

fant et à ses proches. Les nouvelles réponses qui ont été apportées ces dernières années par le politique sont certes un premier pas mais il faut aussi pouvoir replacer ces questions dans une réflexion plus large sur la maltraitance, et continuer à soutenir les services existants, qui travaillent encore souvent dans des conditions difficiles avec des moyens limités. ●

Décrochages scolaires, maltraitements infantiles : des ressources à mobiliser.

Le Conseil d'Arrondissement de l'Aide à la Jeunesse (C.A.A.J.) et le Service d'Aide à la Jeunesse de Namur ont initié, avec le soutien de la Province de Namur et de la Communauté française, la rédaction d'un guide à destination de « tous les professionnels et les citoyens qui, de près ou de loin, côtoient, croisent, travaillent avec et pour des enfants et des jeunes en difficulté, qu'ils soient enseignants, parents ou proches ». S'il a pour titre les deux problématiques citées, celles-ci ne sont pas à considérer comme ayant un lien direct entre elles, mais bien comme étant les phénomènes les plus rencontrés sur le terrain.

Ainsi, tous se sentent de plus en plus démunis face à ces situations plurielles et complexes auxquelles les jeunes sont confrontés. Or les choix, souvent difficiles, que les intervenants et/ou les proches sont amenés à poser ne sont évidemment pas sans conséquences. C'est ainsi qu'est née l'idée de cet outil qui rassemble des informations descriptives et pratiques de manière à les aiguiller parmi les nombreux services existants dans les seize communes de l'arrondissement judiciaire de Namur, et donc à les éclairer dans les décisions qu'ils prennent. Les initiateurs de ce guide ont pour objectif de « renforcer l'indispensable logique de réseau dans les pratiques d'intervention », grâce à une meilleure connaissance des uns et des autres.

Cet ouvrage se présente en trois parties complémentaires.

□ La première partie identifie les situations-types les plus courantes en termes de maltraitance et/ou de décrochages, les types de services potentiellement compétents, à sélectionner en fonction des paramètres particuliers à la situation ainsi que les références légales propres à la situation identifiée.

□ La seconde reprend quelques 120 services d'aide de première ligne, situés dans l'arrondissement judiciaire de Namur, pouvant s'avérer utiles dans ces types de situations. Ils font l'objet d'une présentation générale puis d'une description distincte pour chacun d'entre eux en précisant leurs coordonnées et leurs modalités de fonctionnement. Il est important de souligner que s'ils sont interpellés suffisamment tôt, ces services peuvent apporter une aide efficace, sans recours à l'aide spécialisée.

□ Le troisième volet est précisément consacré au secteur de l'Aide à la Jeunesse et aux autorités judiciaires compétentes en la matière, présentation qui se veut accessible à tous.

Cet outil est disponible gratuitement. Rappelons qu'il ne concerne que le territoire géographique de l'arrondissement judiciaire de Namur, mais on peut espérer qu'il fera ses preuves et favorisera alors le même type d'initiatives ailleurs.

Renseignements :

C.A.A.J. et S.A.J. de Namur: ☎ 081 / 23 75 75.



La Cellule Bipolaire du CHP de Liège mise à l'honneur

La Cellule Bipolaire, initiative de deux services du Centre Hospitalier Psychiatrique de Liège¹ a reçu le 1^{er} Prix du *Eli Lilly Reintegration Award*. Cette distinction récompense, chaque année, au niveau national, des projets psychiatriques belges visant à favoriser la réintégration des patients. La cérémonie s'est déroulée à Gand le 8 octobre dernier. Pour les patients impliqués et l'équipe, l'événement avait valeur de reconnaissance fédérale de leurs actions.

Véronique Piroton et David Collard
Cellule de Communication du CHP

Depuis 25 ans, le Centre Hospitalier Psychiatrique de Liège marque un intérêt particulier à la pathologie bipolaire et au fil des expériences, l'institution est devenue un pôle d'excellence en la matière. Pour preuve, cette spécialisation liégeoise vient d'être primée par la firme *Eli Lilly*.

Les *troubles bipolaires*, anciennement dénommés, *maniaco-dépression*, sont caractérisés par une alternance de phases dépressives (perte de goût et d'intérêt, fatigue, tendance suicidaire...) et maniaques (agitations, euphories, perte de contacts avec la réalité, désinhibition...).

Au départ, le réseau de soutien et d'aide aux patients bipolaires existait de manière informelle grâce à la disponibilité des équipes pluridisciplinaires du CHP impliquées. Peu à peu, le projet a pris forme et s'est concrétisé dans la pratique quotidienne par un développement (notamment vers les familles) et par une structuration des prises en charge.

**La pluridisciplinarité,
un panel de compétences
pour une meilleure approche**

La pluridisciplinarité offre d'une part, une réponse plus complète à la complexité de la maladie mentale et d'autre part, elle permet au patient de trouver autour de lui les ressources qui vont faire écho à ses compétences résiduelles et lui permettre de progresser.

Dans cette optique, le CHP permet à chacun des intervenants d'exercer son rôle propre en matière d'aide au diagnostic, de recueil de données et d'intervention thérapeutique afin d'améliorer l'écoute des personnes souffrantes, de leurs proches et ce, en leur confiant un rôle plus actif dans la gestion de la pathologie. Les interventions, variables selon la pathologie, sont réfléchies dans la perspective des circuits de soins et, dans la mesure du possible, réservent un rôle actif au patient et à sa famille.

C'est sur ces compétences doubles patient/entourage que s'appuient les interventions du projet du CHP primé.

Un projet structuré en 3 étapes

Le programme de psychoéducation mis au point par l'équipe se traduit dans la pratique par 3 projets complémentaires :

1. Des **séances de psycho-éducation** destinées aux personnes souffrant de troubles bipolaires et à leur famille. Lors de chaque session, deux groupes sont constitués; un pour les patients et un autre pour leurs proches.

2. La création d'un **groupe d'entraide** et de soutien appelé « Le Balancier ». Ce groupe est constitué de patients et animé conjointement par des membres du personnel. Globalement, « Le Balancier » se positionne comme un espace de parole dans lequel les membres

partagent leurs expériences et leurs vécus. Ils s'entraident pour gérer les problèmes rencontrés au quotidien. Il s'agit donc, tout à la fois, de soutien mutuel, d'écoute, d'échange d'informations, d'apprentissage d'attitudes adéquates à partir des ressources de chaque membre, etc .

3. La réalisation d'une **bande dessinée** consacrée aux troubles bipolaires. La BD est destinée aux personnes souffrantes, à leurs proches et vise également le plus grand nombre de personnes. Les illustrations sont réalisées à la fois par les patients et par un dessinateur professionnel du CHP qui les encadre. Les textes sont supervisés par le médecin psychiatre et l'équipe pluridisciplinaire. Ils relatent également des « tranches de vie » d'usagers.

Des objectifs sous-jacents sont perceptibles, à chaque niveau. Cela permet :

- ▶ De décrire et d'expliquer les symptômes et les conséquences du trouble bipolaire;
- ▶ D'aider et d'informer les proches;
- ▶ De faire connaître le vécu des personnes souffrantes, leurs difficultés à gérer le quotidien, afin de faire face à la maladie et l'accepter;
- ▶ De favoriser le dépistage et la prévention;
- ▶ De prévenir les rechutes, d'aider les personnes souffrant de trouble bipolaire afin de les maintenir au maximum dans leur environnement psychosocial habituel. ●

Renseignements :

Murielle Nuyts, psychologue CHP
☎ 04/254.78.31 - e-mail: murielle.nuyts@chp.be
Docteur Devoitille, psychiatre - ☎ 04/254.79.40
e-mail : jean-michel.devoitille@chp.be

¹ Le Site Petit Bourgogne et Les Coquelicots (salles 13 et 14).

Petits films entre n(f)ous

Cette année encore, le cinéma était à l'honneur dans le cadre de la *Journée mondiale de la santé mentale*. De Mons à Verviers, en passant par Louvain-la-Neuve, Namur et Marche, professionnels en santé mentale, cinéphiles et tout public étaient invités, le temps d'une projection, à s'évader, à partager des émotions. A s'informer aussi... ou réagir sur ce concept de santé mentale qui fait bel et bien peur ! Tout le monde ou presque se dit pourtant concerné.

Sylvie Gérard
IWSM

Convier le grand public dans les salles obscures, lui proposer une soirée conviviale, intime aurait-on presque envie de dire, autour d'un bon film. Se mettre à sa disposition, écouter ses questions, ses préoccupations en matière de bien-être/mal-être et tenter d'y répondre non pas en termes de solutions mais d'information et de sensibilisation à la santé mentale.

Voilà le concept de *Petits films entre n(f)ous*. Un concept porté par l'IWSM mais aussi par des Plates-Formes de Concertation en Santé Mentale, des Centres Locaux de Promotion de la Santé, des cinémas, parfois même des Provinces et bien d'autres acteurs encore.

Du 5 au 10 octobre, neuf films ont ainsi pu être projetés en six lieux de Wallonie.

Pour cette seconde édition, l'Institut a aussi cherché à rendre plus festive la journée du 10 octobre, mondialement consacrée à la santé mentale, en organisant un triple événement à Namur: trois films en première ou avant-première avec, tantôt un

déjeuner offert, tantôt une animation spécifiquement adaptée aux enfants et aux questions qu'ils peuvent aussi avoir en la matière; tantôt en organisant un débat en présence de professionnels en santé mentale mais aussi de membres de l'équipe du film.

Si cette journée fut particulièrement réussie, l'action n'aura toutefois pas eu le succès escompté. Le public ne s'est pas déplacé en masse (près de 500 entrées), nous rappelant combien il est difficile de toucher Monsieur et Madame tout-le-monde, quels que soient les âges et les classes sociales, et combien le terme *santé mentale* est un mot dont les gens se détournent. Non pas qu'ils ne se sentent pas concernés comme l'indique le questionnaire qui leur a été remis en début de séance, mais ça leur paraît souvent bien éloigné de leur réalité, de leurs mots. Le stress au travail ou dans la vie quotidienne, les difficultés relationnelles, la solitude, les relations amoureuses, la déprime, la perte de sens dans la vie,... Voilà quelques-uns des thèmes pour lesquels il semble y avoir une réelle demande d'information, sur lesquels nous devrions peut-être à l'avenir nous attarder.

Peut-être aussi faut-il se demander si les intervenants de première ligne ne sont pas les mieux placés pour informer et sensibiliser le public. On pense notamment aux médecins généralistes à qui les gens accordent peut-être plus facilement leur confiance. Reste que ces professionnels de terrain se retrouvent parfois démunis face aux souffrances psycho-sociales de leurs patients. Cela suppose donc au préalable de permettre à ces acteurs de terrain d'avoir les moyens de bien informer leur public et c'est peut-être là un des rôles de l'Institut.

Ces réflexions, nous l'espérons, devraient aboutir à la mise sur pied d'une troisième édition. Dans le cas contraire, il est fort probable que personne n'entende parler de Journée mondiale de la santé mentale. A notre connaissance, seules deux initiatives, la nôtre et celle de nos homologues flamands ont permis de donner un peu de visibilité à cette journée. Les échos dans la presse ont été timides mais ils ont tout de même permis de présenter au public ce qu'est une Maison verte, un Service d'aide et d'accompagnement psychiatrique à domicile, un Service télé-accueil ou encore un Service de santé mentale. C'est déjà ça !

Alors, envie de vous investir en 2005 ? De nous faire part de vos réflexions, expériences ou suggestions ? N'hésitez pas à nous contacter. La santé mentale, ça nous concerne tous ! ●



Renseignements :
☎ 081 / 23 50 15



Rencontre vidéo en santé mentale

Dans le cadre du festival « CinémAsile », *Psymages*¹ nous invitait à une rencontre « vidéo en santé mentale »². L'occasion d'une diffusion publique, au sein d'un espace culturel, pour des productions vidéo issues, pour la plupart, d'institutions psychothérapeutiques.

« Sortir, aller au-dehors pour montrer son film... », telle est la démarche qu'entendait soutenir et promouvoir les organisateurs. Un réel plaisir pour les patients, les soignants, les réalisateurs et accompagnateurs autant que pour le tout public, présents en nombre pour une journée riche en moments d'émotions, de stress, d'échanges, d'écoute, de rires, ...

L'atelier vidéo de la Petite Maison à Chastre y était pour présenter « Bande annonce ». Le réalisateur nous parle des coulisses de la production.

Pierre Jadot

Vidéaste à La Petite Maison à Chastre

La Petite Maison est un hôpital psychiatrique accueillant des enfants et des adolescents souffrant de troubles du comportement graves dus à des stress psychosociaux associés à la pathologie mentale. Divers ateliers vidéo y sont organisés, co-animés par un vidéaste professionnel et soit un paramédical, un éducateur ou un enseignant. Outil de création et de communication, avec un objectif pédagogique et des effets thérapeutiques certains, l'atelier vidéo propose la réalisation de reportages et de films de fiction à des jeunes qui participeront à l'élaboration du scénario, des décors et des costumes et qui seront acteurs des différents rôles.

La présentation du film, aboutissement d'un projet collectif, occupe une place importante dans le processus, car elle favorise le renforcement du narcissisme du participant. Mais c'est davantage en amont, lors de la préparation et en cours de tournage,

qu'une attention particulière aux difficultés des patients permet d'aboutir à une production qui est la leur et dont ils peuvent être fiers. La réussite d'un travail bien fait leur apportera davantage de satisfaction qu'un travail déstructuré, et donc générateur d'angoisse. Cela demande beaucoup de rigueur et nous veillerons à ce que cette activité soit toujours ludique.

Une période d'approche et d'apprentissage plus ou moins longue aide à définir les besoins et les envies de chacun en fonction des compétences et à élaborer un projet cohérent. Des exercices sont proposés. La caméra devient témoin, regard de l'autre. Le choc autoscopique et l'effet catalyseur de la vidéo font apparaître rapidement les difficultés. Image de soi négative, expression verbale et corporelle difficile, niveau de concentration très bas, difficulté à travailler en groupe, à se projeter dans l'avenir et parfois, peu d'accès à la symbolisation et imaginaire délirant.

On alterne éducation aux médias³ et dynamique de groupe afin de développer la capacité d'écoute et de flexibilité de chacun, de favoriser la créativité, d'élaborer un projet en équipe, dans le respect de soi et des autres... De mener à son terme ce projet, d'enrichir l'idée de l'apport de chacun et se mettre en situation de réussite.

La vidéo est un outil privilégié, car elle permet de travailler :

- ▶ les notions de cadre : cadre de travail, mais aussi cadre de l'image (hors champs, contrechamps, profondeur de champs) ;
- ▶ les notions de temps : planning, prise de conscience du différé, montage (la time line de montage ou le story-board sont affichés car le tournage n'est pas toujours chronologique) ;
- ▶ la perception de l'espace et du corps : vidéo miroir, expression corporelle ;

- ▶ le rôle : espace de jeu (plateau), expression des émotions ;
 - ▶ la différence entre réalité et fiction (mise à distance par le jeu, la répétition, la coupure) ;
 - ▶ l'esprit d'équipe : respect, responsabilité, engagement ;
 - ▶ le scénario : tests de compréhension d'histoires, suites logiques, analyse des personnages et des actions, écriture collective (on ne met pas en jeu ses propres symptômes), découpage, définition des rôles ;
- Septante films ont été réalisés à ce jour. Cela fait aussi beaucoup d'anecdotes et de moments de plaisir que nous gardons en mémoire.

Parenthèse estivale

Été 2003. Vacances scolaires. Un atelier de deux jours, que nous voulons récréatif, est programmé. Cinq jeunes dynamiques sont preneurs. Nous disposons du matériel de tournage, d'un sac rempli d'effets militaires et d'une camionnette. Ils décident de réaliser une parodie de film de guerre et nous partons à la citadelle de Namur qui servira de cadre à notre film. Il fait beau et l'ambiance est géniale. Les idées fusent de toutes parts. Limités par le temps, nous choisissons les moments forts et réalisons une bande annonce. Cela donnera ce petit moment de bonheur appelé tout simplement « Bande annonce ». Novembre 2003 : les 5 comédiens présentent leur film à Paris, à la Cité des Sciences, lors des rencontres vidéo en santé mentale. Il est programmé ensuite à la rencontre vidéo de Bruxelles, au cinéma Nova.

Actuellement, 7 nouveaux projets sont en cours de réalisation. A suivre... ●

¹ En partenariat avec le Cinéma Nova, L'Autre Lieu et le CODE de l'Équipe. Infos : www.psymages.be

² Au Cinéma Nova, à Bruxelles, le 20 novembre dernier.

³ Par l'analyse de vidéogrammes (message iconique, valeur métonymique, polysémie de l'image, trucs et codes de montage).

D'une souffrance à l'autre

*Résister*¹, l'article de Paul Jacques consacré aux enfants palestiniens de Qalqilia, a fait réagir... Un de nos lecteurs l'a trouvé remarquable, non seulement pour sa valeur humaine mais aussi pour le questionnement qu'il apporte à nos pratiques professionnelles. Une réflexion qui pour lui, doit nous inciter, nous les « psys » de toute obédience, à beaucoup de modestie.

Robert Sterck

Psychiatre à l'hôpital de Jolimont
Vice-Président de l'IWSM

Résister... J'en retiens essentiellement le risque de psychiatisation de problèmes collectifs et la nécessité d'une approche socio-culturelle et politique de ceux-ci.

Comme il le dit très bien, se remettre de la guerre n'est pas affaire psychologique et encore moins psychiatrique, sauf dans de rares cas pathologiques, mais passe par des activités d'ordre économique, familial, socio-culturel, religieux pour redonner sens à la vie.

Les traitements classiques du P.T.S.D., syndrome de stress post-traumatiques, débriefing, psychodrame, sont passés à la moulinette de sa critique. J'y ajouterai la pression de l'industrie pharmaceutique, les critères du DSMIV, l'étude des neuro-transmetteurs et de leurs types de récepteurs, les mérites respectifs de différents psychotropes.

Il y a risque de psychiatisation de problèmes collectifs si on envoie quelqu'un chez le psy, sans veiller en même temps à lutter contre un système d'oppression..., source de la souffrance individuelle et collective. Les facteurs de protection que l'on appelle aussi facteurs de résilience, sont à trouver dans la cohésion sociale, la famille, la scolarisation, la

reconnaissance du caractère collectif de la souffrance.

L'approche sociale et culturelle a pour but de renforcer la capacité qu'a la personne, acteur de sa vie et non objet de soins de la part d'un « expert », avec le support de son groupe d'appartenance, de s'aider elle-même et de faire face à la situation.

Ces mots de Paul Jacques, réponse à un mal collectif, m'ont fortement interpellé.

Pour André Breton, les mots sont des créateurs d'énergie. « Et qu'on comprenne bien que nous disons jeux de mots quand ce sont nos plus sûres raisons d'être qui sont en jeu. Nos mots du reste ont fini de jouer. Nos mots font l'amour »².

Ces mots m'amènent à d'autres maux, à d'autres mots. Ces mots pourront-ils être le prélude à l'action ?

Bien que l'intensité des situations ne puisse être comparée, une partie de notre population vit aussi dans un contexte de privations, d'humiliations, de violences diffuses.

Les situations de précarité se multiplient, l'exclusion sociale est une réalité pour certains.

Un sentiment d'insécurité est partagé par beaucoup, les votes pour les partis d'extrême droite prennent une ampleur inquiétante.

Ne pourrait-on pas comprendre ceux-ci comme un mécanisme de défense collectif avec recherche de modèles identificatoires « sécurisants », la nation, la race, le sol, la religion, l'axe du Bien, associé au rejet de l'Autre et de ses différences ? Et cela dans une société post-moderne où l'individualisme prime, où l'affirmation de soi passe par l'avoir et le paraître, où les frustrations et les désillusions sont dès lors multiples. La lutte

contre l'extrême droite ne passerait-elle pas alors par un travail sur le lien social, par la mise en valeur d'un modèle d'intégration sociale où l'Autre est accepté dans ses différences, comme un citoyen ?

L'accessibilité aux soins des plus démunis pose problème. Ceux-ci souffrent comme le dit Robert Castel, de « désaffiliation » : perte de logement, d'emploi, de ressources financières, rupture des liens familiaux, des liens sociaux.

La mise en route de réseaux et de circuits des soins devrait avoir pour but de faciliter cette accessibilité. Mais encore faudrait-il définir ces types de soins !

La réponse médicale, la psychiatisation de la précarité ou de l'exclusion sociale ne sont pas adéquates pour répondre aux besoins de cette population.

Les facteurs de résilience devront être trouvés dans la proximité, dans la communauté.

Le travail sur ce lien social semble indispensable.

Les réseaux et circuits de soins devront être insérés dans la cité, au plus près de la première ligne et des dispositifs socioculturels.

Ils ne pourront faire l'économie du pôle social. Les problèmes collectifs ne peuvent être résolus par une réponse individuelle.

La souffrance collective nécessite une réponse politique. L'approche sécuritaire ne peut qu'exacerber le phénomène de rejet.

Comment chacun pourra-t-il exercer au mieux sa citoyenneté, sa con-citoyenneté ? ●

¹ Confluences n° 7, septembre 2004, page 2 à 5.

² André BRETON, « Les Mots sans rides ».



Mes neurones et moi : Itinéraire d'un projet citoyen

Les recherches sur le cerveau humain repoussent chaque jour un peu plus loin les limites de nos connaissances, mais leur impact sur notre vie se précise aussi de plus en plus.

Karin Rondia et Peter Raeymaekers

Journalistes scientifiques,
auteurs de « Mes neurones et moi »,
une publication
de la Fondation Roi Baudouin.

La Fondation Roi Baudouin, à travers son programme « Gouvernance », veut donner aux citoyens la possibilité de s'impliquer davantage dans les processus décisionnels qui influencent leur vie quotidienne, et notamment leur santé. L'année dernière, une enquête auprès des habitants de notre pays a révélé que, de tous les progrès biomédicaux récents ou en devenir, ce sont ceux qui touchent à la sphère psychique et/ou aux limites des facultés humaines qui suscitent le plus de méfiance et de tabous. Cette enquête a aussi permis d'identifier des champs de tension entre comportements collectifs et individuels, et entre maîtrise et dépossession des choix de vie.

Le domaine en pleine mouvance des « psycho-neuro-sciences » a donc semblé propice à la poursuite de cette réflexion citoyenne, parce que c'est un thème où se croisent toutes les préoccupations révélées par l'enquête. En outre, c'est aussi un sujet très sensible pour les soignants, un terrain où s'affrontent les écoles, une discipline qui exige, de part et d'autre, des remises en question, un domaine où objectivité et subjectivité se livrent actuellement à un corps à corps fécond et à un rééquilibrage subtil. Nous sommes loin des clichés figés d'il y a vingt, ou même dix ans.

Les neurosciences sont de nature à bouleverser profondément notre société dans un proche avenir. Elles annoncent un changement culturel qui peut mener, à terme, à une nouvelle vision de l'homme et de ses relations avec le monde. Cela nous concerne tous, mais en même temps, il s'agit d'un sujet complexe et, pour un public profane, probablement rébarbatif. Nous avons donc tenté de traduire ces questionnements fondamentaux en cas concrets susceptibles d'intéresser le public le plus large possible.

Par exemple, on assiste actuellement à une évolution du concept de « normalité ». La pression sociale semble s'exercer de plus en plus fortement pour ramener vers la norme tout ce qui s'en écarte. Cette évolution va de pair avec une « médicalisation » des comportements considérés comme a-normaux. On remarque aussi que les traitements développés au départ pour soulager des troubles spécifiques sont de plus en plus largement proposés, au delà du cadre thérapeutique, pour améliorer des fonctions cognitives et/ou comportementales normales.

Cette évolution s'illustre de façon frappante avec la prescription croissante du méthylphénidate (Rilatine®, Concordia®) pour traiter les enfants hyperactifs. Ce dérivé d'amphétamine est d'une efficacité sans conteste pour les enfants sérieusement hyperactifs, mais son usage semble s'élargir jusqu'à l'utiliser pour calmer des enfants jugés « trop turbulents » ou pour améliorer les résultats scolaires d'enfants jugés « trop distraits ». Cette tendance à médicaliser des comportements auparavant considérés comme normaux, mais inappropriés, fait aussi l'économie de la remise en question d'autres aspects du problème : qualité de l'en-

seignement, influence des facteurs psychosociaux, rôle des parents dans l'éducation des enfants, culte de la performance, etc.



Cela ouvre aussi sur des perspectives sociétales qui posent question : où se trouve dorénavant la limite entre « soigner » et « doper » ? Jusqu'où est-il acceptable de modifier chimiquement les comportements ? N'éduquons-nous pas les futures générations à l'idée que tout problème trouvera sa solution dans une intervention extérieure, qu'elle soit pharmacologique ou autre ? N'allons-nous pas vers une perte des valeurs qui fondent notre société ? Des questionnements plus existentiels s'amplifient aussi : ces traitements qui agissent sur nos maladies ou sur nos comportements modifient-ils notre identité ? Sommes-nous réductibles à nos neurones, fussent-ils cent milliards, dans notre boîte crânienne ? Quels sont les soubassements neuronaux de l'esprit ? Faut-il remettre en question notre idée de ce qui nous fait « nous » ?

Ce sont ces questions, et bien d'autres, qui ont constitué la trame de notre travail rédactionnel. A vous, à présent, de vous les approprier et de faire vivre des projets autour d'elles. ●

Infos :

www.mesneuronesetmoi.be
Centre de contact de la Fondation Roi Baudouin :
☎ 070 / 23 30 65
e-mail : proj@kbs-frb.be

Un raccomodement avec le monde

Avec «A ce soir», voilà le témoignage d'une mère sur la perte d'un enfant. Le livre est magnifique de justesse et d'émotion.

A ce soir

de Laure Adler
aux Editions Gallimard, 2001

On parle beaucoup de la mort du nourrisson. Des campagnes de prévention sont organisées. L'information circule sur les facteurs qui peuvent réduire le risque : position de l'enfant pour dormir, température de la chambre, évitement du tabagisme pendant la grossesse et dans l'environnement de l'enfant... Et la douleur des parents ? De tels chagrins doivent rendre muets. Mais parfois, une voix s'élève courageusement, comme celle-ci.

Un raccomodement

L'écriture apparaît ici comme «une tentative de raccomodement avec le monde». Pour en finir avec le sentiment de dédoublement éprouvé devant la chambre désormais vide de celui qui «n'était plus un bébé et pas encore un enfant». Ecrire pour témoigner que l'enfant est toujours vivant à travers soi, apprivoiser le temps et la douleur, «ce grand chien fou qui en s'amusant, peut vous enfoncer sans crier gare ses crocs jusqu'au sang». L'histoire de l'enfant sera racontée avec cet espoir fondamental que «dans l'emportement de ce malheur, l'embrasement devienne collectif. Nous avons tous le même destin dès que nous sommes au monde : vivre».

Laure Adler raconte par fragments le traitement réservé à son fils, qui a survécu quelque temps à son malaise pour perdre ensuite inexorablement de sa capacité respiratoire. Elle évo-

que les parents toujours en attente vaine d'informations. Il y a d'abord le recours au généraliste qui renvoie vers l'hôpital parisien sans appeler une ambulance. Puis l'hôpital et son service des urgences. Dans «ce service où, justement, rien n'est urgent», l'enfant écope du numéro 92 alors que le 64 vient seulement d'être pris en charge.

Dans le service de réanimation où l'enfant sera intubé, pris en charge par une machine puis deux, les parents se feront quémandeurs de présence à ses côtés et, encore et toujours, de messages clairs de la part du corps médical. «J'essayais de comprendre, mais ce que le médecin avait à nous dire était incompréhensible. Tout de suite, j'ai compris qu'il ne savait pas mais qu'il ne voulait pas le dire. Lui et les autres. Les médecins, les médecins-chefs, les chefs d'internat, les grands professeurs». Plusieurs fois, quand les médecins s'expriment, c'est pour alerter les parents, à tort, de l'état extrêmement critique de l'enfant, créant une panique aussitôt suivie d'espoir. «Ce sentiment de volonté, d'adhésion à une croyance ruinée sera notre viatique pendant tout le voyage. On espère toujours. Mais cet état de certitude n'est ni confiant ni calme. On bascule très vite dans un univers de croyance, de magie, voire de sorcellerie».

Au-delà des mots

Heureusement, cette narration du désastre est sublimée par on ne sait quelle force typiquement humaine. Ainsi, si Laure Adler met en doute l'attitude qu'elle attribue au tout petit enfant («Ce que j'avais pris pour une attitude morale n'était-il que la conséquence des drogues qu'on lui administrait?»), elle reprend pied fermement : «Nous le trouvions toujours les yeux ouverts. Nous étions

sûrs qu'il nous attendait. Aujourd'hui encore, je crois que nous avions raison».

Extrême lucidité aussi dans le regard posé sur les médecins, loin d'être, en fin de compte, caricatural : «Le médecin avant de partir, s'est penché sur mon fils et, très doucement, comme une vieille femme expérimentée, qui connaît les plaisirs du corps, il a massé en suivant le dessin des côtes, puis il est remonté vers les bras, le cou. Chaque geste de lui m'apaisait. J'avais l'impression que, de ce corps malmené pour survivre, on s'occupait enfin. Ce que l'enfant expirait, ce n'étaient pas seulement les miasmes provoqués par la machine, mais sans doute beaucoup d'angoisse dont, enfin, il pouvait se délivrer. Il a terminé par les mains qu'il a caressées longuement. C'était comme un salut de reconnaissance. Un message d'encouragement aussi... Chapeau bas d'un vieux routier de la catastrophe devant la détermination silencieuse d'un tout petit».

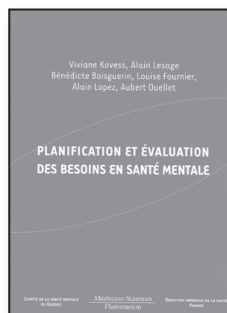
Et s'il fallait ne citer qu'une scène de ce livre extraordinaire de sensibilité, ce serait celle-ci, volée au règlement de l'hôpital, ce moment de parfaite complicité entre la mère et l'enfant : «J'ai fait tourner le tabouret tout doucement nous avons tourné ensemble. C'est au moment où je bloquais avec mes pieds ce mouvement dont je craignais qu'il ne lui fasse mal au cœur qu'il m'a souri». ●

Une lecture proposée par
l'Observatoire de la Santé du Hainaut



In-Folio - Infos

A pointer parmi les nouveautés du centre de documentation

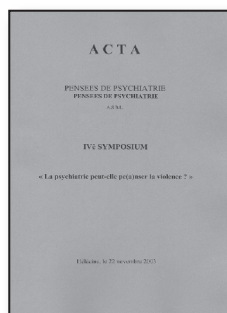


■ Planification et évaluation des besoins en santé mentale

Kovess V., Lesage A., Boisguerin B. & coll., Paris, Flammarion, 2001, 209 p.

Le secteur de la santé mentale est un secteur qui ne cesse d'évoluer tant au niveau des problématiques et des soins qu'en ce qui concerne les caractéristiques socio-démographiques des populations. Les professionnels sont par conséquent obligés de se réadapter, se réorganiser constamment.

S'appuyant sur un projet initié dans le cadre de la coopération franco-belge pour mesurer les besoins en santé mentale en France et au Québec, cet ouvrage propose à toutes les personnes impliquées dans la gestion de la santé mentale des méthodes, des outils pour évaluer les besoins en soins et pour répondre ainsi au mieux aux attentes des usagers du secteur.



■ La Psychiatrie peut-elle pe(a)nser la violence

Actes du IVème symposium de l'asbl Pensées de psychiatrie, Héléciné, le 22 novembre 2003.

Qu'elle soit collective ou individuelle, verbale ou physique ou qu'elle prenne bien d'autres formes encore, la violence occupe de plus en plus de place au sein de notre société. Ce IVème symposium organisé par l'association belge de psychiatres « Pensées de Psychiatrie » avait pour objectif, au travers des exposés de quatre professionnels d'horizons différents, de réfléchir au rôle possible de la psychiatrie face à la violence, et plus précisément face à celle qui touche au respect et au statut de l'Autre.



■ *L'accès aux soins de santé: un droit pour tous*, Bruxelles, Commission communautaire française, 2004, 135 p.

■ Livre blanc: le vécu des familles de personnes atteintes de troubles psychiques.

Bruxelles, Similes, 2004, 91 p.

■ Soins psychiatriques à domicile.

Actes de la Journée d'étude initiée par la Fédération des Institutions Hospitalières de Wallonie, Saint-Servais, le 25 mai 2004, 58 p.

■ Folie et soins somatiques

Dans: Santé mentale, n° 90, septembre 2004

■ La Souffrance des médecins et des soignants

Dans: Ethica Clinica, n° 35, septembre 2004

■ La Cuisine, le clinicien, l'anthropologue

Dans: L'Autre, vol. 5, n° 3, 2004

■ Le Corps dans la pensée, la pensée dans le corps

Dans: Neuropsychiatrie de l'enfance et de l'adolescence, vol. 52, n° 6, septembre 2004

Envie d'en savoir plus sur l'actualité en santé mentale en Wallonie ? Confluenciel !

Vous pouvez, gratuitement, vous abonner à *Confluenciel*, le bulletin électronique de l'Institut Wallon pour la Santé Mentale.

Ce nouveau support complète la revue *Confluences* en vous communiquant, deux fois par mois, les informations qui traversent le secteur, les questions soulevées par les Membres de l'Institut Wallon pour la Santé Mentale, les projets et initiatives en perspective, les nouvelles de partenaires en Wallonie ou ailleurs et les communications officielles.

Infos: Muriel Genette - iwsn@iwsn.be - ☎ 081/23.50.11

Vieillir aujourd'hui

*« Si j'ai un pied dans la tombe,
j'aimerais autant qu'on ne me marche pas sur celui qui reste... ».*

François MAURIAC

Cette phrase, empruntée à François MAURIAC, illustre bien, à mon sens, l'orientation que nous voudrions donner à ce dossier consacré à la personne âgée.

Vous ne devez pas vous étonner de ne pas y découvrir d'articles sur les « pathologies de la vieillesse » mais plutôt des interviews, des pratiques, des regards, ... nous prédisposant à considérer « l'autre », l'être humain qui est face à nous autrement qu'en passant par la vision réductrice de la pathologie ou l'observation clinique.

En effet, il paraît encore très difficile de promouvoir une culture gérontologique qui s'exprime par la prise en compte de la personne âgée dans sa globalité, à savoir son histoire, son passé, son devenir, avec le souci d'y inclure son environnement familial et/ou professionnel, dépassant une focalisation sur les questions strictement médicales.

Face à cette réalité, ne devons-nous pas opposer une autre lecture ? Ouvrir une voie pour que la vie s'y engouffre ?

« Vieillir n'est pas l'ultime étape de la vie, c'est l'étape la plus inconnue, la plus incertaine puisqu'il nous faut à notre tour devenir vieux pour comprendre, subir peut-être. Vivre et vieillir sont la même entité »¹.

C'est sous cet éclairage que ce dossier de Confluences 'Vieillir aujourd'hui' tentera de vous conduire : à une réflexion centrée autour d'une dynamique valorisant l'intégralité et la singularité du « sujet » âgé.

Daniel RECLOUX

Coordinateur « Avec Nos Aînés » - SSM Namur

¹ Extrait de l'ouvrage de Lachal A.-P. : bibliographie / réf. 23

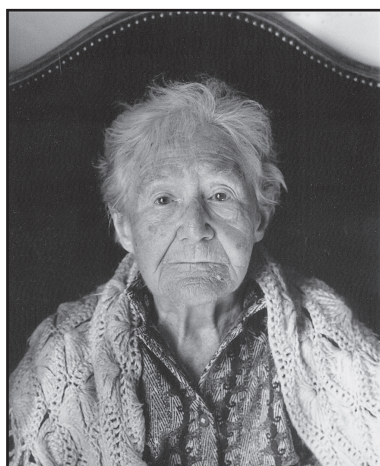




Ce témoignage a été retrouvé, par une infirmière, dans une armoire.

L'armoire d'une irlandaise qui est aujourd'hui décédée. L'armoire d'une dame qui était toujours « elle » malgré son apparence et ce que les « soignants » pouvaient en penser.

Une armoire, où... peut-être..., de manière délibérée, elle aurait laissé traîner ce bout de papier pour qu'après sa mort, il soit trouvé, diffusé, ... « médité »... ? Ouvre les yeux, nous dit-elle... Regarde mieux !



« La vieille femme »

*« Que vois-tu, toi qui me soignes, que vois-tu ?
Quand tu me regardes, que penses-tu ? »*

*Une vieille femme grincheuse, un peu folle,
Le regard perdu, qui n'y est plus tout à fait.
Qui bave quand elle mange, et ne répond jamais.
Qui, quand tu dis d'une voix forte « essayez »,
Semble ne prêter aucune attention à ce que tu fais.
Et, qui, quand tu l'assieds, devient encore plus molle.*

*Qui ne cesse de perdre ses chaussures et ses bas,
Pour occuper la longue journée grise, le bain et les repas.
C'est ça que tu penses, c'est ça que tu vois ?
Alors, ouvres les yeux, ce n'est pas moi.*

*Je vais te dire qui je suis, assise là si tranquille.
Me déplaçant à ton ordre, mangeant quand tu veux,
Acceptant sans broncher, tes coups d'œil irrités
Quand, encore une fois de plus, je me suis oubliée.
Je suis la dernière des dix, avec un père et une mère,
Une petite fille avec des couettes, heureuse avec eux.*

*Une jeune fille de 16 ans, des ailes aux pieds,
Rêvant que bientôt, elle rencontrera un fiancé.
Mariée déjà à 20 ans, mon cœur bondit de joie,
Au souvenir des vœux que j'ai faits ce jour là.*

*J'ai 25 ans maintenant et un enfant à moi,
Qui a besoin de moi pour lui construire une maison.
Une femme de 30 ans, mon enfant grandit vite,
Nous sommes liés l'un à l'autre par des liens qui dureront.*

*40 ans, bientôt il ne sera plus là,
Mais mon homme est à mes côtés, qui veille sur moi.
50 ans, à nouveau jouent autour de moi des bébés,
me revoilà avec des enfants, moi, et mon bien-aimé.*

*Voici les jours noirs, mon mari meurt...
Je regarde vers le futur en frémillant de peur.
Car mes enfants sont tous occupés à élever les leurs,
Et désormais, je ne fais plus que compter le temps, les heures.*

*Je suis vieille maintenant, et la nature est cruelle,
Qui s'amuse à faire passer la vieillesse pour folie.
Mon corps s'en va, la grâce et la force m'abandonnent
Et, il y a maintenant une vieille pierre usée, là où jadis
J'eus un cœur plein de vigueur.*

*Mais dans cette vieille carcasse, la jeune fille demeure,
Dont le vieux cœur se gonfle sans relâche, heure après heure.
Je me souviens des joies, je me souviens des peines,
Et à nouveau, je sens la vie, et j'aime...*

*Je repense aux années trop courtes et trop vite passées,
Et accepte cette réalité que rien ne peut durer.*

Moi une vieille femme grincheuse ?

Ouvre les yeux... regarde mieux... »

« En attendant, qu'est-ce que je peux encore faire, à part attendre ? D'hier matin, je crois que je me souviens de quelqu'un qui me parlait. C'était peut-être le docteur d'ici. Il m'a dit que j'étais allé loin. Ça voudrait dire que je suis moins loin maintenant ?

Il faudra peut-être que j'attende encore longtemps. Qui sait, peut-être jusqu'à changer la montre pour l'heure d'été. Ils ont inventé ça pour la lumière du soleil. Moi, ça m'est égal que le soleil se lève une heure plus tôt ou une heure plus tard, du moment que le temps est convenable. Aujourd'hui, le trois février ; demain, le quatre. Ce sera encore vite passé, va, avec vingt-huit jours. »

C'est ainsi que se termine « Da solo », un des romans de Nicole Malinconi.

Extraits choisis de l'histoire d'une vie, d'une vie qui se raconte alors qu'elle se prolonge, d'une vie qui se retrace alors qu'elle se termine. Retours en arrière sur une succession de choix, sur une série de renoncements, sur un chapelet de pertes, sur des relations qui ont marqué, sur un parcours de vie.

Penser à comment c'était là-bas, c'est tout ce qui me reste, maintenant que je suis vieux et que la maison, je l'ai où je suis. Voilà ce qui me reste de là-bas, c'est de revoir tout de la vie que j'ai eue, comme si j'étais parti d'hier. C'est une affaire qui commence sans que tu t'en rendes compte ; tu finis par t'étonner toi même quand tu t'en aperçois et tu te dis alors que toi, tu n'as plus d'avenir ; tu as un passé et un présent et le présent il te sert à repenser à ceci, à repenser à cela que tu as fait dans le passé.

Avant, quand Lyse était là, je n'avais pas le temps de tant penser. Lyse me donnait de l'occupation ; elle me laissait tout faire, à la fin ; elle n'y pouvait rien, à cause de sa pauvre tête. Mais je préférais la voir assise là avec sa pauvre tête et tout le souci qu'elle me donnait et parler de ce qu'on va faire à man-

ger et dire une chose ou l'autre. Ça me donnait une obligation, en somme, tant qu'elle était là. Mais plus d'obligation pour personne, on ne s'imagine pas ce que c'est. Quand tu fais ce que tu fais et que c'est pour personne d'autre que toi, c'est alors que tu te dis que tu as fini et que tu penses à avant.

Tu te dis qu'au fond tout seul, oui, finalement, ça pourrait aller si tu étais encore capable, si tu avais encore tes forces comme avant ; mais sans les forces, qu'est-ce que tu fais, tu t'assieds plus souvent et tu penses. Tu penses à celui qui chantait sa chanson sur les vieux et tu dis que celui-là, il a dû être vieux lui-même avant d'être jeune, pour la chanter comme il la chantait.

Heureusement que la nuit je dors, pour ne plus penser à avoir peur. C'est formidable de dormir comme je dors. Aujourd'hui, huit heures. Et j'aurais encore dormi, si j'avais voulu.

Ça me fait plaisir de dormir, à cause du rêve que je fais souvent, où je suis sur mon vélo comme avant et je ne sens plus mon mal au dos ; pédaler est redevenu un jeu d'enfant ; c'est comme si je glissais le long des maisons. Je suis tout surpris de voir que je peux encore faire ça et je me dis : mais oui, ça va, ça va même bien ! Quand je me réveille de ce rêve là, je reste sans bouger dans le lit pour que ça dure encore un moment de me voir comme je me suis vu, allant à vélo comme si de rien n'était.

J'ai retrouvé les dernières photos que j'avais fait faire pour un passeport, ça doit remonter à longtemps. Je trouve que ça me ressemble encore. Quand ils me diront de changer ma carte d'identité, à la commune, je leur donnerai les photos de moi que j'ai retrouvées. Peut-être qu'ils ne les voudront pas, à cause de la différence d'âge entre

moi et la photo. S'ils ne sont pas d'accord, je leur dirai : vous voyez bien que c'est moi. Je ne vais tout de même pas faire faire des nouvelles photos maintenant, pour le temps qui me reste.

Moi, mon feu sacré, ça a été d'apprendre quelque chose. (...) Maintenant, je suis trop fatigué pour avoir encore le feu sacré. Je ne suis plus bon qu'à me rappeler. Ma vie, c'est devenu une affaire en attente, et quand tu attends, tu ne fais plus qu'une chose, tu dors les yeux ouverts, c'est comme si tu étais déjà mort ; tu vois tout s'en aller, toi, tes affaires. (...) Au fond on finit tous. Feu sacré ou pas feu sacré. Moi, je préfère finir en me disant que le feu sacré, je l'ai eu, (...)

Da solo : Un vieil homme, arrivé très loin dans les années, presque à la fin de sa vie, est seul, sans sa femme Lyse qui est partie la première, et sans sa fille Lisa qui parfois vient le voir.

Il y a de nombreuses années, il avait quitté son village d'Italie parce que depuis l'enfance, il était pris par le désir d'aller voir derrière les collines et plus loin encore. Il se parle à lui-même pour se remémorer sa vie. Car même sans la force d'encre faire grand chose, le vieil homme a gardé la force de la pensée.

Nicole Malinconi, *Nous deux, Da Solo*, éditions Labor, collection « Espace Nord » n°175 (6,5 €).

Assistante sociale de formation, **Nicole Malinconi** écrit depuis plus de 20 ans des ouvrages qui parle de la vie, de la mort, du quotidien... sans concession, mais avec cette force qui pousse à l'émotion. Parmi ses ouvrages : *Hôpital silence* en 1985 aux éditions de Minuit ; *Nous deux* qui a obtenu le prix Rossel, édité une première fois en 1993 aux éditions les Éperonniers ; *Jardin public* aux éditions du Grand Miroir en 2001 et *A l'étranger*, aux éditions du Grand Miroir en 2003, réédition prévue chez Labor en 2005.

Extraits choisis par Christiane Bontemps – IWSM



Désirs de vieux : vieux désirs ?

*« La vieillesse est comparable à l'ascension d'une montagne.
Plus vous montez, plus vous êtes fatigués et hors d'haleine,
mais combien votre vision s'est élargie »*

Ingmar Bergman

Pierre Gobiet,

Psychologue au Centre de Guidance de Malmédy

A la question de savoir « comment elle se sentait depuis son entrée récente en maison de repos », une dame de 89 ans m'avait laconiquement répondu : **« On ne peut pas se plaindre, on est bien soigné ! »**.

Au-delà de son apparente simplicité, cette formule ne cesse de m'interroger : le « on ne peut pas se plaindre » voulait-il dire : « je n'ai pas de raison de me plaindre » ? ; « je n'ai pas le droit de me plaindre » ? ; « je n'ai plus envie de me plaindre » ? Et que veut-elle dire par « être bien soigné » ? Est-ce que le fait d'être bien soigné rend heureux ? Et puis ce « ON » ne peut pas se plaindre, puisqu' « ON » est bien soigné ? Qui parle vraiment derrière ce « ON » anonymisant ?

Ces quelques considérations suffisent à elles seules à introduire la question de la santé mentale des personnes âgées, souvent occultée derrière un dispositif de soins et d'accompagnement performant, certes, mais où la question de l'humain passe quelquefois à l'arrière plan. Et il en va ainsi dans notre société où, sous prétexte de faire une place aux personnes âgées, nous leur assignons celle d'être objet de soins, médicalisant ainsi le regard qui leur est porté.

Dans cet article, nous aborderons successivement le « travail du vieillir », le statut de « sujet âgé », et une optique d'accompagnement qui tienne compte de ces dimensions.

Le travail du vieillir et l'apport d'Erikson

Parvenu à un certain âge (ou, pour mieux dire, à un âge certain), tout être humain se trouve confronté à la nécessité de considérer son vieillissement et l'impact que ce dernier a sur sa vie.

Ce qui fait du groupe des personnes âgées une entité bizarre, voire inquiétante, c'est le clivage fréquent qui consiste à considérer le vieillissement en dehors de tout aspect dynamique, comme si l'on pouvait (et devait) ne pas y penser tant qu'on n'y est pas parvenu, et comme si donc il était possible de vivre à l'abri de toute idée de fin de vie. Or, la vieillesse et le vieillissement se construisent dès les premiers instants de la vie, et c'est le mérite d'Erik Erikson d'avoir resitué cette étape de la vie dans l'ensemble du cycle de vie, dans lequel les phases et les étapes sont interdépendantes¹.

Erikson illustre les enjeux de développement de la personne à travers

huit stades psychosociaux, depuis la naissance jusqu'à la mort, décrits par une tension focale entre deux polarités. A chaque étape, le travail à l'œuvre est en partie fonction de l'accomplissement, plus ou moins satisfaisant, des tâches existentielles entreprises dans les stades précédents. Il serait trop long ici de détailler toute cette approche, mais il est possible d'en donner une illustration. Dans les premiers moments de son existence, l'humain a pour tâche première **d'apprendre à faire confiance** : la tension entre faire confiance et éprouver de la méfiance (les deux polarités à l'œuvre dans ce premier stade), émerge dès les premiers instants et peut déboucher sur l'apprentissage de l'espoir : c'est là le premier trait psychosocial et il sert de fondement à tous les autres. La confiance fondamentale dans la mutualité de l'échange est cet « optimisme » originel, cette conviction que « quelqu'un est là » ; sans cet optimisme et cette conviction, nous ne saurions vivre ! Ce sentiment de confiance de base en la vie s'élabore d'abord dans la relation avec la mère, et dans les interactions positives et chaleureuses que l'enfant aura avec elle². Ce sentiment de confiance constitue évidemment un bagage précieux pour toute la durée de la vie. On perçoit

immédiatement l'impact de ce premier stade sur le sujet vieillissant : s'il a acquis suffisamment de confiance en lui et en ce qui l'environne, il sera sans aucun doute mieux outillé pour « négocier » les pertes et les séparations qu'il aura inmanquablement à traverser. A l'inverse, si dès le début de la vie, la confiance n'a pu s'élaborer, l'être humain risque bien de rencontrer de sérieuses difficultés une fois parvenu à un âge avancé, dans le cas où, par exemple, il se sentirait tout à la fois dépendant des autres et incapable de faire confiance, parce que la conviction que « quelqu'un est là » ne s'est jamais vraiment construite³.

perte donne un sentiment d'inutilité et de vacuité face à l'existence.

De même, on peut voir directement l'impact de l'adolescence de chacun sur son propre vieillissement : l'adolescent a en effet pour « tâche » **d'élaborer sa construction identitaire** et de la proposer à son entourage. S'il a trop peur du rejet, il ne pourra promouvoir ses désirs, mais s'il ne tient pas compte des autres, son identité pourrait devenir écrasante ou tyrannique. Une fois de plus, on mesure l'impact de tels apprentissages sur le devenir du sujet âgé : s'il a pu élaborer une identité solide, il sera vraisemblablement plus à même de

de personnes âgées se retrouvent alors très démunies : le sentiment de pouvoir « réussir » sa vie amoureuse ne s'est pas vraiment construit, et le risque est alors majoré de s'enfoncer dans le grand âge avec le sentiment accru d'être passé à côté de sa vie.

On l'aura compris, les conceptions d'Erikson mettent en évidence l'interdépendance des différents moments de l'existence humaine, et leur impact sur la façon dont le sujet va appréhender son propre vieillissement. Il ne faut pas y voir une conception linéaire, rigide, développementale : chacun sait que la vie peut offrir à tout moment des « séances



Au cours de la trajectoire humaine, selon la théorie Eriksonienne, les « stades » se succèdent, et avec ceux-ci, leur lot d'apprentissages. Si la petite enfance était caractérisée par l'apprentissage de la confiance, l'enfant doit ensuite **apprendre à développer son sentiment d'autonomie**, par un contrôle accru, mais souple de son environnement : la manière dont cet apprentissage s'est réalisé aura aussi des répercussions dans la vieillesse, à un moment où le contrôle devient plus délicat puisque le sujet vieillissant se trouve confronté à des pertes de tout ordre. Cela n'a en soi rien de catastrophique, si le sujet âgé a le sentiment de pouvoir continuer d'être aimé pour ce qu'il est, et non pour ce qu'il sait (ou ne sait plus) faire. Mais le tableau est bien plus sombre si le fait de perdre en partie le contrôle de son environnement est associé à un risque de perdre l'amour et l'affection de ses proches, parce que cette

promouvoir ses désirs, y compris dans le grand âge, et donc préserver son autonomie en dépit de sa dépendance. Dans le cas contraire, il y a fort à parier qu'il deviendra soit complètement effacé, n'ayant jamais réussi au cours de sa vie à se créer une identité suffisamment établie, soit tyrannique, si la construction identitaire s'est faite au mépris des paramètres environnementaux.

Le défi existentiel de l'adulte consiste **à établir un lien d'intimité** avec une autre personne. Cette tâche se trouve justement facilitée si le sujet dispose d'une identité bien construite : son aptitude à aimer ne dépend pas du fait qu'il est aimé ou non en retour ; il a sa propre identité, bien distincte de l'être aimé. Parvenu à la vieillesse, il se sentira autrement consistant s'il a aimé et s'est senti aimé sa vie durant, et sera même en mesure, pourquoi pas, d'établir de nouveaux liens d'intimité. A l'inverse, si l'établissement de ces liens a posé problème, nombre

de rattrapage ». Leur impact sur « le travail du vieillir » est loin d'être négligeable : chacun dispose, pour l'affronter, d'un coffre à outils plus ou moins bien garni, même si, de toute évidence, plus la vie passe, moins les opportunités de « rattrapage » sont légion...

Mais précisément, qu'en est-il au juste de ce travail du vieillir ? Après tout ce parcours existentiel, comment aborder la fin de vie⁴ ? Pour en faire quoi ?

Sur l'horizon d'une vie qui, tôt ou tard, est appelée à disparaître, l'être humain se trouve confronté à la tâche **de prendre la mesure de sa vie**. C'est ce qu'Erikson qualifie d'intégrité⁵ : lorsqu'elle est « réussie », l'intégrité correspond à l'acceptation profonde de sa vie pour ce qu'elle a été et pour ce qu'elle sera encore ; en dépit des pertes et de la perspective (plus ou moins lointaine) de la mort, le sujet âgé identifie ce qui a fait force dans sa vie, malgré ce qui fait



faiblesse. Parvenu à ce stade, le sujet âgé est confronté à un quadruple enjeu :

- ▶ le passé étant passé, il ne peut plus rien y changer, il s'agit d'accepter son histoire pour ce qu'elle est, avec ses erreurs et ses omissions.
- ▶ Le futur, quant à lui, est dessiné à plus ou moins long terme par la perspective de sa propre mort ; s'il est certes possible d' « ajouter de la vie aux années » et pas simplement « des années à la vie »⁶, il n'en reste pas moins que la vie dessine elle-même son propre terme et que le sujet âgé ne peut en faire l'impasse⁷.
- ▶ Et de fait, vieillir consiste aussi (mais pas seulement) à faire le deuil progressif de ce qui est perdu au fil du temps⁸.
- ▶ Il faudra donc effectuer un désengagement tout en maintenant une bonne estime de soi, en particulier sans se sentir coupable, et sans non plus avoir à se sentir utile à tout prix...

Ces tâches existentielles constituent un défi multiple et permanent qui convoque toutes les énergies : qui a dit que les vieux étaient inoccupés ?

Le sujet âgé, entre liens et désirs

Ainsi, dans cet incessant « travail du vieillir », le sujet âgé, oscillant entre espoir et désespoir, vie et mort, réalisme et illusion, acceptation et déni, est conduit à ce double travail de la perte et de la relance de ses investissements, chaque fois que possible⁹. C'est un travail intense, tout en finesse, discret parce qu'intériorisé, peu visible à qui n'y prête pas attention.

C'est surtout un travail dans le lien, qui ne peut en aucun cas se résoudre dans une sorte de vacuum psychique ou relationnel : il est radicalement impossible à accomplir sans le regard de l'autre, qui confère (ou non) à la personne âgée son statut de sujet.

C'est aussi un travail sur le désir tant il est vrai que le désir renvoie d'abord au constat d'un manque, d'une absence ou d'une perte.

Ces notions de lien et de désir appellent quelques développements, parce qu'elles nous apparaissent comme centrales dans la vie de toute personne, et encore davantage chez les personnes âgées auxquelles le statut de sujets désirants est parfois dénié ou simplement ignoré, comme s'il convenait qu'elles n'aient plus rien à voir avec le désir, ou comme si ce désir était devenu si ténu qu'il n'était pas la peine d'en témoigner.

Or, comme se plaît à le souligner Le Gouès¹⁰, « Au cours du vieillissement, les désirs paraissent ignorer la marque du temps... » : alors que le corps s'épuise, et que, souvent, le champs relationnel se rétrécit, les désirs n'ont pas d'âge, ils ne vieillissent pas en même temps que le sujet : dans une économie du désir qui se suffirait à lui-même, il apparaît que si je désire rester jeune, je ne deviendrai pas vieux... Mais, bien entendu, le désir ne peut se suffire à lui-même : il nécessite ce que les psys appellent « un commerce objectal » avec les autres, au cours duquel le désir est saisi dans le regard d'autrui et plus ou moins reconnu pour ce qu'il est.

Or, c'est ce regard d'humanité qui fait le plus souvent défaut aux personnes âgées : en deçà de tout soin, de toute technique relationnelle, de tout service rendu, c'est ce regard qui valide le désir, et qui n'est nullement affaire de spécialiste. C'est ce regard qui crée le lien et le soutient toute la vie. S'agissant des vieux qu'on ne regarde plus guère ou que l'on regarde précisément comme s'il n'y avait plus rien à voir, comme si ce regard disait qu'ils ont été mais qu'ils ne sont plus, ce regard violent produit une aliénation, qui enterre la vie psychique de la personne âgée bien avant qu'elle ne soit disparue.

Le regard, du moins celui qui reconnaît du désir chez toute personne, tisse le lien et participe à la dignité du sujet. Parfois, la personne âgée est en souffrance simplement parce

qu'un tel regard n'est plus porté sur elle : elle est devenue un objet de soins ou n'existe que dans le regard d'autres personnes âgées qui expriment la même quête insatisfaite.

Le travail du lien est donc d'abord un travail sur le regard avant d'être un travail sur la reliance : préserver ou reconstruire ce regard nous paraît une dimension essentielle de la relation avec l'âgé. C'est ce regard qui contribue à préserver l'autonomie, parce qu'il confère à la personne âgée le droit de porter ses désirs.

La personne âgée, objet ou sujet de soins ?

Si ce désir chez la personne âgée est quelquefois si difficile à repérer, c'est qu'il contrevient parfois à la belle ordonnance du dispositif socio-sanitaire mis en place : il est dérangeant, tout simplement parce qu'il ne s'inscrit pas dans ce qui est prévu.

On mesure d'emblée la portée d'une telle affirmation : le symptôme (par exemple des coups de sonnette itératifs, une déambulation apparemment sans objet, etc.) devient l'expression d'un compromis entre le désir qui cherche à se dire, et les éléments de la réalité externe, trop souvent présentés comme impératifs... De même la plainte, du moins celle formulée explicitement, n'est bien souvent que l'expression de ce qui est admis socialement : une plainte concernant des troubles de la mémoire peut en fait contenir un désir de se dire et d'être entendu bien au-delà d'une perte mnésique. Le méconnaître, c'est prendre le risque de développer des outils inopérants ou bien trop réducteurs, parce que la plainte n'a été décodée que dans sa dimension explicite, sans tenir compte du désir inexprimé qu'elle contient.

Le désir du sujet âgé est parfois difficile à repérer pour une autre raison : c'est que sa vie psychique a pour cadre un espace intérieur auquel, faute de s'y sentir convié, le personnel soignant est parfois peu attentif¹¹. C'est que le désir et la vie fantasmatique qui sont liés à cet espace intérieur sont appe-

lés à subir d'importantes modifications. La vieillesse est l'ultime étape de la vie: il s'y produit une crise identitaire et l'angoisse qui survient nécessite des réaménagements qui occupent une grande part de la vie psychique de la personne âgée et qui la convoquent dans une intériorité: loin d'être «éteinte», la vie psychique de la personne âgée a pour théâtre un espace intérieur, plus intime, et pour tout dire plus privé, mais au sein duquel se déploie une activité intense de réaménagement du psychisme.

*Il faut neuf mois
pour faire un enfant
et quatre vingt dix ans
pour faire un homme.*

Proverbe chinois



L'erreur fondamentale, et donc le pré-judice grave pour la personne âgée, serait de considérer cette activité comme inexistante, du fait qu'elle est moins visible et qu'elle appelle moins d'investissements extérieurs. Son caractère privé, et parfois difficile d'accès, comme chez le sujet dément, fait supposer à de nombreux soignants que cette vie psychique est devenue caduque, voire réduite à néant: on est libre alors de s'occuper des besoins sans plus avoir à écouter le désir, ignoré ou simplement supposé inexistant.

Au contraire, soutenir le statut de sujet des personnes âgées, c'est renouer avec cette intériorité ou, à minima et dans les cas où elle devient particulièrement difficile d'accès, comme chez le sujet dément, d'au moins la supposer existante...

Il en va de la dignité de la personne âgée comme de celle du soignant ou de l'accompagnant, et nous emprunterons notre conclusion à Alphonse Karr: «Ne pas honorer la vieillesse, c'est démolir la maison où l'on doit se coucher le soir». ●

¹ Un proverbe grec le signifiait déjà: «Le travail de la jeunesse fait le repos de la vieillesse».

² «Les messages qui s'inscrivent alors dans sa conscience, en principe pour le restant de sa vie, sont les suivants: ce n'est pas dramatique si j'éprouve des besoins urgents, car ceux-ci seront bientôt comblés; ce n'est pas dramatique si ma mère me quitte car elle reviendra lorsque j'aurai besoin d'elle». J.-L. Héту, p. 108. Bibliographie / réf. 21.

³ Voir dans les maisons de repos les appels itératifs, juste pour vérifier qu'«il y a quelqu'un».

⁴ Au sens extensif, non palliatif du terme.

⁵ «L'étymologie du mot *intégrité* est éclairante: *intégrer* veut dire *non touché, entier*. Nous sommes proches ici de la racine du mot *identité*, qui signifie *le même ou la même*. Le fait d'accéder à son identité et de la maintenir tout au long de sa vie équivaut à poser les fondements du sentiment d'intégrité à venir» J.-L. Héту, p. 124. Bibliographie / réf. 21.

⁶ Attribué à Etienne de Blois.

⁷ Jean Maisondieu en souligne toute la difficulté: «Etre vieux c'est ne pas se reconnaître dans ce que l'on est devenu. Et l'on ne veut pas se reconnaître parce qu'on est devenu «pour la mort»». Bibliographie / réf. 33.

⁸ «Admettre que les choses ne seront jamais plus comme avant, c'est accepter de faire son deuil d'une foule de réalités et d'une foule de rêves. Or, cette démarche de deuil est un processus qui est l'envers de l'apprivoisement de la vieillesse. S'apprivoiser à son vieillissement, ce n'est pas nécessairement renoncer à vivre activement, mais c'est entreprendre de se situer sereinement dans une réalité intimidante. Nier son vieillissement, c'est se fermer les yeux sur ces défis, et se condamner par le fait même à mal vieillir». J.-L. Héту, p. 181. Bibliographie / réf. 21.

⁹ «Finalement, le travail du vieillir consiste à relancer ses investissements chaque fois qu'une épreuve décompense l'ensemble dynamique de l'appareil psychique, à préparer aussi son départ pour le réussir à souffrance réduite et à dignité conservée». G. Ferrey et G. Le Gouès, p. 8. Bibliographie / réf. 18.

¹⁰ Le Gouès et Ferrey, p. 1. Bibliographie / réf. 18.

¹¹ «Le plaisir du repos est une notion souvent négligée par les activistes, qui ne rêvent que de voir la personne âgée en mouvement perpétuel comme pour se confirmer qu'elle est bien vivante. Beaucoup de personnes âgées, à condition de les écouter, souhaitent souvent des séjours prolongés au lit, une sieste, le fauteuil...». Ferrey et Le Gouès, p. 17. Bibliographie / réf. 18.

¹² Avec le risque d'induire en plus «la souffrance d'être soigné».

¹³ A. Karr, p.195. Bibliographie / réf. 24.

J'ai beaucoup travaillé... Je ne me suis jamais arrêtée. Quand ce n'était pas chez les autres, c'était chez moi ! Comment vous vivez le fait qu'ici (en maison de repos), on fait tout pour vous ?

C'est triste qu'il faut que je me mette à faire une chose pareille...

J'aimais mieux faire tout moi-même. Il faut que je me décide, il y a rien à faire...

Il faudrait que je reste ici... J'aimerais mieux aller dans un petit appartement... Mais est-ce que cela vaut la peine ?

Pourquoi pas ?

Ah, parce que je me dis: «Tu ne vivras plus jusque 100 ans !».

Vous êtes dans une chambre commune ?

C'est une chambre à trois. Pas fort beau. Il y a une dame qui ne dit pas un mot de la journée... pas un mot. Je lui parle, elle ne répond même pas. Puis elle commence à crier et à pleurer. Si je reste ici, je dois avoir autre chose que cela. Ça, je ne peux pas résister.

Comme ça, je ne suis pas chez moi... Y'a des nuits, je ne dors pas une minute... Alors, je pense ci, je pense ça, où mettras-tu ça ?

Vous auriez préféré ranger vos affaires vous-mêmes ?

Si on vous trouvait un petit appartement ici, cela vous conviendrait ? Vous iriez ?

Ça, c'est un peu fort, aussi ?

Pourquoi ?

Parce que j'aurais peur qu'ici (en maison de repos), on ne soit pas content de moi.

Mais c'est quand même vous qui décidez, non?... Ils ne vont pas être fâchés... Et même si vous voulez revenir ici, il y aura place pour vous...

Vous aviez peut-être peur de ne pas pouvoir revenir ?

Et ma sœur me disait: «Tu auras meilleur, tu seras avec ton mari, tu n'auras plus besoin de faire ci, de faire ça...». Deux, trois fois qu'elle m'a dit ça...

Et j'ai dit: «ça va, ça ira peut-être»...



Avec nos aînés

Une chute, un ennui de santé, un environnement non adapté...

Combien de personnes âgées ne se sont pas retrouvées subitement hospitalisées ou « placées » dans une maison de repos sans avoir préparé, réfléchi, discuté ce changement de vie ? Et si une situation urgente ou, mieux, la prévention, était l'occasion de réunir ceux qui se sentent concernés par le bien-être de la personne âgée ? Si celle-ci restait maître du « jeu », en étant mieux informée, mieux encadrée aussi ? Telle est la philosophie de départ d'*Avec Nos Aînés* (ANA). Ce service, mis en place voici 4 ans par la Région wallonne et la Province de Namur, travaille sur deux axes : l'intervention en situation de crise en partenariat avec l'ensemble des ressources de la région et la formation - sensibilisation en santé mentale des intervenants de terrain.

Daniel Recloux,
Coordinateur de ANA à Namur

Le travail de réseau

Le travail avec la personne âgée a ceci de spécifique qu'il rencontre d'emblée une situation dans sa complexité et qu'il s'agit de percevoir la personne âgée dans sa globalité en tenant compte de son vécu, son histoire, son environnement familial et/ou professionnel. Cela suppose automatiquement la nécessité de partenariats, de coordinations, de concertations, bref un travail de réseau qui implique la personne âgée, les intervenants de 1^{ère} ligne et les familles. Une des missions d'ANA est donc d'encourager toutes les personnes, les services, les ressources qui, de près ou de loin, peuvent contribuer à maintenir ou à favoriser le bien être de la personne âgée, à se réunir autour de la table et à réfléchir ensemble aux solutions les plus adaptées.

Mme C. est âgée de 85 ans. Elle est veuve et a perdu sa fille et une de ses petites-filles. Il ne lui reste plus qu'une petite-fille, F., et les 4 enfants de celle-ci. Elle vit dans une caravane. Mme C. a vendu sa maison pour se rapprocher de sa petite-

fillette et de ses 4 enfants. Les 2 aînés sont placés et leur mère est déchue de ses droits, les 2 cadets, âgés de 4 ans à 9 mois, sont en institution en semaine et reviennent le week-end et pour les vacances. Mme C. s'est beaucoup occupée des enfants mais actuellement, elle n'a plus la force de les prendre en main; elle a déjà de la peine à s'assumer elle-même. Elle est aidée pour ses soins par une infirmière qui passe tous les jours et des aides-familiales passent une fois par semaine pour l'entretien et les courses. Sa petite-fille et son mari connaissent de gros problèmes d'alcool et la petite-fille est suivie en psychiatrie. La famille est également en situation d'endettement. Depuis longtemps, Mme C. est harcelée régulièrement par sa petite-fille pour obtenir de l'argent. Début juillet, Mme C. a été agressée par le mari de sa petite-fille qui exigeait de l'argent immédiatement. Depuis, Mme C. a fait appel à un service de santé mentale (Avec Nos Aînés) qui, devant le contexte de violence, demande une visite conjointe avec un service de lutte contre la maltraitance des personnes âgées. Par ailleurs, une amélioration du cadre de vie a été envisagée avec la Croix-Rouge et la coordination du lieu. Un contact

a été établi avec l'assistante sociale du camping qui prend en charge les situations de Mme C. et de sa petite-fille.

Un partenariat privilégié s'est donc tout naturellement développé entre ANA et les différents Services de Santé Mentale (SSM) de la Province de Namur. ANA se conçoit d'ailleurs comme un « vecteur » entre les différents SSM, afin soit d'encourager le travail avec les personnes âgées, soit de participer à des initiatives mises en place par ces derniers ; la finalité étant de construire autour de chaque SSM un **réseau gérontologique de proximité**.

Une autre spécificité d'ANA est de rencontrer la personne âgée sur son lieu de résidence : que cette personne âgée vive à son domicile ou soit hébergée en institution ou hospitalisée.

ANA se veut donc tout à la fois au service de la personne âgée et de sa famille et au service des professionnels à qui elle assure soutien et formation.

Les formations

Les formations nous permettent d'établir des contacts avec les intervenants de 1^{ère} ligne, de les écouter, de comprendre les situations qu'ils rencontrent au quotidien afin de leur permettre d'en appréhender la complexité en leur donnant les outils nécessaires. Ces formations ont pour thèmes : la dépression, les maladies mentales, la démence de type Alzheimer, la maltraitance des personnes âgées, l'agressivité, etc. Elles sont périodiquement co-animées avec un psychologue d'un SSM et peuvent se dérouler dans les locaux d'un service de santé mentale.

La promotion d'une reconnaissance plus grande et plus affinée de la santé mentale comme bien-être général et global ainsi que sa dédramatisation auprès du grand public - pour qui le terme santé mentale fait peur et évoque encore la folie - en constituent le fil conducteur.

L'intervention spécifique en situation de crise

La crise est souvent liée chez la personne âgée et son entourage à la nécessité de réaménager son lieu de vie vu sa dépendance physique et/ou psychique croissante, et est souvent concomitante à une situation d'urgence. Sans minimiser l'importance de répondre à cette urgence, il ne faudrait pas occulter la crise. L'occasion de changement est inhérente à la crise ; si elle est source de souffrance, **la crise est aussi source de créativité**. Malheureusement, dans la pratique, les contacts entre les différents professionnels ne portent souvent que sur la mise en pratique immédiate de mesures. La famille est elle-même mise en situation de prendre des décisions dans l'urgence au risque de nombreuses maladresses et surtout la personne âgée risque de n'être plus que **l'objet** de ces mesures et de n'avoir plus **aucun pouvoir de décision sur sa vie**. Lorsqu'il est sollicité par ce type de problématique, le service ANA propose une concertation.

Mr X., âgé de 80 ans, est atteint de la maladie d'Alzheimer. Depuis 3 ans, son état s'est considérablement aggravé et une présence permanente est indispensable. Mme, âgée de 78 ans, s'occupe de lui jour et nuit. Elle a renoncé à tous ses hobbies, a éloigné toutes ses relations amicales, a éteint ce dynamisme et cette spontanéité qui faisaient la joie de ses enfants, petits-enfants et arrière-petits-enfants. Les 6 enfants qui font la fierté et le ciment de ce couple de personnes âgées sont très inquiets. A plusieurs reprises, Mr a présenté des épisodes d'agressivité et s'est montré menaçant à l'égard de son épouse. Chaque fois, il a été hospitalisé dans une clinique pro-

che. Il est bien connu du service de gériatrie. Régulièrement, il retourne à l'hôpital de jour gériatrique pour des examens et une mise au point. Lors d'une énième hospitalisation en urgence (toujours en phase agressive), le référent hospitalier décide d'interpeller ANA. L'état de santé de Mme se dégrade, tant physiquement que psychologiquement (signes de dépression) et il pense qu'il est grand temps d'envisager une solution d'hébergement pour Mr. Mais comment en parler à Mme ? Certains enfants se rallient tout à fait à cette idée, d'autres pas, les derniers sont sans avis (ou n'osent pas l'émettre). Quelle sera la réaction de Mr ? Quels mots pour lui dire ? Comprend-il encore quelque chose ? ANA décide de réunir à la clinique où Mr est toujours hospitalisé : Mr, Mme, les 6 enfants, le gériatre qui a Mr en charge, le référent hospitalier, la coordinatrice des soins et aides à domicile de leur secteur. Deux intervenants d'ANA sont présents pour mener cette concertation. Une deuxième réunion de concertation en présence des mêmes personnes aura lieu 3 semaines plus tard. Un consensus quant à l'essai d'un hébergement dans une maison de repos proche du domicile se dégagera de cette seconde réunion. Mr terminera paisiblement ses jours dans cette maison de repos où il résidera 10 mois. Mme bénéficiera, à sa demande, d'un soutien psychologique ponctuel qui s'est interrompu, selon son souhait, 6 mois après le décès de Mr, ANA restant toujours à sa disposition.

Pour réaliser ce travail, nous nous inspirons de la pratique de Jean-Marie Lemaire qui a entre autres pour référence l'approche contextuelle de Boszormenyi-Nagy.

Celle-ci, centrée sur la notion d'éthique relationnelle, nous semble tout à fait appropriée pour réfléchir les situations que nous rencontrons. Le processus de concertation se construit avec **l'usager**, et restaure celui-ci comme **sujet acteur**. C'est bien cet aspect qui nous semble important. Il s'agit pour nous de proposer un espace-temps pour accueillir cette crise où la possibilité est donnée aux

différents acteurs d'exprimer leurs désirs, observations, appréhensions, sentiments et représentations concernant la situation et ses éventuels aménagements. Il s'agit là aussi d'un travail de prévention et de promotion de la santé mentale tant pour la famille et l'environnement au sens large que pour la personne âgée.

Un autre axe que ANA essaie de développer depuis peu et qui somme toute est le corollaire des 2 axes cités plus haut, c'est de se positionner à **l'articulation entre le domicile, l'hôpital et la Maison de Repos**.

Pour certaines personnes âgées relativement isolées ou dépourvues de famille, l'entrée en maison de repos, après une hospitalisation, est inéluctable. La possibilité de maintien à domicile s'avère impossible voire dangereuse malgré les multiples structures de soins et d'aides à domicile.

Dans ce cas, très souvent, compte-tenu de la carence de possibilités d'hébergement, l'admission en maison de repos a lieu quand une place se libère, c'est-à-dire quand quelqu'un vient de mourir. L'urgence s'impose tant pour le personnel soignant qui n'a pas encore fait le deuil du défunt avec qui des contacts cordiaux s'étaient peut-être noués, que pour la personne âgée qui passe d'un endroit à un autre, parfois contre sa volonté, comme si sa vie s'arrêtait et recommençait ailleurs.

Notre objectif est d'être le chaînon manquant, le lien entre les deux vies, d'accompagner la personne âgée dans ce difficile « transfert ».

A cette fin, ANA, lorsqu'il est contacté, réunit tous ceux qui sont concernés par la décision : la personne âgée, l'hôpital et les responsables de la maison de repos.

Pendant la période d'adaptation de la personne âgée à son nouveau domicile, période généralement douloureuse, ANA lui dispensera un suivi psychologique, si tel est son souhait, et se montrera particulièrement attentif et intéressé par les observations du personnel soignant avec lequel un travail peut se mettre en place. ●



Formation et soutien du réseau des professionnels : une nécessité

En Brabant wallon aussi, un service de santé mentale se propose d'aider les intervenants de première ligne à comprendre les questions du vieillissement et l'impact de celles-ci sur leurs pratiques professionnelles.

Françoise De Keyser, Sociologue,
Coordinatrice du projet SAMRAVI

Isabelle Neirynck,

Psychologue, Psychothérapeute

Philippe Meire, Neuro-psychiatre,

Directeur du Service de Santé Mentale
de Louvain-la-Neuve, professeur à l'UCL¹

En 1998, la Plate-Forme de Concertation en Santé Mentale du Brabant Wallon relevait un double constat :

- ▶ Peu de personnes âgées fréquentent les services de santé mentale : en 2000, seulement 2% des consultants ont 60 ans et plus²
- ▶ Les services d'aide à domicile et les travailleurs en maisons de repos ont besoin de développer leurs compétences (informations, formations) dans les domaines de la santé et de la maladie mentale³.

De fait, les professionnels déplorent bien souvent de devoir faire face à des situations qui les dépassent ; or, ils ont la volonté de sortir de leur isolement, d'améliorer la qualité de leur travail, d'éviter l'épuisement et tous adhèrent à l'idée de création de relais et de lieux de parole.

Beaucoup de questions restent posées : comment faire pour aider la personne âgée à « bien-vivre » ? Comment l'écouter, communiquer avec elle, l'aider à participer à la vie sociale, à défendre ses droits ? Quelles aptitudes avoir ? Quels sont les recours quand la situation devient inextricable ? Quelle attitude avoir face à une personne démente, que peut-on (ne



Jean-Pierre Faure

pas) lui dire ? Comment intégrer la famille au travail des professionnels, mobiliser une famille « absente » ? Aider les intervenants de 1^{ère} ligne signifie mettre au jour les origines de ces difficultés et trouver une méthodologie praticable pour y répondre.

Un projet

Pour explorer concrètement les difficultés de terrain et tester les réponses possibles, le groupe de travail « Personnes âgées » de la Plate-Forme de Concertation en Santé Mentale du Brabant Wallon a réalisé une étude-pilote (1999-2001), axée sur la formation et le travail en réseau des intervenants de première ligne ; projet qui se poursuit au sein du service de santé mentale de Louvain-la-Neuve grâce au financement d'une « mission spécifique en santé mentale pour la personne âgée et son réseau d'aide » par la Région Wallonne (projet baptisé SAMRAVI).

Un des axes de travail définis⁴ consiste à organiser un travail d'accompagnement et de soutien auprès des intervenants de première ligne

(médecins généralistes, psychologues, assistants sociaux, infirmiers, kinésithérapeutes, aides familiales, aides ménagères, aides soignants,...) au travers notamment de rencontres multidisciplinaires et trans-institutionnelles centrées sur des situations concrètes concernant leurs pratiques auprès des personnes âgées.

Des réponses

Les concertations constituent un outil très apprécié des intervenants de première ligne, même si des difficultés d'organisation subsistent (problème de disponibilité). Cette démarche exige évidemment de consacrer du temps, d'une part, à des réunions, des rencontres, des échanges et des collaborations et, d'autre part, à être plus à l'écoute des personnes âgées. On peut déclarer que « le temps, c'est de l'argent », mais aussi que « perdre du temps, c'est peut-être en gagner ». Définir des priorités est sans nul doute un choix difficile : comment conjuguer l'efficacité, la rentabilité, la course contre la montre et le fait de marquer un « arrêt », le temps de réfléchir à ce qui se passe ?

De ces rencontres émergent deux constats principaux qui nous ont paru être à la source des difficultés éprouvées par les soignants, leur souffrance et, partant, des éventuels dysfonctionnements dans l'aide aux personnes âgées.

On observe ainsi clairement que l'absence de **compréhension différentielle des concepts théoriques** de « vieillissement normal », « santé mentale » et « maladie mentale » constitue un point d'achoppement non négligeable dans l'action des soignants de terrain⁵. Nombre de comportements de personnes aidées au domicile semblent « bizarres », « gênants », aux intervenants de première ligne et, sans un cadre de réflexion théorique suffisant, leur interprétation permet toutes les dérives : relations conflictuelles, sentiment de culpabilité, dépassement du mandat,

Une aide ménagère se sent gênée au domicile d'un monsieur vivant seul depuis un récent veuvage et qui accumule toutes sortes d'objets. Le sol est encombré, l'hygiène douteuse, bref, tout pose problème et, surtout, son refus de jeter quoi que ce soit fait qu'il est difficile pour l'aide ménagère d'effectuer convenablement son travail. Après débat avec le groupe, qui compare les expériences de chacun, plusieurs hypothèses émergent : celle d'un deuil difficile pour lequel une prise en charge rapide pourra sans doute éviter un processus de pathologisation ; celle d'un comportement pathologique préexistant à l'intervention des services à domicile, le médecin généraliste pouvant être alors, avec la famille, une source d'information à ce sujet ; celle d'un refus déguisé de la part de la personne..... Cette reformulation des difficultés rencontrées permettra à l'aide ménagère de se désengager d'un conflit naissant avec la personne âgée et d'ouvrir des pistes d'actions nouvelles. Autre exemple, celui du ralentissement psychomoteur, qui « énerve » plusieurs des participants du groupe coincés entre exigences de productivité et qualité des prestations.

Une mise au point de la réalité des processus de ralentissement moteur à travers un examen individuel de chacun et les impacts sur les réalités de vie, ainsi qu'une mise au point théorique (physiologie, ralentissement normal, symptôme de dépression...) auront donné aux participants des critères opérationnels pour s'orienter dans les situations concrètes.

La méconnaissance du réseau de soins (acteurs, fonctions) et des domaines proches (juridique,...) mène également à des dérives : ignorant les ressources, le soignant en difficulté tentera de « tout résoudre » et risque, outre l'épuisement, de créer de fausses réponses, de dépasser son mandat, voire d'aggraver la situation. Les intervenants se réunissent parfois « autour » d'un cas précis ; mais le « travail du réseau » n'a pas suffisamment sa place. Une aide-soignante a ainsi été très surprise d'apprendre que des kinésithérapeutes pouvaient intervenir auprès des personnes âgées pour une revalidation à domicile.

Dans un cas jugé par les aides à domicile de maltraitance relationnelle entre une fille adulte et sa mère âgée grabataire, l'équipe s'épuisait à essayer d'éviter les conflits en modifiant leurs pratiques habituelles, au point de désorganiser les horaires des interventions auprès d'autres personnes âgées. Le recours au médecin généraliste n'avait pas été envisagé, ni un recadrage du mandat, deux évidentes solutions que la concertation a pu rapidement suggérer.

Les rencontres permettent de mieux comprendre le vécu de terrain et de prendre du recul, d'être « hors contexte », d'oser aborder les autres professionnels et d'avoir plus d'échanges. Les contacts se nouent entre les participants ainsi qu'avec les formateurs venant régulièrement enrichir ces rencontres de réseau.

Après une rencontre sur le thème du deuil, une assistante sociale a invité

le formateur à la maison de repos où elle travaillait pour lui permettre de rencontrer les résidents et les aider à faire le deuil de ce lieu de vie qui était appelé à fermer ses portes. Les aider à s'adapter le mieux possible à ce changement et à déménager dans un climat serein.

En conclusion

Que le travail porte sur l'information, la formation, ou la concertation, il s'agit d'aider les partenaires de première ligne à prendre conscience des moyens qui leur permettront de promouvoir la santé mentale des personnes âgées et ainsi contribuer à leur bien-être général. Permettre aux intervenants de première ligne de partager à la fois des expériences, des connaissances et leur fournir un cadre de référence adapté leur permet, sans devoir effectuer un parcours approfondi, d'ajuster leurs pratiques grâce à une prise de distance supervisée : il s'agit avant tout de comprendre les situations vécues, de travailler sur les idées reçues, de changer les mentalités, d'encourager la créativité, de professionnaliser leur action, bref, de respecter la personne âgée en tant que sujet et non en tant qu'objet de soins.

A moyen terme, ce projet espère être un des catalyseurs d'un véritable réseau personnalisé des intervenants du Brabant wallon en matière de santé mentale et de vieillissement. ●

¹ Philippe Meire s'est spécialisé, entre autres, dans les problématiques liées au vieillissement.

² Cadastre des services de santé mentale en Région wallonne. Etude exploratoire. Ligue Wallonne pour la Santé Mentale, mai 2002, p. 51.

³ Rapports du groupe de travail « Personnes âgées » de la Plate-Forme de Concertation en Santé Mentale du Brabant Wallon, 1999 à 2002.

⁴ Deux autres axes, complémentaires, ne font pas l'objet de cet article : 1) réaliser un cadastre des institutions et des activités en santé mentale pour les personnes âgées de la Province pour, ensuite, développer un travail d'information pour le réseau local, notamment par le biais des formations, des rencontres, ... et 2) proposer des prises en charge thérapeutiques adaptées au grand âge (diagnostic, traitement, accompagnement...), au domicile ou en maison de repos.

⁵ Selon nous, la santé mentale peut se définir par la capacité des personnes d'interagir entre elles et avec leur milieu de façon à favoriser leur sentiment de bien-être, le sentiment de contrôle sur leur vie, la réalisation de leurs propres buts, leur qualité de vie. Par contre, la maladie mentale s'applique à des troubles précis établis par diagnostic médical (pathologies).



Au coin du feu

Les affections neurodégénératives de la personne âgée, dont la maladie d'Alzheimer, nécessitent souvent un placement en institution.

L'institution... L'idée à elle seule fait souvent froid dans le dos. Comment éviter, qu'une fois isolée de son cadre familial, la personne âgée ne soit victime d'une perte de qualité de vie et d'une détérioration de son autonomie à penser, à agir, à être... ? En s'inspirant notamment d'initiatives Outre-Atlantique, l'«Association Belge des Cantous» a mené une réflexion en ce sens, qui s'est traduite, à Mariemont Village, par une autre façon de faire ou plutôt de vivre sa vieillesse. Robert Devillers, infirmier et secrétaire de l'association, nous en parle¹.

Les Cantous de Mariemont Village

Extérieurement, rien ne distingue l'imposant bâtiment de «Mariemont Village» de n'importe quel centre hospitalier ou maison de repos. Architecture en apparence sévère et traditionnelle, briques rouges, parking asphalté. Mais à peine a-t-on franchi la porte d'entrée qu'un doute survient : se trouve-t-on dans un centre gériatrique ou dans un grand hôtel ? Le premier regard se porte sur un jardin d'hiver très lumineux sous un lanterneau à plusieurs versants, agrémenté de terre, de plantes hautes au feuillage d'un vert prononcé, et d'un bassin où circulent de longs et vifs poissons. A droite, un vaste espace abrite un bar et un restaurant. Les tons sont chauds. Du jaune, du bleu, du rouge, du rose. Beaucoup de fenêtres. Tout, ici, évoque le confort et la décontraction. Les vacances plutôt que le séjour prolongé. Le bureau d'accueil se situe à gauche, un peu en retrait, comme si on avait voulu gommer tout ce qui rappelle les formalités, les problèmes.

La vocation de Mariemont Village, situé près du centre de Morlanwelz, est de traiter d'une manière globale la problématique de la personne âgée. Ses services se déclinent en fonction des nécessités de chaque résident, de ses particularités, de son état, dans un esprit d'ouverture

sur l'extérieur. Le site comprend une maison de repos (MR), une maison de repos et de soins (MRS), une résidence-services, un centre de jour et un service de repas à domicile. Outre l'agrément d'un cadre de vie résolument contemporain, au design bien étudié, mariant avec bonheur le bois, le verre et le métal, l'établissement flambant neuf – il a été construit en 1998 – offre aussi un terrain de mini-golf, des pistes de pétanque, un salon de coiffure, et de nombreuses animations : jeux de société, ateliers divers (peinture, musique, bricolage, intergénérationnel), gymnastique, organisation de fêtes, sorties à Morlanwelz, par exemple pour se rendre à la bibliothèque. Petit détail révélateur : chaque chambre est décorée d'un papier peint différent, selon les goûts du résident.

Le coin du feu

Cependant, ce qui fait la caractéristique de l'établissement, c'est la présence au sein de la maison de repos et de soins, de cinq Cantous, qui accueillent chacun 15 personnes âgées désorientées, souffrant en majeure partie de la maladie d'Alzheimer. Qu'est-ce qu'un Cantou ? Le mot est originaire du Midi de la France, où il désigne «le coin du feu», avec toutes les connotations liées à cette expression : la famille, la chaleur, l'aide, l'écoute, la compréhension. En MRS, le Cantou est une petite unité d'espace de vie com-

munaire qui tente de recréer ce «coin du feu». C'est-à-dire un lieu où les personnes désorientées prennent part aux multiples activités de la vie quotidienne, comme elles le faisaient autrefois chez elles. De la sorte, elles retrouvent ce qu'elles connaissaient déjà, une continuité existe avec leur passé, elles se sentent moins déracinées, plus en sécurité.

D'un point de vue architectural, le Cantou se présente comme un espace qui se compose d'une salle de vie communautaire (avec cuisine) à laquelle sont reliés les locaux du personnel et les chambres des résidents, soit directement (on parle alors d'espaces fusionnés), soit par un couloir (on parle alors de liaison).

Un enjeu pour les patients, la famille et le personnel soignant

C'est au début des années 1960 qu'est apparu ce concept original, principalement aux Etats-Unis, en Grande-Bretagne et en Australie, avec des particularités propres à chaque pays, l'accent principal étant mis tantôt sur l'architecture, tantôt sur le projet de vie. En France, dès 1976, dans la maison de repos de Georges Caussanel, les patients atteints d'Alzheimer participent à différentes tâches domestiques, ils aident à préparer les repas, à entretenir le local, à cultiver le jardin. Très vite, on s'aperçoit que ces différentes activités leur procurent un certain apaisement et une plus grande facilité de relations.

L'intérêt de la Wallonie pour cette pratique est plus tardif. Il remonte au milieu des années 1980 quand Edouard Behets Wydemans et Robert Devillers l'ont importée chez nous à la suite d'une longue réflexion sur le terrain, nourrie aussi de voyages dans les pays où elle était déjà bien implantée. A l'époque, tous deux

travaillaient dans une MRS où le nombre de résidents présentant des pathologies lourdes, notamment de dépendance psychique, ne faisait que croître. Un triple problème se posait, que l'organisation traditionnelle des soins ne permettait pas de résoudre.

« Le premier concernait les résidents perturbés, explique Robert Devillers. Comment leur offrir une certaine qualité de vie ? Comment assurer leur cohabitation avec les autres résidents plus lucides ? Deuxième problème : la famille, les enfants de la personne âgée. On les sentait culpabilisés de nous avoir abandonné leur parent, ils étaient à la fois dans l'impossibilité de poursuivre leur tâche d'accompagnement et insatisfaits de la manière dont nous répondions à leur attente. Enfin, le personnel n'était pas formé pour ce type de prise en charge, d'où une certaine démotivation de sa part, accentuée par une grande fatigue physique et psychique ».

Conclusion : devant l'échec de l'approche classique des soins en institution, pourquoi ne pas tenter une approche qui, sans évacuer les soins indispensables, s'occuperait du patient dans sa globalité, celle-ci incluant son histoire, son environnement et un projet de vie ? C'était justement ce qui se faisait à l'étranger, dans les Cantous.

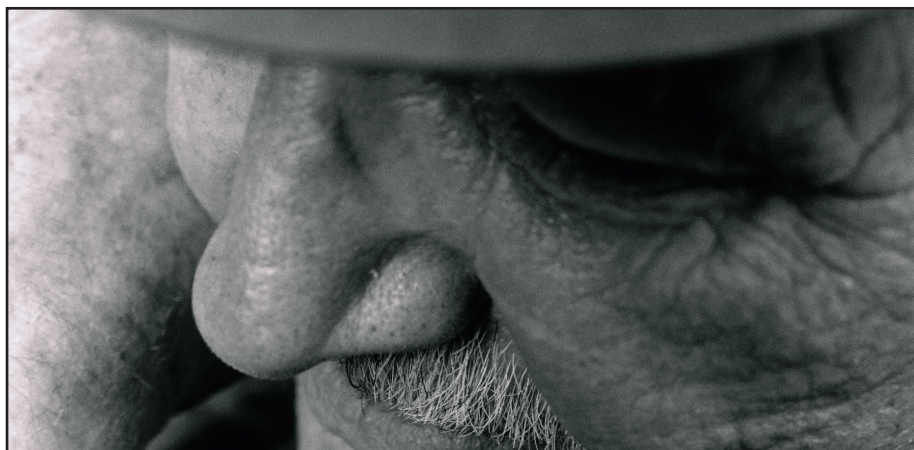
Une formule qui se développe et s'affine

Aujourd'hui, avec l'aide des architectes, un peu partout en Wallonie se développe cette formule qui traduit une démarche plus gériatrique que strictement gériatrique. A la conception traditionnelle des MRS, lieux de soins proches de l'hôpital, se substitue l'idée de créer, à l'intérieur ou à l'extérieur de ces institutions, des milieux de vie autonomes. Ceux-ci ne seraient d'ailleurs pas strictement réservés aux malades souffrant de démence sénile mais aussi à d'autres types de population. Ainsi, Mariemont Village a dans ses cartons le projet (soutenu par la Région wallonne) de créer, sur un terrain attenant à l'établissement,

quatre nouveaux Cantous, dont deux hébergeraient des personnes désorientées, un autre des résidents valides, un autre enfin des patients en soins palliatifs.

« Ces Cantous auront l'apparence de maisons communautaires insérées dans le tissu urbain, précise Robert Devillers. Grâce à la déclivité du terrain, chaque unité aura accès de plain-pied à un jardin. A l'intérieur, toutes les chambres donneront sur l'espace communautaire. Le couloir sera supprimé et remplacé par des couloirs circulatoires, identifiables à leurs carrelages de couleurs différentes. Ce sera donc la fusion complète. Evidemment, des adaptations architecturales tiendront compte de la population concernée. Par exemple, dans le Cantou réservé aux résidents

qu'il dispose d'un budget spécifique grâce auquel s'effectuent librement les dépenses d'alimentation (le choix du menu, des magasins où se fournir) et d'animation. Par ailleurs, l'entourage du résident est pleinement associé au projet de vie ; on l'incite à venir régulièrement participer à l'une ou l'autre activité, qu'elle soit domestique comme les courses, la cuisine ou les travaux de jardinage, ou de réflexion comme les réunions qui vont déterminer les grands axes de la vie communautaire. Enfin, le personnel est en même temps, hospitalier et polyvalent. De l'infirmière au kinésithérapeute en passant par l'aide-soignante, chacun apporte les soins en rapport avec sa formation, mais chacun peut aussi, le cas échéant, donner un coup de main



en soins palliatifs, on veillera à ce que les malades, souvent confinés dans leur lit, puissent tout de même participer à la vie communautaire : chambres aménagées avec vue sur le lieu de vie, système permettant de recevoir les odeurs de cuisine, les bruits... ».

La spécificité du Cantou wallon

Tel est actuellement le grand défi des Cantous : s'adapter aux différents type de populations, mais aussi à la culture et aux possibilités de financement de chaque pays. Le Cantou wallon, quant à lui, présent dans de nombreuses institutions, possède déjà quelques caractéristiques propres. Outre le nombre de résidents fixé à 15, il s'organise de manière autonome, ce qui signifie

pour faire les courses ou la cuisine. Aucun signe distinctif (par exemple un tablier blanc) ne sépare les membres du personnel des résidents. Tous font partie de la même unité, du même groupe, de la même famille. ●

Mariemont Village

68, Rue du Général de Gaulle
7140 Morlanwelz
☎ 064 / 88 71 11

www.mariemontvillage.be

Association Belge des Cantous

12, Avenue des 7 Bonniers
1330 Rixensart
☎ 0475 / 300 567

www.cantous.be

¹ Cet article a été une première fois diffusé dans : « Bien vieillir, bien vivre en Wallonie », une brochure publiée par le Ministère des Affaires sociales et de la Santé de la Région wallonne.



Dessine-moi une maison

Les maisons de repos n'ont pas la cote. Longtemps considérées comme mouiroirs, elles traînent derrière elles une image dont il est difficile de se défaire. A tort ou à raison ? La réponse varie sans doute, aujourd'hui encore, d'un établissement à l'autre. Là, il sera possible de préserver son intimité, de tisser des liens, de bénéficier d'une infrastructure adaptée, d'un personnel « aux petits soins » ; d'être entendu, soutenu dans ses initiatives ; là, l'approche sera sur-médicalisée, l'ambiance morose, le projet de vie : une simple formalité administrative.

Il est important que la personne âgée puisse réfléchir au lieu et au mode de vie qui lui conviennent le mieux. Qu'elle en discute, avant et, si cela se présente, pendant son « entrée » en maison de repos. Mais quelle place y accorde-t-on ? Le « résident » est-il réellement « chez lui » ? Quelle est son autonomie d'action et de décision ? Comment la maison de repos peut-elle contribuer à cette réflexion ? Réponses, sous forme de témoignage, à la Résidence Notre-Dame de Huy.

Rodolphe Sauvage,

Psychologue à la Résidence Notre-Dame de Huy

Pour aborder la question de la place laissée à la personne âgée à être sujet, acteur de sa vie au sein de notre établissement, nous trouvons important de situer le cadre institutionnel dans lequel nous travaillons.

La *Résidence Notre-Dame de Huy* est une Maison de Repos et de Soins (MRS) qui accueille 74 personnes en structure Maison de repos (MR) et 54 en structure MRS, soit un total de 134 résidents encadrés par 90 professionnels. Quelle que soit sa fonction, l'objectif du personnel est de veiller au bien être de la personne âgée en assurant une prise en charge globale.

La politique de qualité inscrite dans le projet de vie a conduit la direction à s'entourer non seulement d'un personnel soignant compétent mais aussi d'intervenants qui, par leur fonction, peuvent répondre à certaines attentes des résidents. C'est pourquoi, l'établissement compte des kinésithérapeutes, des ergothérapeutes, une assistante sociale, un psychologue, une « esthéticienne sociale », une diététicienne et des animateurs.

Bien-être collectif et individuel : faut-il choisir ?

La première question qui vient à l'esprit est : comment concilier le fonctionnement institutionnel et la possibilité pour chaque résident d'être acteur de sa vie, quelles que soient ses capacités physiques ou psychiques ?

En effet, une MRS est par définition un lieu collectif où des règles de vie et de fonctionnement sont appliquées. Face à la satisfaction de l'intérêt collectif, le risque est grand d'amener la personne âgée à perdre le contrôle de son identité, de sa liberté, de ses liens sociaux.

D'un autre côté, l'établissement peut devenir un lieu où la personne âgée retrouve un sentiment de sécurité, où il lui est possible de maintenir des liens sociaux ; d'accomplir certains projets, de briser un isolement.

Pour tenter de répondre à cette apparente contradiction, une réflexion pluridisciplinaire est menée au sein de la résidence. L'objectif, au-delà du maintien de l'autonomie, est de satisfaire un bien être qui ne peut exister

que si la personne âgée elle-même se sent exister en tant qu'individu avec son histoire, sa personnalité et ses désirs.

Des microprojets¹ pour rendre le résident acteur de sa vie.

Cette réflexion nous amène à une remise en question de nos pratiques. Nous tentons ainsi, via nos interrogations, à améliorer la qualité de l'accompagnement qui est proposé aux aînés. Parmi les projets élaborés, certains ont comme objectif de permettre au résident de pouvoir exprimer ses attentes, de maintenir son autonomie, de conserver ou de recréer des liens sociaux, de participer à la vie de la maison.

Un des projets liminaires est certainement l'accueil. Une des conditions optimales de l'accueil est que la personne âgée pose son propre choix sur son futur habitat, qu'elle ait eu l'occasion de visiter un certain nombre d'établissements et qu'elle ait pu recevoir tous les renseignements qu'elle désire.

Dans les faits, et particulièrement en MRS, la personne âgée passe bien souvent de son domicile à l'hôpital (suite à des complications de santé, à une chute, ...) pour ensuite être orientée vers un établissement de longue durée. La personne âgée est alors confrontée à une décision qui lui est imposée, où le choix ne lui appartient plus. Pour ces personnes, nous essayons d'établir un contact préalable, souvent à l'hôpital, pour faire connaissance et prendre toutes les informations utiles concernant les habitudes de vie, les incapacités physiques et psychiques.

A l'arrivée du résident, l'accueil se fait principalement dans la chambre où les documents administratifs sont

complétés. Le personnel vient se présenter et explique sa fonction. L'aménagement de la chambre est personnalisé par la présence d'objets et de meubles familiers, la remise d'une clé, l'inscription du nom de la personne sur la porte, etc.

L'adaptation de la personne âgée pourra commencer, sur base d'une relation de confiance avec l'ensemble des intervenants, quand elle sentira que, malgré cette situation de non-choix, elle conserve son identité et son droit à prendre part à des décisions la concernant.

L'histoire de vie comme point d'ancrage

La réorganisation de l'identité de la personne ne pourra s'envisager que si son histoire est entendue.

Un questionnaire d'« histoire de vie », **lien entre le passé et l'avenir**, est remis au résident ainsi qu'à sa famille dès son entrée. Le questionnaire destiné à la personne âgée est complété avec le psychologue qui peut s'adapter au résident. Il s'agit d'un des premiers moments où des questions autres que celles qui concernent directement sa santé, ses besoins de base sont abordées. La personne âgée peut exprimer ses sentiments concernant son arrivée. Ses demandes sont prises en compte. Des réponses lui sont apportées et expliquées. Les attentes commencent à être identifiées.

L'histoire du résident se construit au fil des rencontres. Une attention particulière est portée sur les événements de sa vie, sur les ruptures qu'il a pu rencontrer (deuil, perte d'autonomie, isolement social). La personnalité, les valeurs et les croyances de la personne sont approchées. A partir des informations recueillies, un projet personnalisé est mis en place avec le résident afin de lui proposer des activités et un fonctionnement institutionnel (par exemple adapter l'horaire de la toilette au mieux des habitudes, ...) qui contribuent concrètement à son bien-être. Il est communiqué à l'équipe soignante.

A l'écoute de la personne âgée et des professionnels

La qualité de la relation entre la personne âgée et le personnel de soins et d'entretien est fondamentale. Chaque geste, chaque attitude, chaque parole rendent... ou non... possible un climat de confiance et de respect mutuel qui favorise l'autonomie de la personne âgée et encourage la relation de sujet à sujet. L'écoute, les actions, les choix possibles pour la personne âgée renforcent ses sentiments d'identité, d'utilité.

Le soutien au personnel est donc important afin qu'il exprime ce qu'il ressent face à des personnes vieillissantes, démentes, très dépendantes ou en fin de vie. Ce soutien est essentiellement effectué dans le cadre de réunions d'équipe et de formations.

Soutien individuel et approche collective

Un soutien psychologique individuel est proposé aux résidents. Un espace d'échanges se crée dans lequel la personne âgée peut exprimer ses angoisses, ses désirs, la somme de toutes ses pertes, ses affects, Le soutien vise également à permettre à la personne d'entrevoir ses capacités résiduelles afin d'améliorer son potentiel d'autonomie. Le psychologue recherche avec la personne à préciser ses attentes, à formuler un projet de vie, et à redonner un sens à sa vieillesse².

Pour éviter l'ennui, la dépression de certains aînés, un projet a été mis en place avec les ergothérapeutes, l'animateur et le psychologue pour permettre aux personnes âgées de se retrouver, en petits groupes, dans un lieu agréable et recréer, dans une ambiance conviviale, des liens sociaux. Ces activités permettent de rompre l'isolement social des personnes âgées mais aussi de les aider à reprendre confiance dans leur capacité résiduelle et de redécouvrir leurs propres ressources. Il peut s'agir de conversations autour d'un café dont les thèmes sont initiés par les rési-

dents et les animateurs ou d'activités ludiques plus traditionnelles telles que le chant, les jeux de connaissances, d'exploration des sens, de stratégie,...

Des personnes présentant une désorientation spatio-temporelle sont accueillies au sein d'un projet de club « Cantou ». Dans ce lieu de vie communautaire, elles sont invitées, si elles le souhaitent et selon leurs possibilités, à participer à la réalisation de tâches de la vie quotidienne. C'est tout un travail de revalorisation de l'image de soi qui est mis en place et qui permet, entre autres, à la personne de se sentir utile au sein de la collectivité.

Des projets plus ponctuels existent également, comme la sortie hebdomadaire au marché, accompagnée d'un ergothérapeute ou d'un kinésithérapeute pour des résidents dont la mobilité est réduite par des troubles moteurs ou en raison de désorientation. Cette diversité permet à chacun de choisir des activités qui lui permettent de répondre à des besoins « supérieurs ».

Conclusion

Etre bien nourri, bien logé, bien soigné ne suffit pas. Chaque résidence peut être porteuse de projets, d'échanges ou d'initiatives riches et variées qui multiplient les possibilités d'épanouissement à la fois individuelle et collective des personnes âgées. C'est par une constante réflexion sur son pouvoir faire et son savoir-être que les membres du personnel et l'institution pourront offrir à la personne âgée une relation de sujet à sujet, porteuse d'un réel plaisir à **vivre**, à **vieillir** ensemble, en société. ●

¹ Ce terme est emprunté à Vercauteren R., Predazzi M., Loriaux M., *Pour une identité de la personne âgée en établissements : le projet de vie*, Eres, 2001

² *Le Psychologue en MRS du CPAS de Charleroi*. Delvaux G., Gilson A., Peeters J.-C., Posset A. et Vanimpe V., Monographie, 2001.



Le Conseil wallon du troisième âge

Créé dans le cadre du décret du 5 juin 1997 relatif aux maisons de repos (MR), résidences-services et centres d'accueil de jour pour personnes âgées, le Conseil wallon du troisième âge (CWTA) a pris place en Wallonie depuis le 6 février 1999.

Référent en matière de politique des personnes âgées, il propose aussi des repères pour une qualité de vie dans le vieillissement. Voici, pointées pour vous, une série de recommandations où les compétences entre secteurs de la santé mentale et du troisième âge s'entrecroisent.... Deux compétences du même Ministre de l'Action sociale et de la Santé en Wallonie... Juste des portes à ouvrir!

*Sélection des avis et travail de synthèse réalisé par **Christiane Bontemps** - IWSM
avec l'aimable contribution de **Catherine Zitella**,
Secrétaire du CWTA - DGASS - Direction du Troisième Âge.*

● Missions

Parmi les missions¹ qui lui sont conférées relativement à l'application du décret, le Conseil wallon du troisième âge donne, d'initiative ou à la demande du Gouvernement, son avis sur:

- ▶ Les orientations d'une politique régionale du troisième âge et les modalités pratiques de sa mise en œuvre;
- ▶ Les programmes d'études et d'évaluation des services régionaux en faveur des personnes âgées qui doivent permettre d'orienter le développement de nouvelles activités;
- ▶ Le suivi global des plaintes concernant les maisons de repos, les résidences-services et les centres d'accueil de jour.

● Composition

Le Conseil est composé de 20 membres:

- ▶ 6 représentants des associations actives dans le secteur: représentants des travailleurs, des intérêts des résidents et autres membres choisis en fonction de leurs compétences dans le secteur;
- ▶ 5 membres issus des associations représentatives des personnes âgées;
- ▶ 3 membres proposés par les organisations mutualistes;
- ▶ 6 membres représentants des gestionnaires et des directeurs d'institutions (3+3).

La présidence du Conseil est assurée par Monsieur Pierre Rondal et le secrétariat par Madame Catherine Zitella. La Commission «Qualité de vie» est présidée par Madame Mireille Piette.

● Un memorandum

En 2003, le CWTA a évalué et réactualisé le memorandum réalisé 10 ans auparavant par le Conseil, alors communautaire. Celui-ci reprend une série de principes fondamentaux susceptibles d'éclairer la politique du vieillissement:

- ▶ Une vie quotidienne de qualité, qui repose sur une bonne intégration sociale et politique des personnes âgées;
- ▶ Une politique du logement, qui permet le maintien à domicile des aînés et tient compte de leurs besoins dans les alternatives proposées;
- ▶ Une attention à la santé et à l'autonomie du troisième âge, via une politique de prévention des dépendances, le soutien des proches, une aide au maintien à domicile et le développement d'alternatives intermédiaires à l'hébergement (centres de jour, de nuit ou courts séjours);
- ▶ Des ressources suffisantes avec la possibilité, pour chacun, de participer à la vie sociale et de jouer un rôle de citoyen, quels que soient sa situation, ses choix et ses besoins;
- ▶ Un souci de la sécurité des personnes âgées pour faire face tant aux risques d'agression et de vol qu'aux risques de maltraitance, d'escroquerie et d'entrave à la liberté;
- ▶ et enfin un souci de la qualité des services offerts via une bonne coordination entre services intra et extra muros, la formation adaptée du personnel et la valorisation de son travail;
- ▶ Le tout soutenu par un Conseil wallon du troisième âge qui serait compétent pour l'ensemble des matières relatives à la politique des personnes âgées (à étendre donc aux maisons de repos et de soins (MRS)) et qui pourrait disposer de moyens supplémentaires pour mener à bien sa mission.

● De l'analyse des plaintes aux recommandations

Chaque année, le CWTA se penche sur le *Rapport annuel sur les plaintes* déposées à la Direction du Troisième Âge au cours de l'année écoulée. Pour l'année 2003, le rapport s'appuie sur l'analyse de 124 plaintes², dont 18% portent sur la qualité des soins, 4% sur la qualité de l'accueil et 11% sur de la maltraitance, négligence ou harcèlement.

L'examen de ces plaintes, de leur contenu, de leur répartition selon les types d'institutions ou les régions et de leur origine pousse le Conseil à soutenir une série de recommandations parmi lesquelles on peut pointer:

- ▶ La création d'une structure d'écoute et d'assistance;
- ▶ Le soutien de la formation du personnel;
- ▶ L'importance du cadre de vie et des relations humaines;
- ▶ Le besoin d'information.

¹ Celles-ci sont précisées dans le décret op cit. Outre les missions de politique générale, le quotidien du CTWA porte sur les questions du Gouvernement liées à la programmation du secteur et aux agréments (accords de principe, mesures négatives,...)

² Un nombre relativement réduit pour un nombre total de 47.546 lits MR en Wallonie.

Un avis relatif à l'accueil et à l'hébergement des personnes âgées désorientées (19.12.2002)

Préparé par la Commission « Qualité de vie », l'avis porte sur l'**accompagnement** (plus largement que sur la prise en charge) des personnes âgées désorientées.

Il insiste sur la nécessité de promouvoir **des démarches centrées sur la personne** et ses besoins dans le respect de l'individu, quel que soit son état de désorientation. Il encourage des pratiques inscrites dans un processus permanent de réflexion, fondé sur la richesse de l'expérience.

Il marque un intérêt pour le concept de « **Thérapie par le milieu de vie** » qui repose sur les principes suivants : aménagement et stimulation d'un rythme de vie normal au quotidien, proposition d'activités structurées et compréhensibles pour le patient, maintien des relations sociales et du contact avec l'extérieur, encouragement de l'échange interpersonnel même non verbal, garanties de sécurité, accompagnement humain et respectueux de la personne quel que soit son état, et entretien et valorisation de ses capacités actuelles.

Il souligne les **conditions de réussite** de cet accompagnement, entre autres :

- ▶ La constitution de groupes homogènes ;
- ▶ Le diagnostic correct et précoce ;
- ▶ La stabilité et la formation du personnel ;
- ▶ L'interaction avec les familles et les proches ;
- ▶ ...

Il situe la **personne âgée au centre des préoccupations** en insistant sur l'adaptation de l'accompagnement à ses besoins, l'attention à porter à son histoire, le souci de la qualité de vie, le maintien de la liberté de mouvement et d'action, la suppression à terme des mesures de contention, l'encadrement à prévoir en insistant sur ses qualités humaines plus encore que sur ses qualités techniques, l'articulation avec le médecin traitant et la réduction des hospitalisations.

Il soutient le rôle du **personnel** dans la démarche, quelle que soit la fonction de chacun au sein de l'équipe pluridisciplinaire. Le travail suppose, en effet, un investissement de départ et une motivation à soutenir auprès de chacun des travailleurs qui s'engage sur base volontaire dans ce processus d'accompagnement des personnes âgées désorientées. Leur formation s'appuie non seulement sur des programmes de

formations spécifiques qui sont encore en partie à créer mais aussi sur la valorisation de l'expérience de chacun. Le projet ne peut que se construire sur un esprit d'équipe à reconnaître et à mettre en valeur. Et il faut souligner l'attention toute particulière que porte le Conseil au bien-être psychologique des membres du personnel, dans le souci notamment d'éviter le burn-out.

Le Conseil insiste enfin sur :

- ▶ la **responsabilité des directions** dans les choix de gestion et d'organisation des institutions pour mener à bien ces projets, à soutenir dans le cadre de formations adaptées ;
- ▶ Le travail à mener avec **la famille et l'entourage** dans un souci de veiller à la continuité du projet de vie, d'améliorer la communication et la compréhension mutuelle à tous les niveaux et d'accroître l'implication et la participation des familles et des proches ;
- ▶ L'importance de **l'environnement architectural** ;
- ▶ La régulation des **prix** sur le marché et un **financement public** adapté aux besoins de ces situations ;
- ▶ Le soutien de **projets novateurs** et notamment ceux qui permettent une diversification de l'offre ou une meilleure articulation domicile / institution.

Un avis relatif aux mesures de contention dans les maisons de repos pour personnes âgées (18.10.2001)

Confié à la Commission « Qualité de vie », le travail préparatoire a interrogé l'utilisation des bracelets anti-fugues pour s'élargir ensuite aux mesures de contention, d'isolement et de surveillance par caméra.

Le travail s'est appuyé sur les réflexions et expériences en cours et sur une étude réalisée en France par l'ANAES.

En référence à une série de définitions qui balisent le travail et aux dispositions légales qui régissent la matière aux différents niveaux de pouvoir, les conclusions du CWTA sont les suivantes :

- ▶ Les mesures de contention, de surveillance et d'isolement doivent être **l'exception**, le recours ultime après avoir épuisé toutes les autres alternatives et leur pratique doivent reposer sur des principes de qualité et de sécurité des soins ;
- ▶ Elles ne peuvent en aucun cas être utilisées pour pallier à un manque de personnel, par convenance pour l'équipe soignante ou encore par mesure disciplinaire ou punitive ;

- ▶ Des procédures doivent impérativement être définies et évaluées au cours de l'application de la mesure dans le but de rendre le plus rapidement possible et dans les meilleures conditions l'autonomie et la liberté à la personne âgée elle-même informée de ce qui lui arrive, quel que soit son état, ainsi que son entourage ;
- ▶ La décision ne pourra être prise que par une équipe pluridisciplinaire et sera limitée dans le temps. Son renouvellement fera l'objet d'une évaluation par l'équipe pluridisciplinaire ;
- ▶ Enfin, une **réflexion éthique** doit être réalisée au sein de l'institution et au cours de la formation de base et continuée du personnel.

Un avis relatif au projet de vie (16 nov. 2000)

Défini comme l'ensemble des actions et des mesures destinées à assurer l'intégration sociale des résidents tant à l'intérieur qu'à l'extérieur de la maison de repos, le projet de vie a pour objectifs :

- ▶ de créer un climat favorable à la qualité de vie des résidents ;
- ▶ de contribuer à la préservation de leur autonomie et à leur épanouissement ;
- ▶ de favoriser leur accès à une vie sociale plus dynamique ;
- ▶ de mobiliser leurs potentialités ;
- ▶ et d'améliorer la communication entre les personnes dans l'établissement.

Le projet de vie est un support conçu autour des axes suivants :

- ▶ Le résident (son accueil et sa vie quotidienne) ;
- ▶ La famille ;
- ▶ Le personnel ;
- ▶ L'environnement extérieur (l'espace et l'ouverture vers l'extérieur) ;
- ▶ L'accompagnement du vieillissement et de la fin de vie.

Le CWTA propose de fournir à chaque institution un document de travail didactique (sous forme de questionnaire) qui lui permet d'élaborer le projet de vie adapté à son service autour de chacun de ces axes.

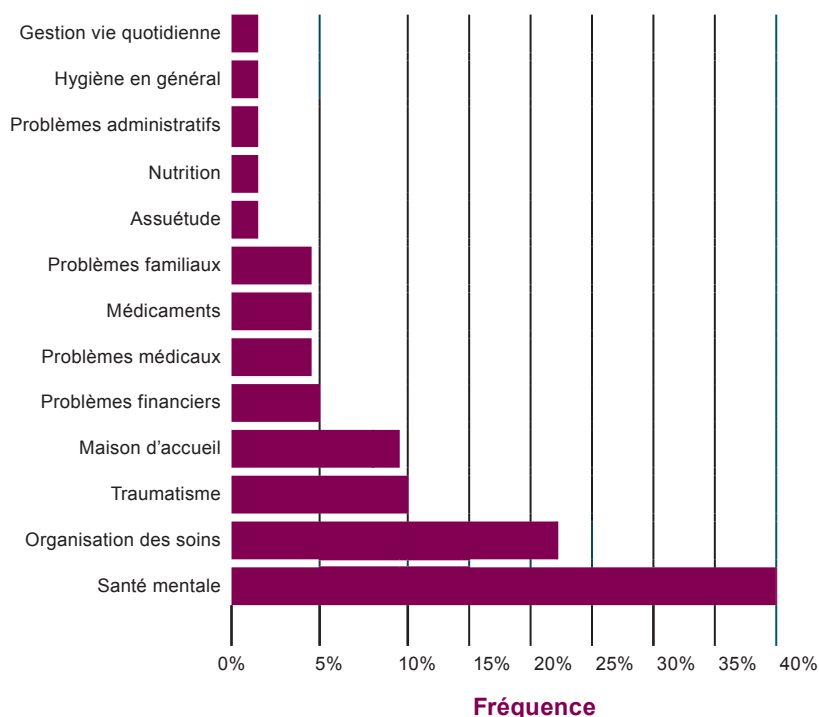
Cet avis est à mettre en lien avec un autre avis du CWTA (du 17.02.2000) qui recommande de rendre obligatoire la **création d'un conseil des résidents** dans toutes les maisons de repos (comme c'est déjà le cas dans les maisons de repos et de soins), avec pour rôle : la transparence de la gestion, le développement du projet de vie, l'amélioration de la communication interne et externe et l'intégration des familles.



Bien vieillir ?

« Bien vieillir », ce n'est pas simplement vieillir sans maladie, sans infirmité. Le vieillissement passe aussi par le maintien et l'amélioration de la qualité de la vie des personnes âgées. C'est ce qui ressort très nettement de l'enquête réalisée par le Centre verviétois de Promotion de la Santé relative aux besoins des personnes âgées¹.

Besoins et problèmes de santé des personnes âgées



Plus d'un tiers des besoins concerne la santé mentale. Ceux-ci se répartissent en souffrance psycho-sociale (solitude, besoin d'écoute, etc.) et/ou psychique (dépression, sentiment d'inutilité, faible estime de soi, etc.). Le système de santé et l'organisation des soins de santé concentrent également une bonne partie des problèmes identifiés (manque de personnel et de moyens financiers, coût du maintien à domicile, absence d'humanisme, gestion uniquement curative des patients, etc.). Ce type de problèmes se rapporte aussi dans une moindre mesure aux maisons de repos. Les traumatismes consécutifs à des accidents ou à des faits de maltraitance sont souvent cités comme problématiques chez les personnes âgées. Il en va de même en ce qui concerne les difficultés financières, notamment celles causées par l'inadéquation entre la pension et leurs besoins. Les autres problèmes se centrent surtout autour de la perte d'autonomie dans la gestion du quotidien (alimentation, ménage, déplacements, hygiène corporelle, etc.) et de l'absence de service ou ressource sociale pour y faire face.

Il est important de signaler que 54,5% des difficultés en matière de santé mentale, 50% des problèmes liés à des traumatismes et 38,5% des besoins concernant le système

de santé et l'organisation des soins sont estimés « réalistes à résoudre » au sein des institutions.

D'une manière globale, les résultats obtenus posent la question de la santé mentale (isolement, absence de reconnaissance, etc.), de la relation aux patients dans notre système de santé (absence d'humanisme, etc.) et de la position de la personne âgée au sein de la cellule familiale (maltraitance, déficit de disponibilité familiale, etc.).

Ces résultats nous interpellent également sur l'adéquation entre les besoins et les réponses qui y sont apportées. Sur ce point, l'enquête nous révèle un intérêt des professionnels à l'égard d'une amélioration de ces réponses que ce soit par le biais d'un accroissement de leurs compétences (méthodologies, connaissances, etc.), ou par le biais d'une meilleure intervention.

Renseignements :

Centre verviétois de Promotion de la Santé

Rue de la Station 9 - 4800 Verviers - ☎ 087/35.15.03

¹ Cette enquête, menée en partenariat avec ULB-PROMES, a été réalisée en 2000 auprès d'intervenants travaillant avec une population de personnes âgées.

Être un sujet âgé

« De toutes les réalités, la vieillesse est peut-être celle dont nous gardons le plus longtemps dans la vie une notion purement abstraite », a justement noté Proust. Tous les hommes sont mortels : ils y pensent. Un grand nombre d'entre eux deviennent des vieillards : presque aucun n'envisage d'avancer cet avatar. Rien ne devrait être plus attendu, rien n'est plus imprévu que la vieillesse »¹

Simone de Beauvoir

Myriam Leleu,

Sociologue et gérontologue
Chercheur et professeur

Vivre et vieillir...

Si la racine étymologique du mot vieillir provient du latin « vetulus », le grec ancien a aussi nourri la langue française avec l'apport de « gera » qui signifie la « bonne vieillesse ». On trouve ainsi à l'origine de la science gérontologique et de l'art gériatrique une ouverture positive et non cette lourde association encore trop souvent présente entre vieillesse, déficiences et maladies. Non, la vieillesse n'est pas une maladie, même si le passage du temps et le grand âge proposent à l'individu le risque d'une plus grande fragilité.

En réalité, la vieillesse est une étape de la vie, un cycle situé au terme de l'échelle des âges. Dire avec précision quand elle commence relève toutefois de la gageure car il y a autant de définitions que d'individus ! La littérature offre quelques pistes, qui parlent de perception du temps et d'êtres humains. Les mots y sont positifs, pessimistes, ou simplement réalistes, tout comme les témoignages du vivant. Tous tentent d'appréhender cet indicible processus qu'est

le vieillir. Pour William Cliff, « La vie, malgré toute l'extension qu'on veut lui donner, finit peu à peu par se restreindre, elle se recroqueville à la longue, elle se roule en boule... »². Pour Chateaubriand, « La vieillesse est un naufrage », contrairement à cette dame âgée de plus de 80 ans pour laquelle « La vieillesse, c'est l'âge d'or, l'épanouissement de ce qu'il y a de plus profond en soi ».

Si ces propos concernent l'inéluctable cheminement vers la finitude, ils parlent aussi de la vie. On retrouve d'ailleurs assez paradoxalement le mot 'vie' dans les mots 'vieillesse' et 'vieillir'. Reproduisant ici une lapalissade certaine, on peut donc affirmer que vieillir, c'est vivre !

Des représentations en mouvement

Jusqu'au début des années septante, la retraite et la soixantaine étaient assez systématiquement associées à la fin de la vie. Passé ce cap, la mort se projetait à l'horizon des perspectives proches. Du vieillissement démographique dérivèrent cependant d'autres réalités, celles d'individus âgés et très âgés qui se côtoient aujourd'hui dans une société devenue multigénérationnelle. Apparût ainsi un dédoublement du groupe des 'vieux' en deux sous-groupes, celui des jeunes ou nouveaux vieux, ces seniors actifs n'ayant pas encore subi les affres de l'âge et celui des vieux vieux marqués par les rides du temps.

Cette nouvelle distinction en termes d'âge est à la source du développement de représentations autres de la vieillesse. Au stéréotype d'une vieille vieillesse décatie, démodée et dépendante répond en effet celui d'une belle vieillesse resplendissante, éternellement jeune... Ainsi,

être vieux et vraiment vieux aurait tendance à se réduire aujourd'hui à une misère, celle du grand âge, de la dépendance, des tabous et de la mort. Tandis que la nouvelle vieillesse transporte avec elle le mythe d'une jeunesse éternelle, largement soutenue par le marché des seniors ! Mais, être jeune, vouloir le rester à tout prix au risque d'ignorer les générations qui suivent, se transmue facilement en insolence, basée sur un déni, celui de la vieillesse et du déroulement des années.

Si ces représentations sociales rendent une part de la réalité, elles sont incomplètes, car elles ne rendent pas compte des multiples façons de vivre la vieillesse. La meilleure approche est celle qui diversifie la notion d'âge en y reconnaissant non seulement un âge chronologique, mais aussi un âge biologique, un âge social et un âge subjectif, celui de la perception que chaque être a de sa vie. L'âge n'équivaut donc pas à une quantité d'années, c'est aussi une construction sociale dont le contenu évolue au gré du temps, des espaces sociaux et des cultures. Vieillir en Afrique, en Colombie ou en Asie est bien différent du vieillir belge ou français. La vieillesse de la Renaissance n'est pas celle du Moyen Âge. L'âge est ainsi « une donnée biologique socialement manipulée et manipulable³ ». En témoignent notamment les réflexions actuelles sur l'âge de la retraite qu'une société vieillissante souhaite postposer afin de limiter le poids des pensions. En témoigne aussi l'association qui perdure entre retraite et vieillesse, comme si l'imposition d'un âge social, celui de la fin d'une période de travail rémunérée, signifiait encore la fin de la vie, alors que l'on sait par ailleurs qu'au-delà de 60 ans, on peut espérer vivre au moins 20 années de plus...



Paraphrasant ici Chr. Lalive d'Épinay⁴, la période actuelle est le témoin du conflit entre deux définitions de la vieillesse, l'une qui est le legs de la société industrielle, l'autre qui a été forgée sur le tas par des pionniers, les retraités. Selon la première, la vieillesse commence quand l'être humain ne peut plus exercer son devoir de travail; pour la deuxième, l'être humain ne devient vieux que lorsqu'il n'est plus à même de définir de manière autonome et réaliste son projet de vie. Là, un individu déterminé par la société et subordonné au projet collectif; ici, un individu autodéterminé, assumant sa liberté.

La révolution des temps grises

La fin des années 60 verra se développer l'attention pour les personnes âgées en Europe et aux États-Unis. Des préoccupations nouvelles apparaîtront, dont l'objectif consiste à améliorer les conditions de vie et à lutter contre l'âgisme et toute forme de discrimination basée sur l'âge. La r(é)volution grise, confortée dans les années 80, déploie ses ailes, au profit d'une ère de gèritude⁵.

La Commission Laroque, chargée en France de poser les prémices d'une politique du troisième âge en 1960, ouvrira la voie vers une interprétation moins pessimiste de la vieillesse, en s'intéressant non seulement à la sécurité économique des personnes

âgées, à leur santé et à l'offre de services et d'équipements collectifs mais aussi à leur intégration sociale et culturelle. Si la gériatrie connut un premier essor dans les années 30, les travaux de recherche de B.L. Neugarten aux États-Unis et de M. Philibert en France marqueront la naissance de la gèrontologie au début des années 60. On assistera, toujours en cette période, à la création d'une presse spécialisée, avec le lancement en France, en 1968, du magazine 'Notre Temps', devenu 'Plus' depuis la fin des années 90. Les premières universités du troisième âge contribueront au déploiement d'une image jeune de la vieillesse, celle de ces pionniers démographiques qui envahissent le champ du social à la recherche de nouveaux repères, à la source de modes de vie originaux⁶. La multiplication des programmes de préparation à la retraite, la progression de l'offre de formation en gériatrie et en gèrontologie, l'émission de normes d'agrément pour les maisons de repos, les réflexions autour des services et soins à domicile et l'augmentation des pensions de retraite participent aussi à la création de nouveaux principes de gestion de la vieillesse. C'est ainsi que le marché des seniors prit son envol, qu'il soit d'action sociale, d'aides à la vie quotidienne, de produits médicamenteux ou esthétiques, de loisirs et vacances, de placements bancaires, etc. Le salon des seniors qui se tient

chaque année à Bruxelles depuis 1994 est un bon révélateur de ce phénomène de société.

Effet des politiques sociales

Paradoxalement cependant, le développement des politiques sociales du troisième âge, tout en soutenant l'amélioration des conditions de vie et des représentations sociales de la vieillesse, a contribué à la construction de la catégorie âgée en une catégorie fermée, celle de la dépendance sociale et économique. Les seniors sont considérés ici essentiellement sous l'angle de leur dépendance par rapport à des pensions de retraite pour vivre, des soins pour leur santé, l'associatif pour leurs loisirs, des maisons de repos pour leur logement, etc. Effet pervers, tout en se propulsant vers une idée du progrès social, ces politiques ont renforcé la construction sociale de la vieillesse comme temps de ségrégation en poussant des êtres à vivre dans le monde des vieux, des services et soins offerts aux vieux, ces personnes qui prennent leurs loisirs quand les non vieux travaillent. De ce fait, les retraités, surtout les plus âgés, représentent toujours le non vivre, les exilés de la société⁷ parce que leur vie se déroule en dehors de la vie valorisée, celle qui confère statut social et reconnaissance, celle du travail rémunéré.

Le groupe des 'vieux' a donc été renforcé dans cette homogénéité qui le dessert et lui propose une identité sociale lourde, celle des vieux par rapport aux non vieux, celle d'un groupe à risques ayant globalement des problèmes identiques. Les personnes du grand âge portent plus encore les stigmates d'un groupe à part du fait d'une dépendance croissante invariablement associée à la mort. Le ghetto des âges existe bel et bien, contenant en son sein une dualisation nouvelle, celle qui sépare les vieux de la dépendance des vieux encore jeunes en vertu d'un âge ou d'un état de santé florissant. Il est presque interdit de vieillir car «la personne âgée qui est une vieille personne est un cauchemar



pour les autres, un rappel à l'ordre de la réalité mortifère de la condition humaine. Rester jeune tout au long de l'existence devient alors une question de savoir-vivre, être vieux étant du plus haut mauvais goût»⁸.

Réduire les personnes âgées à leur dépendance procède hélas d'une réduction au statut d'objet, objet de politiques sociales aux entrées multiples, à la source d'un fractionnement de l'individu en autant de tranches ou fractions d'objectifs socio-politiques et sanitaires: la santé et les soins, l'hébergement, les services et soins à domicile, les loisirs, la retraite, etc. On assiste ici à l'objectivation de la personne âgée, objectivation dont les principaux responsables sont le politique, l'administratif et le médical. L'expertise gériatrique, qui se mit en place dès les années 30, introduisit un savoir spécifique qui renforça la confusion entre vieillesse et maladie, transformant la personne en assisté, patient gériatrique objet de soins, à placer en des lieux spécialisés, les maisons de repos. L'ingénierie sociale et les sciences humaines ne firent pas mieux en s'intéressant unilatéralement à une caractéristique de l'homme, son état d'individu âgé et sa dépendance, en ignorant presque sa globalité en tant qu'être humain.

De l'objet au sujet...

Cependant, la «catégorie 'personnes âgées dépendantes' n'existe que dans notre imaginaire et dans nos fantasmes de gens 'jeunes et bien portants'»⁹. La dépendance revêt en réalité de nombreuses formes qui touchent tous les âges de la vie. Selon A. Memmi, la dépendance est un fait et une vérité de la condition humaine. C'est «une relation contraignante, plus ou moins acceptée, avec un être, un objet, un groupe ou une institution, réels ou idéels, et qui relève de la satisfaction d'un besoin»¹⁰. Les êtres humains connaissent ainsi une situation paradoxale en étant les plus asservis et les plus autonomes car ils construisent leur autonomie psychologique, individuelle, personnelle, à travers les dépendances qu'ils ont

subies, qui sont celles de la famille, de l'école, du travail, etc.¹¹ Issue d'une approche bio-médicale de la personne âgée, l'association dépendance/vieillesse est donc illusoire!

Autre confusion dommageable, celle de la dépendance et de la perte d'autonomie. Pour le socio-sanitaire, la dépendance consiste à ne plus être capable d'assumer seul les actes élémentaires de la vie quotidienne: se laver, s'habiller, préparer ses repas, etc. Ceci n'empêche pas une personne, qu'elle soit âgée ou non, de préserver sa liberté de choix, son autonomie, c'est-à-dire de pratiquer le libre exercice des lois que l'on se donne à soi-même. Dépendance et autonomie ne sont pas des notions antinomiques! Il est donc indispensable de reconnaître l'autonomie de tout être, âgé ou non, fragilisé par la maladie ou non, vulnérabilisé par un état social ou non. Le reconnaître, c'est sortir de l'objectivation pour conforter la réalité du sujet, maître de son devenir, personne de droit, civilement responsable. ●

¹ de Beauvoir S., p. 13-14 : bibliographie / réf. 11.

² Cliff W., La Dodge, Monaco, Ed. du Rocher, 2004, p. 104.

³ Bourdieu P. : bibliographie / réf. 7.

⁴ Lalive d'Epinau Chr. : bibliographie / réf. 25.

⁵ Loriaux M., Remy D. : bibliographie / réf. 32.

⁶ La première université du troisième âge fut créée en France, à Toulouse, en 1973 et en Belgique, à Marcinelle, en 1975.

⁷ Urbain J.-D. : bibliographie / réf. 43.

⁸ Maisondieu J. cité par Amyot J.J. Billé M. (dir.), *Vieillesse interdites*, Paris, L'Harmattan, coll. La gérontologie en actes, 2004, p.17, p.26.

⁹ Ennuyer B. : bibliographie / réf. 15.

¹⁰ Memmi A. : bibliographie / réf. 35.

¹¹ Morin E. cité par Ennuyer B., p. 61: bibliographie / réf. 15.

Etre vieux, ça veut dire ne pas travailler.

Maintenant, je travaille à l'aise, je chipote encore un peu, la lessive, la vaisselle, etc.

Mes repas viennent de la maison de repos. Et le dimanche, je vais au restaurant.

Comment voyez-vous votre avenir ?

Ma maison est en rente viagère, mais je voudrais bien y rester quelques années.

Mais je me suis quand même inscrit en maison de repos, au cas où...

Est-ce que vous vous sentez parfois un peu seul ?

Pas de problème, je ne me sens jamais seul. J'ai toujours quelque chose à faire.

Mon moral est bon... Je suis bien.

Qu'est-ce que vous pensez de la vieillesse ?

Il faut bien vivre avec... Et se soigner, et se laisser soigner.

Et quand vous étiez jeune, vous pensiez que c'était ça la vieillesse ?

Non

Où vous pensiez que c'était autrement ? On n'y pensait pas...

A la maison, on est dans ses histoires.

Qu'est-ce que vous répondez aux gens qui disent « Mais vous êtes comme chez vous ici ! »

Je le pense, mais je ne le dis pas : « Zut ». (Rires)

Pour vous, qu'est-ce que ça veut dire la vieillesse ?

Moi, je n'y pense même pas. (Rires) Je sens mes os, je sens mes jambes... et j'oublie.

J'ai toujours été très joyeuse, ça fait beaucoup, savez-vous.

Et pour vous Monsieur, c'est quoi la vieillesse ?

Ben, je le prends comme elle vient. Voilà.



Parle avec eux

Marceline Mushokoza ne sait pas faire sans les personnes âgées. Alors, elle y consacre sa vie professionnelle, et un peu plus même ! Marguerite, Rose, Esther,... Toutes et tous ont un prénom, une histoire, une anecdote à partager et Marceline sait y faire pour les écouter, donner sens à chaque échange, décrypter chaque ride. Marceline y lit les petites et grandes émotions d'un moment ou d'une vie. Ceux qui l'ont compris, sourient... pour mettre un peu plus en valeur quelques rides.

Rencontre avec **Marceline Mushokoza**, Psychothérapeute¹,
Éducatrice au département gériatrique
du Beau Vallon,
Fondatrice de l'Ecole de Ressources Ethniques (ERE).

Entretien réalisé par **Sylvie Gérard** et **Muriel Genette**

Transmettre à petits pas son savoir

Pour moi la personne âgée est pleine de richesses.

Les aînés n'ont pas terminé leur travail.

En Occident, les seniors sont dépouillés de tout. Ils sont mis en retrait(e) alors qu'ils ont tant à donner, à échanger pour qui sait écouter.

C'est important pour les plus jeunes de pouvoir se référer à une personne d'expérience, d'asseoir son identité et pour la personne âgée de pouvoir continuer à élargir son choix de vie, de pensées. C'est un bonheur de vivre âgé.

Vous prendrez bien le temps de vous asseoir...

La vie de la personne âgée est un poème. On peut y creuser sans fin, en tirer un enseignement qui nous aide à ouvrir les yeux, à embellir ce que l'on voit, à améliorer nos relations.

L'homme est aveuglé par la technicité. Il y a des hôpitaux par-ci, des médicaments par-là, des appareils-



lages des plus sophistiqués mais où est le salon, où l'on peut s'asseoir et parler avec la personne âgée ?

L'art de la relation

On est dans une logique instrumentale, de réparation. Mais pourquoi pas une clinique de la participation ? La relation entre la personne âgée

et les proches ou les professionnels qui l'entourent est faite de petits ajustements, cela se construit et cela prend du temps. Plusieurs fois, j'ai entendu dire d'un aîné : « Oh celui-là, tu sais, il ne parle pas » mais quand vous tendez l'oreille et que vous l'observez, vous constatez qu'en réalité, il s'exprime !

En dehors de l'urgence clinique, il n'y

a pas énormément de soins auxquels la personne âgée a recours. Ce qui lui importe, c'est l'écoute, l'attention qui lui est accordée alors que le personnel a plutôt le pas rapide ; productivité oblige ou ..., erreurs de jeunesse dont il est bon de retirer quelques enseignements.

Je me revois en début de carrière, alors que je travaillais comme aide à domicile, m'appliquer à faire briller chaque recoin de l'habitation de personnes âgées. Je voulais faire plaisir, faire mieux que les autres. Mais, en dépoussiérant le meuble, ai-je retiré avec suffisamment de délicatesse, la photo d'un enfant trop vite disparu ? L'ai-je remis comme on le souhaitait, avec la bonne inclinaison ?

Que sais-je de l'environnement dans lequel je suis ? Quel temps donne-t-on à la relation ? La relation.... Les oreilles, les yeux, la bouche, le toucher sont nos outils de travail les plus précieux. Cela ne s'improvise pas lors de la formation.

A l'écoute des désirs

Nous avons tout à apprendre de la personne âgée. Elle nous transmet au quotidien un enseignement, aussi infime soit-il, qui est porteur de sens. Que nous dit cette dame qui se lave, chaque jour, sans totalement se dévêtir ? Qu'elle a besoin de pudeur, d'un peu d'intimité face aux entrées peut-être trop intempestives

du personnel ? Que sa nudité lui appartient ?

Et cette autre dame qui rejette le verre d'eau qu'on vient de lui apporter avant de se servir elle-même au robinet ? Qu'elle souhaite se désaltérer quand elle aura soif et non en fonction de l'emploi du temps de l'aide-soignante ? Que cela fait partie de son autonomie ?

Nous devons être attentifs à ne pas être prisonniers de théories, de planings.

La personne âgée nous teste pour voir si l'on est à l'écoute de ses désirs. Quand elle vous demande « couvre moi » et qu'elle est recouverte, c'est pour voir si vous l'écoutez, si vous donnez sens à ses désirs, si petits soient-ils. Remontez la couverture et vous verrez son visage qui s'anime, qui rayonne ! Nous sommes tous des êtres de désirs.

Ma grand-mère disait toujours : « les vieux ne dorment pas, ils font semblant ».

Le soignant pense que c'est lui qui observe le malade, le résident. C'est tout l'inverse ! Si j'ai été engagée au Beau Vallon, c'est grâce à un résident. C'est lui qui m'a appris le travail ! Après trois mois, il a appelé mon chef de service en disant : « Maintenant, tu peux l'engager ». Il m'avait transmis ses observations... J'étais à l'écoute de son savoir, à l'écoute de ses désirs... ●

¹ Marceline Mushokoza a suivi des formations en thérapie familiale systémique, en psychanalyse ainsi qu'en thérapie traditionnelle africaine et en musicothérapie indienne et africaine.

« Vieillir, c'est organiser sa jeunesse au cours des ans »

Paul Eluard

Dans la tradition bouddhiste, un des moments importants de l'évolution spirituelle est celui où l'élève est invité à construire son cercueil pour apprendre à vivre pleinement.

Notre civilisation actuelle a occulté cette sagesse pour se lancer avec frénésie dans l'exaltation de la richesse, du bonheur et de la jeunesse.

● Marceline Mushokoza

est la fondatrice de l'**Ecole des Ressources Ethniques (ERE)**, une école qui s'adresse tout à la fois aux enfants (animations pour une meilleure approche et connaissance des richesses multiculturelles), aux adultes (rencontres), aux personnes âgées (travail sur le récit de vie), aux professionnels du secteur psycho-médico-social.

ERE propose à ces derniers de développer les concepts de la clinique de la participation et de l'anthropo-gériatrie.

La musique, le conte, le toucher, les récits de vie sont quelques-uns des moyens utilisés pour aider le soignant à s'ouvrir, notamment dans le cadre d'une prise en charge thérapeutique (mais pas exclusivement), aux ressources de la personne (âgée), particulièrement lorsqu'elle est issue d'une autre culture, d'un autre pays.

L'École de Ressources Ethniques s'appuie notamment sur l'approche des géno-récits. Les récits de vie permettent ici de retracer une sorte « d'arbre généalogique » et de comprendre un peu mieux les relations que la personne âgée a tissées avec sa famille, ses proches, voire avec les institutions tout au long de sa vie.

Cette mise en perspective permet avant tout de travailler sur ses ressources résiduelles, de s'appuyer sur les valeurs qu'elle a reçues.

La personne aura parfois tendance à ne valider que ce qui a été négatif alors qu'il est possible de mettre en valeur tout ce qui est positif : « J'ai accompli ma vie parce que j'ai donné, j'ai réalisé cela... , malgré la maladie, malgré les failles... »

ERE dispose aussi d'un petit musée (pour appuyer les animations dans les écoles notamment) et d'un centre de documentation.

Renseignements :

ERE

Avenue Reine Astrid, 17
5000 Namur

☎ 081/ 74 38 03

☎ 0434/ 06 07 57

www.ere.be (site en construction)



Paroles de Troubadours

Quand on réside en maison de repos, il arrive parfois que les visites diminuent ou se font rares. Face à cet isolement, l'association de la Mutualité Socialiste Espace Seniors invite d'autres aînés, plus jeunes, plus mobiles aussi, à se rendre sur place et à faire la lecture à voix haute de journaux, de livres, ...

Mais Espace Seniors, c'est aussi un lieu qui permet aux aidants proches de s'informer, de parler et surtout de se ressourcer quand cela s'avère nécessaire grâce notamment à des groupes de paroles. Le point sur ces initiatives en compagnie de Renée Coen et de deux de ses... *troubadours*.

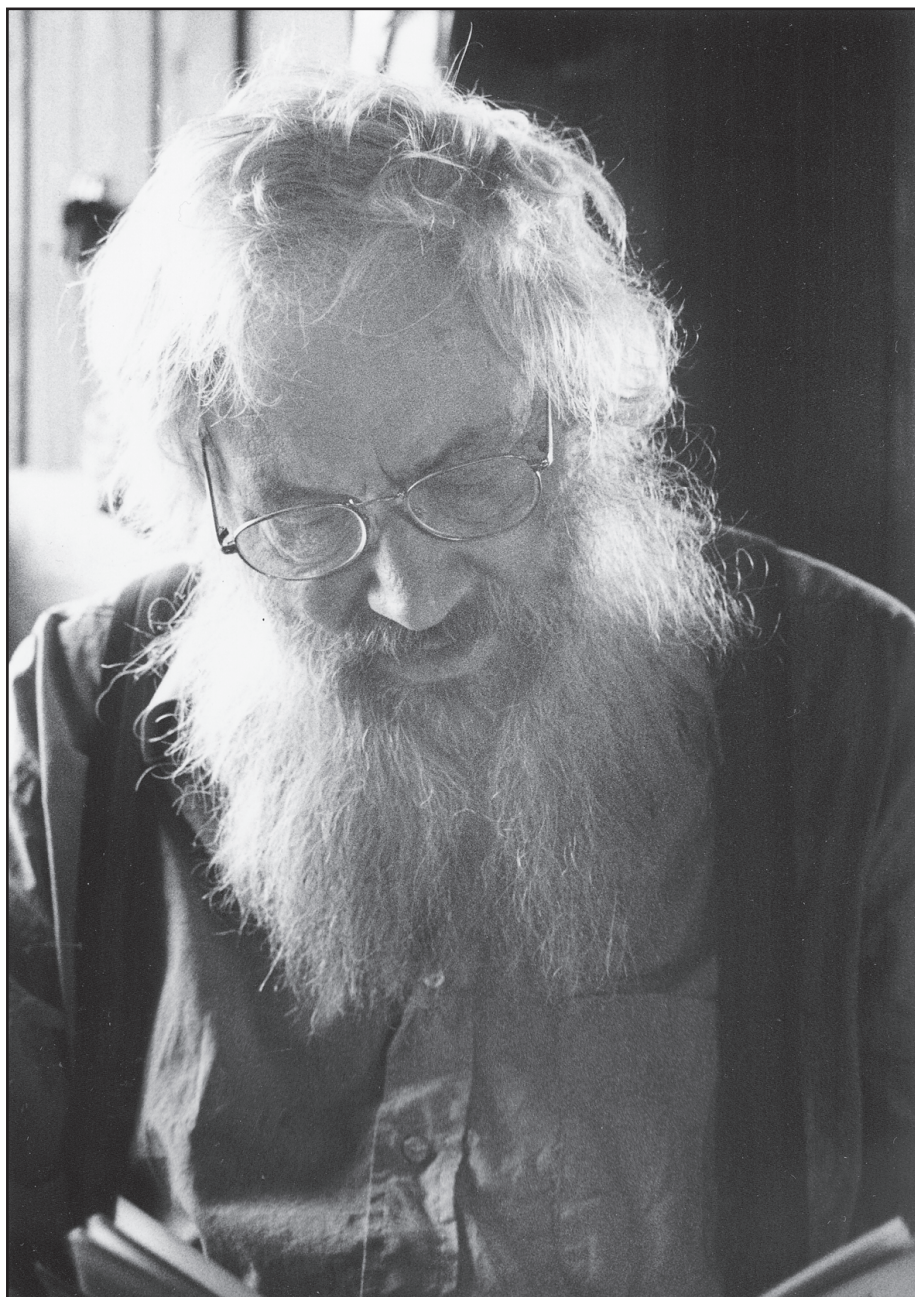
Témoignages de **Renée Coen**,
Secrétaire nationale d'Espace Seniors,
Pierrette Bernard et **Annie Cancelier**,
Troubadours.

Propos recueillis et mis en forme par
Sylvie Gérard, IWSM

La solidarité familiale est et reste un atout majeur quand les parents vieillissent.

Le soutien et l'aide apportés peuvent toutefois s'avérer difficiles et éprouvants à court, moyen et long terme. La diminution physique et/ou mentale, la perte d'autonomie d'êtres proches ne sont pas sans générer chez l'aidant une souffrance émotionnelle et il lui arrive qu'il se retrouve bien démuni face à une perte de repères, à des difficultés de communication ou à l'émergence d'anciennes rancœurs.

Il est utile alors de pouvoir s'informer correctement mais aussi de disposer d'un lieu où il est possible d'échanger sur les problèmes et difficultés rencontrés, sur les expériences vécues. C'est là la vocation des groupes de



parole **Inspire** mis en place par l'asbl Espace Seniors.

Du groupe de parole à la formation

Il s'agit avant tout d'un lieu d'échanges et de réflexions permettant de « souffler », de s'exprimer, de mettre en mots : émotions et ressentis, de partager avec d'autres un vécu simi-

laire, afin de pouvoir vivre plus sereinement cette relation d'aide.

Le groupe est conduit par des psychologues, disposant d'une connaissance spécifique de la psychologie de la personne âgée, de l'environnement de cette dernière et du fonctionnement du groupe familial.

Psychologues, ergothérapeutes et assistants sociaux proposent aussi, parallèlement aux groupes de parole, des formations essentiellement destinées aux « aidants familiaux ».

En cinq modules, cette formation nourrie d'exposés, d'échanges et de réflexions propose d'approfondir ce que signifie le soutien à un proche âgé, d'un point de vue tant relationnel (au travers, par exemple, de techniques de communication avec les personnes âgées désorientées) que matériel et pratique (le vieillissement du point de vue physique, psychologique, l'aménagement de l'espace de vie, les aides techniques et financières extérieures possibles).

Les Troubadours sont de retour

Chaque mercredi après-midi, je prends mon petit sac à dos rempli de bouquins et je m'en vais faire « le Troubadour » pendant quelques heures en maison de repos.

Je sais que ces dames m'attendent avec impatience.

À Emma, je lis l'histoire des colonisations. De temps à autre, j'interromps ma lecture car je sens qu'elle a besoin de parler, de me faire part de son ressenti, d'évoquer des souvenirs. C'est un instant privilégié que nous vivons ensemble et qui me ravit, moi aussi.

Charlotte, elle, est friande d'actualités. Je lui commente les dernières nouvelles du pays ou du monde, lues dans la presse. Mon auditrice est aveugle, je lui prête mes yeux et ma voix.

Et je continue mon tour... Je sais que Marguerite m'attend. J'apprends qu'elle est décédée... , ça me fait un choc !

Elle s'est éteinte, sans être malade, « parce qu'elle le souhaitait », m'a-t-on dit...

Les bons moments passés ensemble me reviennent en mémoire.

J'avais oublié un instant que nous sommes mortels, que notre voyage a une fin ...

Pierrette Bernard

Un plaisir partagé

Pierrette Bernard et Annie Cancelier (voir témoignage ci-dessous) sont ... Troubadours.

A l'image de ces deux mamies, 72 bénévoles ont choisi de suivre, durant quelques mois, la formation à la lecture vivante que leur propose Espace Seniors.

Etre Troubadour est donc un engagement bénévole de « jeunes seniors » auprès de « seniors âgés » résidents en maison de repos. Il ne s'agit pas seulement de rompre l'isolement ou la routine de la vie en institution mais aussi de nourrir les plaisirs, les émotions, la relation, ... l'évasion.

A 91 ans, Suzanne a ainsi pu concrétiser son rêve : voyager ! Un tour du monde virtuel que lui a offert ou, plutôt, faudrait-il dire, que se sont offertes Suzanne et Annie Cancelier. Suzanne fait vraiment partie de ma vie. J'aime bien, tout à la fois, être avec mes petits enfants, car je peux éveiller leur esprit, leur donner la main, aller vers... Avec les personnes âgées, c'est l'inverse qui se produit. Suzanne m'a prise par la main et m'a emmenée vers un monde inconnu.

Quand, au départ, elle m'a dit : « moi ce que j'aimerais bien, c'est connaître la géographie », j'avoue que l'idée de sortir un atlas, de s'intéresser aux climats, ... ne m'a pas particulièrement emballée. « Vous avez envie de connaître quoi ? », lui ai-je demandé. Elle m'a répondu : « L'Egypte ». Le hasard a fait que je revenais d'un voyage en Egypte deux ans plus tôt. Il a alors été possible, en prenant pour support quelques très belles photos qui invitent aux commentaires, à l'échange d'impressions, et quelques livres ou magazines, de partir à la source du Nil puis de voyager à travers tout le pays en lui offrant de temps à autres un vécu plus personnel.

Puis ce fut au tour de l'Inde. Ici aussi,

ce choix spontané a eu un écho particulier puisque mes deux filles sont indiennes et qu'à ce titre, j'ai foulé plus d'une fois cette terre.

Raconter une histoire peut parfois paraître un peu superficiel et pourtant, cela permet de rebondir sur des sensations, d'entamer une réflexion plus philosophique sur le sens à donner à la vie. Suzanne s'est montrée très soucieuse de la souffrance et de la misère de ce pays. Elle s'est aussi intéressée, elle qui était très chrétienne, aux religions pratiquées en Inde. Nous sommes restées 6 mois avec le même sujet. Mais quel enrichissement mutuel !

Puis nous avons parcouru l'Afrique, le Pôle-Nord avec, à chaque fois, un même émerveillement. Cette heure passée avec Suzanne, et aujourd'hui avec d'autres seniors, est un privilège. Parfois, lorsqu'il m'arrive de parler un peu plus fort dans une chambre, pour me faire entendre du résident, je me fais interpellé au terme de la lecture par le voisin ou par un pensionnaire qui passait par là et qui me dit « et la suite ? ».

Puis Suzanne est devenue un peu plus confuse. La notion du temps lui a peu à peu échappé mais elle savait, chaque lundi, que c'était l'heure de notre rencontre. ●

Renseignements : Espace Seniors

1, Place Saint Jean
à 1000 Bruxelles
☎ 02 / 515 02 67

Les Troubadours seront à l'honneur à « La fête des seniors » qui se tiendra ce 27 janvier à 14H00 à Mons¹ avec, notamment au programme, le nouveau tour de chant d'Annie Cordy : « Que du bonheur ». Renseignements et réservation au 02 / 515 02 73.

¹ Espace Magnum, Av. Docteur Schweitzer, 1 à 7340 Colfontaine.



Insécurité : réalité ou sentiment ?

Pourquoi les personnes âgées se sentent-elles en insécurité ? Et qu'est-ce qui leur fait peur ? C'est la question à laquelle Marie-Thérèse Casman, sociologue à l'ULG, a tenté de répondre à la journée d'étude des aînés des Equipes Populaires¹.

Ya-t-il un lien entre le sentiment d'insécurité et l'expérience (vécue ou entendue autour de soi) de violence ? D'après la plupart des sociologues et criminologues, le sentiment d'insécurité varie bien davantage avec le degré d'intégration sociale des individus ou, en d'autres termes, avec l'intensité des liens sociaux. Le sentiment d'insécurité est aussi l'expression d'un sentiment de vulnérabilité qui croît avec l'âge.

Peur... de la maladie

En réalité, on quitte la vie active avec son petit bagage sur le dos. Avec sa capacité à diriger ou à obéir, à décider ou à exécuter, à prévoir ou à subir. Avec ses biens, ses amis, ses relations, ses enfants ou avec sa solitude, avec ses connaissances. Avec des envies d'agir ou sa fatigue d'en avoir déjà beaucoup fait... On ne recommence guère sa vie ; on la continue avec, devant soi, un gouffre de temps libre que certains combleront sans trop de difficultés mais que d'autres ne parviendront jamais à remplir. Ce sont sans doute ceux là qui seront les plus perméables à des idées de peur, d'angoisse, qui se sentiront en insécurité.

Mais insensiblement après le troisième âge, vient le quatrième âge. L'activité corporelle se réduit et devient souvent une préoccupation. Le corps focalise une part importante de l'attention. Cela peut alors être le temps de la « désintégration » des liens sociaux.

Une recherche menée fin des années 80 auprès des personnes âgées est éclairante. A la question, « parmi tous les malheurs, que redoutez-vous le plus ? », la maladie et la vieillesse viennent largement en tête dans le classement des « malheurs » redoutés (30%). Le crime se situe ici nettement en seconde place (10%). Le premier objet de préoccupation est d'ordre interne, directement lié avec le vieillissement et la déchéance physique.

L'inconnu fait peur

Si on essaie de mettre un visage sur ceux qui font peur, on obtient tout d'abord un résultat étonnant : 82% ne craignent personne en particulier. Parmi les 18% qui ont peur de certaines personnes, la crainte surtout est dirigée vers les jeunes et les étrangers.

La crainte se personnalise dans deux groupes sociaux qui ont en commun leur éloignement par rapport aux personnes âgées : les jeunes sont éloignés par l'âge et les mœurs, les étrangers par l'appartenance ethnique et la culture.

L'amalgame se produit donc entre l'inconnu et le danger : on a peur de ceux qui sont différents et qu'on ne comprend pas bien.

On vieillit comme on a vécu, disait-on. Le sentiment de sécurité est lié à une vision sereine et dynamique de la vieillesse, tandis que le sentiment d'insécurité va de pair avec une vision triste et morne de la fin de la vie.

Ce sentiment est solidement et directement relié à notre fonction dans la société, à la manière dont on vit en tant qu'être social.

Sécurité et lien social

Comme un iceberg, la sécurité des personnes âgées ne laisse apparaître qu'une partie émergée, à savoir la peur de l'agression physique. Si on analyse de plus près, on découvre un monde rempli de solitude, de perte de statut, d'angoisse d'être vieux, seul, malade. Et pour ne pas perdre sa dignité, on s'accroche à cette espèce de bouée que peut constituer la peur du crime.

Aussi, pour être efficaces, les solutions doivent aussi agir sur l'énorme part immergée du problème.

Dire aux personnes âgées de s'enfermer chez elles à double tour, de s'entourer de systèmes d'alarmes, de multiplier les précautions au risque d'étouffer seules dans leur coin, cela ne contribuera même pas sans doute à les rassurer... Il est préférable d'essayer de leur rendre le goût de continuer à vivre avec les autres, l'envie de s'amuser, le droit d'être actives dans la société, de chercher à se rendre utile.

Le sentiment de sécurité est bien plus qu'un sentiment personnel. Il fait intimement partie du social, de par son étroite liaison avec la vie que l'on mène dans la société. ●



¹ Article écrit par les Equipes populaires, publié dans la Revue *Contraste*, mai-juin 2001, N°84

Personnes Agées et Santé mentale : une préoccupation naissante du secteur

Dans la réflexion qu'il mène sur ses priorités d'actions, l'Institut Wallon pour la Santé Mentale, a interrogé ses membres¹ sur la place de la santé mentale des personnes âgées au sein de leurs préoccupations.

Synthèse de l'état des lieux de la question réalisé par
François Wyngaerden,
coordinateur IWSM

Les structures de soins en santé mentale

Qu'elles soient ambulatoires, hospitalières ou intermédiaires, aucune des fédérations de structures de soins de santé mentale, membres de l'IWSM, ne dispose ni de document de référence ni de groupe de réflexion consacré en particulier à la santé mentale des personnes âgées. Il faut savoir que, d'une manière générale, les services aux personnes âgées ne constituent qu'une partie limitée de leurs activités.

Nous avons toutefois pu constater une préoccupation et un intérêt certain pour ces questions.

Dans plusieurs fédérations, l'une ou l'autre personne est intéressée par la problématique et, même s'il n'y a pas de réflexion permanente, nombreuses sont les questions qui sont soulevées : l'accueil, le suivi à domicile et la collaboration avec les services d'aides familiales, le vieillissement des personnes séjournant en HP (Hôpital Psychiatrique), MSP (Maisons de Soins Psychiatriques), IHP (Initiatives d'Habitations Protégées) ou en structure psycho-socio-thérapeutique, l'orientation, les transferts et la difficulté de trouver des places en maisons de repos, la connaissance du réseau, etc.

Une attention évidente pour cette population donc, sans qu'il n'y ait de travail

programmé systématiquement à ce niveau. Deux exceptions cependant :

► Au sein d'une fédération hospitalière, qui regroupe par ailleurs des MR et MRS, se développent une série de réflexions éthiques et techniques autour du travail en maison de repos.

► Au sein de l'ambulatorio, où trois services de santé mentale ont développé des missions spécifiques « personnes âgées » en lien avec leur réseau local tout en impulsant une nouvelle dynamique pour la prise en charge de ces populations. Cette réflexion a fait l'objet d'un important travail au sein de la ligue wallonne pour la santé mentale dont les conclusions ont été finalisées par l'IWSM dans un livre blanc.

Les plates-formes de concertation en santé mentale

Les plates-formes de concertation (PFC) soutiennent quant à elles de nombreux projets et réflexions en rapport avec les personnes âgées. La loi les oblige, par ailleurs depuis peu, à développer au moins un groupe de travail par groupe cible (enfants - adultes - personnes âgées). Dans certaines PFC, des groupes « personnes âgées » sont occupés à se mettre en place avec pour objectif d'assurer un lieu de concertation entre les institutions concernées par le travail avec les personnes âgées, parfois élargi au delà des seuls membres des plates-formes (services d'aides à domicile, médecins généralistes, etc.). D'autres ont déjà réalisé des projets concrets de réseaux « personnes âgées », ou organisé des colloques ou des rencontres entre professionnels sur des thèmes comme la maltraitance, l'alcoolisme, le maintien à domicile, la maladie d'Alzheimer, la dépendance.

Les usagers et familles

D'une manière générale, aucune réflexion spécifique en rapport avec les personnes âgées au sein des membres de cette catégorie, si ce n'est, parmi leurs propres membres, dans le cadre d'associations qui ont un travail en rapport direct avec les personnes âgées. C'est le cas d'une association qui se centre sur les problèmes liés à la maladie d'Alzheimer, ou d'une autre qui organise, dans une volonté de participation active des seniors à la vie sociale, des formations de bénévoles, des groupes de paroles, d'entraide, des activités sportives ou de loisirs, etc.

Les « structures psycho-médico-sociales et intervenants de première ligne »

Une catégorie d'ouverture au sein de l'Institut qui ne regroupe à ce jour que peu d'intervenants proches des personnes âgées (généralistes, aides à domicile, ...). Deux informations à pointer cependant :

► Dans une des fédérations, une réflexion a mené à la mise en place de structures d'accueil qui permettent de prendre en compte à la fois l'aspect « handicap » (AWIPH) et le volet « maladie » (INAMI) ;

► Ailleurs, sont organisées des formations destinées aux intervenants de services sociaux concernant les soins à domicile, la dépendance, la vieillesse et l'immigration, etc.

A retenir...

D'une manière générale, le secteur est relativement peu sollicité pour des questions de santé mentale chez les personnes âgées, qui – c'est bien connu – font elles-mêmes peu de démarches dans ce sens.

Cependant des questions pointent concernant :

► Le vieillissement de la population des structures

d'hébergement en santé mentale

► Le transfert et l'orientation vers d'autres solutions d'hébergement (maisons de repos, services de soins à domicile, etc.).

De plus, les structures sont confrontées à une nécessité de plus en plus importante de travailler en partenariat avec le secteur social (CPAS, services sociaux), le secteur d'hébergement de personnes âgées (MR, MRS), le secteur des services à domicile (aide-familiales, infirmières) à la fois pour le suivi de personnes âgées atteintes de démence, mais aussi pour l'accompagnement de situations de deuil, de changements de lieux de vie, etc., des situations difficiles mais pas pathologiques.

De ce point de vue, de nombreuses initiatives ont déjà été prises, en termes de :

► formation visant une meilleure connaissance de la santé mentale pour le secteur social (et vice-versa),

► recherche visant à mieux percevoir les trajectoires des personnes âgées ainsi que les moments qui peuvent générer des crises,

► mises sur pied de « réseaux » entre les structures et intervenants d'une région.

Des préoccupations naissantes donc, ... Il y a encore du travail pour rapprocher le secteur social, médical et psychologique dans le domaine des personnes âgées, le secteur social en tout cas semble demandeur de plus grandes interactions avec le secteur de la santé mentale. ●

¹ Les acteurs de santé mentale en Wallonie regroupés en 7 catégories : Structures hospitalières, intermédiaires et ambulatoires (ici reprises ensemble sous la rubrique structures de soins en santé mentale), Plates-Formes de Concertation, Familles et usagers, Structures psycho-médico-sociales et intervenants de 1^{ère} ligne, ligue wallonne pour la santé mentale.



Sur le chemin du bien-être

L'ASEV, l'Association pour le Soutien de l'Etude du Vieillessement, souffle ses 15 bougies!

Une belle occasion de faire la fête et de rassembler, au cours d'une « conférence », scientifiques, représentants politiques, chercheurs, journalistes ou encore artistes qui, au long de son existence, ont soutenu voire contribué à l'étude, la réflexion et la philosophie de l'association.

14 intervenants sur une après-midi, cela vous pousse à aller droit à l'essentiel et c'est tant mieux! Chacun y est allé d'un échange spontané sur ce que lui inspire l'idée de bien-être chez la personne âgée en pointant une petite phrase, une initiative, une expérience plus personnelle. Petit aperçu, pêle-mêle, de ce bouillonnement d'idées.

Sylvie Gérard
IWSM

Janine Lambotte, journaliste et historienne¹, nous parle des bonheurs de la mémoire même si, confie-t-elle, *il m'est déjà arrivé, momentanément, d'avoir envie de faire fi de toute pensée. Ce n'est pas si mal non plus d'inventer ses souvenirs! Mais qu'on ne s'y trompe pas, et cela rassurera peut-être un peu ceux qui s'inquiètent de leur mémoire, même lorsque on se dit : « là, j' imagine », on se réfère, au plus profond de soi, à quelque chose de vécu. Je pense vraiment que tout est à consulter dans la mémoire.*

Vous pouvez aussi très bien écrire votre vie ou celle de vos petits enfants. Moi, j'ai proposé la rubrique de la grand-mère dans le magazine « Familles ».

C'est important de trouver le bonheur d'un petit geste, lorsque votre fille

vous dit : « Oh maman, tu me fais des gâteaux comme personne! » ou « Tu te souviens de ... ».

Ce qui amène sur le chemin du bien-être? L'humour, la bonne humeur, une certaine autorité, de la confiance en soi... et ce bonheur de la mémoire.

Lise Thiry, virologue, cultive le doute. *Il est effarant de penser que, parce que nous sommes plus âgés, notre vie est maintenant assurée. Oui, il peut être légitime d'aspirer à un certain confort de vie, à un bien-être mais pas à un confort « plat », à un encéphalogramme « plat ». Il faut qu'à chaque âge, nous ayons droit à nos impossibilités, à nos doutes et à nos surprises !*

Michèle Piron, présidente de l'association bruxelloise *Ages et Transmissions*, nous parle de « J'écris ma vie ».

C'est un projet qui s'inspire d'une initiative Québécoise et qui invite les personnes, dès l'âge de 55 ans, à rédiger un récit de vie qu'elles pourront, au terme d'un cycle de 2 ans, éventuellement publier à leurs frais et offrir à leurs enfants et petits-enfants.

Pourquoi écrire sa vie? Pour transmettre un vécu, des anecdotes, des expériences, un certain savoir-faire et savoir-être à ses proches. Certains vous diront d'abord : « Vous savez, ma vie, elle n'intéresse pas mes petits-enfants ». Aujourd'hui peut-être... Mais demain? Quel merveilleux cadeau vous leur faites peut-être!

L'autobiographie permet aussi de réfléchir à sa vie, de la voir avec d'autres yeux, d'apprendre à mieux se connaître, de se réconcilier aussi avec soi, avec les autres.

Au cours de la séance, des extraits de vie sont lus en groupe. Il y a

beaucoup d'écoute et une grande richesse dans les liens qui se créent entre les participants. Les échanges sont très personnels. C'est une école de la tolérance où règne une réelle amitié.

Certaines histoires témoignent parfois aussi d'expériences de vie qui ont une portée bien plus large que le cadre familial. Leur enseignement est intéressant, souvent touchant et positif. Nous avons donc mis en place un projet annexe avec la publication du recueil « Entre rire et pleurer ». Plus de 150 personnes se sont déjà lancées dans l'aventure avec, parfois en bout de course, de très belles publications.

Ages et Transmissions organise par ailleurs un groupe de discussion et des conférences sur le thème de la retraite et propose des rencontres intergénérationnelles dans les écoles primaires. Les bénévoles retraités peuvent ainsi aider des enfants à parler, lire ou écrire le français ou à partager une passion, une expérience. Les applications sont vastes et largement commentées sur le site de l'association.

● **Ages et Transmissions**
60, Rue de la Prévoyance à 1000 Bruxelles
☎ 02 / 514 45 61
<http://users.skynet.be/agesettransmissions>

Valentine Charlot, docteur en neuropsychologie, anime un atelier de la mémoire à l'UCL. Cet atelier se destine à toute personne qui constate ou craint une déficience de la mémoire. Il s'agit tout à la fois de comprendre les processus de la mémoire, les effets de vieillissement et d'approcher toute une série de stratégies pour apprendre à aménager son environnement et utiliser au mieux ses capacités. Parallèlement, Valentine Charlot se penche sur l'étude de besoins de personnes âgées afin d'élaborer, avec elles peut-être, et avec des architectes, un projet d'habitat groupé en région namuroise. Les

personnes intéressées sont invitées à se manifester.

● **Consultations Psychologiques Spécialisées**
 Troubles de la mémoire - U.C.L.
 Rue Paulin Ladeuze, 7
 à 1347 Louvain-la-Neuve
 ☎ 010 / 47 40 14
 Valentine Charlot: ☎ 0495/ 92 63 54

En 1900, l'espérance de vie était de 40 ans.

Aujourd'hui, on estime qu'une petite fille sur deux sera centenaire.

Le 20ème siècle a été témoin d'un bond de l'espérance de vie de 30 ans. On vit donc plus vieux mais avec quelle qualité de vie? s'interroge Philippe Corten neuro psychiatre².

Pour le savoir, avec des collègues de l'Université Mc Gill, ceux de l'Université de Portland en Oregon et de nombreux collaborateurs belges, il a confronté le point de vue de plusieurs milliers de personnes de tout âge et de tout état de santé³.



Et de conclure : *la vie est de qualité quand la vie fait sens. Cela suppose avoir des plaisirs, combler ses 5 sens (plaisir à écouter de la musique, à se reposer, à inviter des amis,...).*

Cela suppose aussi qu'on y trouve du sens (comment je juge ce qui m'arrive?) et que cela s'inscrit dans un projet de vie avec un présent, un passé, un futur (la direction, le sens donné à ma vie).

En ce qui concerne les personnes âgées, l'étude réalisée en Belgique mettait en évidence qu'à handicap égal, la qualité de vie des seniors

vivant à domicile était meilleure que celle des personnes vivant en maison de repos et plaidait pour le maintien à domicile, même en phase terminale.

L'étude pointe également que la qualité de la vie exprimée est la meilleure après 60 ans et reste très stable dans le temps pour autant que l'on reste en bonne santé.

Pour Jules Collier, président de l'ASEV, *le chemin du bien-être est avant tout une question d'hygiène de vie qui se traduit par: bouger, apprendre, communiquer, manger équilibré, boire beaucoup d'eau, entretenir sa souplesse, aménager son domicile sous les conseils d'un ergothérapeute.*

● **Association pour le Soutien de l'Etude du Vieillissement (ASEV)**
 24, Av. des Staphylins à 1170 Bruxelles
 ☎ 02 / 675 30 17
<http://users.skynet.be/asev>

Quand les liens familiaux sont fragiles ou inexistants, l'asbl Entr'âges tisse, retisse du lien social en favorisant la solidarité entre générations. Des échanges aux bénéfices réciproques... Pour la personne âgée, il s'agit d'éviter l'isolement; pour le jeune, de réfléchir à la manière dont la vie s'inscrit dans la continuité. A Amay, notamment, chaque mois, une dizaine d'ainés se réunissent pour préparer une animation, parfois suggérée par les enfants, qui porte sur les anciens métiers, les jeux d'aujourd'hui et d'autrefois, les moyens de communication,... à

laquelle sont conviés tous les élèves des écoles primaires de l'entité.

Les actions sont prétextes à la rencontre, l'entraide,... et la transmission.

● **Entr'âges**
 Av. Marie-Josée, 59 à 1200 Bruxelles
 ☎ 02 / 736 03 78

La comédienne Marion se fait fort de rester une éternelle apprentie. *Il faut être un peu fou pour être un jour un peu sage* et se promet de faire un défi de tout avant de se référer à Erasme qui disait: *Mes vieillards à moi sont joyeux et ivrognes. Mes vieillards à moi se croient toujours au printemps.*

Ce tour de piste se clôture par des initiatives très concrètes menées par les pouvoirs locaux en Région bruxelloise. A Woluwé-Saint-Lambert, par exemple, où 13% de la population a plus de 60 ans, il existe une cellule d'aide au maintien à domicile des seniors. Tous les services qui peuvent directement intéresser la personne âgée sont centralisés et travaillent en réseau avec les relais sociaux. Chaque demande est ainsi étudiée dans son contexte plus global de manière à évaluer l'ensemble des besoins de la personne âgée. Une personne qui appelle pour demander des repas à domicile recevra la visite d'une assistante sociale qui pourra examiner les demandes peut-être sous-jacentes et prodiguer quelques conseils.

La cellule a ainsi mis en place un service de repas à domicile, deux restaurants pour seniors, un café-rencontre Alzheimer, des services de transport, de course et de lecture, un entretien du logement pour tous les petits travaux pour lesquels les corps de métier ne se déplacent pas, des séances de gymnastique pour prévenir les mauvaises chutes et même des cours théoriques d'auto-école pour remettre à jour les connaissances du code de la route. La liste n'est pas exhaustive... ●

¹ Ancienne présentatrice vedette de la RTBF, Janine Lambotte fut la première femme en Europe à présenter un journal télévisé. Collaboratrice de nombreux hebdomadaires, elle est, en outre, l'auteur de plusieurs livres dont: « Demain est un autre jour », aux éditions Racines.

² Philippe Corten est professeur à l'ULB.

³ Voir à ce sujet l'article « Pour quelle qualité de vie » paru dans le journal de La Sève n°1- 2000.



Quand vient l'âge de la retraite

« Mourir, la belle affaire... mais vieillir »

Jacques Brel

Vieillir fait partie de l'évolution de l'être humain, tout comme se développer et grandir : ce n'est pas une tranche de vie coupée du reste de la vie, mais un de ses stades.

Le vieillissement est une aventure personnelle, une aventure dont témoigne Chantal Bastin.

Cette rencontre n'est pas anodine puisque notre interlocutrice a pris sa retraite en septembre dernier et, qu'à titre professionnel, en tant que psychothérapeute, mais aussi à titre personnel, elle s'est longtemps investie dans la réflexion : Qu'est-ce que bien vieillir ?

C'est la question que nous lui avons posée.

Un témoignage de **Chantal Bastin**,
psychothérapeute à la retraite.

Interview réalisée par **Sylvie Gérard**

Chaque être humain est une « personne » à part entière quel que soit son mode d'achèvement, de maturité, de dénuement, d'imperfection, ou de diminution. Ce qui me semble important, c'est qu'en mûrissant, on puisse développer une intimité intérieure et renforcer une identité personnelle. Bien vieillir, c'est apprécier cette intimité, cette meilleure connaissance que l'on a de soi et l'épanouir, l'approfondir.

Cela offre de belles perspectives...

La vieillesse, vous savez, c'est déprimant. On est dans le paradoxe d'une

« chronique d'une mort annoncée » et de la nécessité de soutenir son élan de vie. Même si, sereinement, on se dit que l'on va mourir, émotionnellement, on n'est pas prêt à s'y résoudre. Cela fait peur. En vieillissant, on vit une sorte de « clivage » entre la connaissance rationnelle que nous avons de notre échéance et une sorte de sensation émotionnelle d'éternité !

C'est important de prendre conscience des choses que l'on souhaite réaliser. De se donner pour perspective quelque chose de beau à accomplir et de se donner les moyens de le faire en s'adaptant à ce qui est réalisable. Peut-être que je n'arriverai pas à réaliser une randonnée dans le désert mais qu'un coucher de soleil au Zwin aura pour moi une consonance aussi spirituelle.

La spiritualité a une place importante pour vous ?

Très importante. Les religions parlent de reliance et de soutien. Il y a dans la spiritualité, un sens à donner à la vie que l'on soit croyant ou pas. C'est un cheminement personnel, intime. Peut-être a-t-on cru qu'avec la psychanalyse, on n'aurait plus besoin de spiritualité, qu'on irait au fond de l'âme, que l'on comprendrait un peu mieux les mécanismes du bonheur et du malheur et que cela suffirait... mais non. La spiritualité, c'est une dimension qui nous entraîne, qui nous aide à dépasser le quotidien, à donner sens à la vie, à essayer de nous transcender. Je crois que cultiver cette recherche spirituelle, c'est très important.

Vous dites que vieillir, c'est se mettre au monde, c'est être à la vie d'une façon différente. Qu'entendez-vous par là ?

Je pense qu'aborder le vieillissement, c'est peut-être aborder l'âge privilégié où, l'expérience aidant, nous acceptons que la première personne au monde à veiller sur nous, c'est nous-mêmes, et que la première personne dont nous soyons responsables, c'est également nous-mêmes. Le premier sens de la vie, c'est sans doute de vivre tout simplement avec une disponibilité intérieure qui amène à l'harmonie en soi et autour de soi.



J'ai pour modèles des parents qui ont vécu presque centenaires en appréciant les joies petites et grandes de la vie, mais aussi en s'imposant une discipline et en cultivant le respect de soi et des autres. Ils étaient très attentifs à leur hygiène de vie : disciplinés quant aux soins à apporter à leur corps, pour eux-mêmes, mais aussi pour continuer à être beaux et séduisants pour leur famille et leur entourage, disciplinés pour effectuer les tâches du quotidien, disciplinés pour préparer et varier les repas mais en y associant le plaisir d'une jolie table, d'une bouteille de vin bien choisie pour agrémenter le menu... Jusqu'à leur grand âge, ils ont aimé parcourir l'Ardenne et s'émerveiller

de sa beauté, ils ont aimé lire, penser, s'informer et accueillir leur nombreuse famille...

Une hygiène de vie, du plaisir, des projets de vie...

Et une capacité à tisser des liens ! Manger un sandwich avec ses enfants, communiquer avec ses petits enfants, être disponible pour un voisin : ce sont des moments bénis. C'est ce qui donne valeur et sens à la vie. Ma grand-mère, qui a vécu centenaire, avait gardé jusqu'à la fin de sa vie cette faculté de s'intéresser à tout et de rester très présente à elle-même et aux autres. Je me sens privilégiée d'avoir bénéficié de ces modèles, de vivre dans des liens familiaux et amicaux forts et affectueux, et, sans doute aussi, d'avoir une bonne santé. Ce sont des atouts, mais pour en jouir, il faut les cultiver !

Comment envisagez-vous votre vie, votre avenir ?

Est-ce que je me situe dans les vieux parce que je suis retraitée ? Est-ce que je serais « périmée » ?

Dans les faits, je continue à avoir quelques heures de consultations ou de formation par semaine, j'assure une permanence téléphonique, j'écris, je relis des mémoires, ...

Je trouve important de pouvoir transmettre mes acquis à des plus jeunes, d'épauler aussi des collègues qui sont confrontés à des situations difficiles. Témoigner de ses valeurs, de l'expérience que l'on a, c'est capital !

On a une place active à maintenir au-delà de la pension. Un rôle aussi à tenir en étant présent aux funérailles, en se rendant dans les hôpitaux pour soutenir ses proches, leurs familles, ...

Aujourd'hui, au moment de la mise à la retraite, la vie active ne se termine pas. Les seniors ont de beaux jours devant eux ! Mais cela se prépare. Déjà, le départ de

mes enfants et d'autres événements difficiles et douloureux m'avaient amenée à me poser « les questions importantes » et à organiser mes temps libres... Le fait d'être retraitée est pour moi un soulagement : il me permet d'être libérée d'un temps de travail avec ses contraintes et ses horaires. De là à pouvoir parler de totale sérénité....

J'ai des projets... Mais, je ne suis pas encore arrivée à suivre les cours de tai-chi, d'aquarelle, de langues et de chant dont je rêve depuis longtemps...

Quel appétit !

C'est vrai que les aînés peuvent s'offrir le temps d'approfondir des connaissances, se permettre plus de découvertes et pourtant, parce que l'on est plus lent, on a l'impression que le temps nous est grignoté de quelques minutes, voire quelques heures chaque jour. J'ai eu l'impression, à un moment donné que je pouvais maîtriser la vie et je me rends compte que je ne maîtrise rien, et certainement pas la vie!!! Maintenant, j'ai l'impression de faire partie, pour le temps de ma vie, à un grand flux, la VIE, qui me dépasse et dont je ne suis qu'une parcelle, qui a commencé bien avant moi et se perpétuera bien après moi... J'aurais pensé, il y a 20- 30 ans, que vieillir, c'est pouvoir s'asseoir, se reposer sur un certain savoir, des certitudes, des acquis, ... et je me rends compte que rien n'est acquis et qu'il y a des tas de choses que j'ai envie de comprendre, d'apprendre.

Il n'est pas facile d'accepter de vieillir ?

Aborder le vieillissement, c'est se trouver confronté à une crise existentielle aussi importante que celle de l'adolescence. Nous pouvons continuer à chercher, à revendiquer, ou à regretter un avant meilleur ou un ailleurs meilleur ; nous pouvons nous complaire dans la déception de ce que nous attendions et qui n'est pas venu ; nous pouvons nous mépriser nous-mêmes en exigeant trop de nous, en déniaient nos fatigues et nos limites. Nous risquons alors

un deuil constant. Accepter le deuil d'une image de soi idéale, accepter que la vie ne soit pas comme nous l'aurions voulue, accepter que les peines côtoient les joies, que les épreuves sont inévitables, c'est, j'en suis convaincue, découvrir que nous existons « absolument », que nous devenons de plus en plus nous-mêmes, d'autant plus réels que nous éprouvons plus intensément et plus totalement ce que nous vivons. Faire le deuil, c'est accepter la tristesse. La tristesse n'est pas le malheur, elle est une sorte de soulagement des tensions accumulées. Vouloir refaire le passé, c'est se priver du présent et du plaisir qu'il offre. L'acceptation ouvre la porte de la disponibilité, la porte au désir et le désir est un bonheur d'appétit qui ranime la vitalité.

C'est une disposition d'esprit, une « écologie d'esprit » comme dirait Julos Beaucarne, qui est valable à tout âge...

Oui, et je terminerais par un résumé de vie qui tient en 6 points : Il m'a été transmis il y a longtemps et il est à la portée de tout le monde :

- ▶ Tous les jours se faire plaisir
- ▶ Tous les jours faire plaisir à quelqu'un
- ▶ Tous les jours avoir une activité physique
- ▶ Tous les jours avoir une activité intellectuelle
- ▶ Tous les jours réaliser une chose utile même si elle est ennuyeuse
- ▶ Tous les jours se consacrer à un moment de spiritualité

C'est une vraie psychothérapie, valable à tout âge ! ●



Repères et références bibliographiques

1. Amyot J. J., Billé M. (dir.), *Vieillesse interdites*, Paris, L'Harmattan, coll. La gérontologie en actes, 2004
2. Amyot J.-J., « Pour une éthique des pratiques gérontologiques », dans *Les Politiques Sociales. Ethique et santé*, n° 1&2, 2001, pp. 97-105
3. Amyot J.-J., de Beule C., Stadelmaier N. (dir.), *Guide de l'action gérontologique. Pratiques et environnement. Savoirs et compétences*. Institutions et dispositifs, Paris, Dunod, 1997
4. Arcand B., « La Construction culturelle de la vieillesse », dans Santerre R., Létourneau G. (dir.), *Vieillir dans le monde. Contribution à une gérontologie comparée*, Québec, Les Presses de l'Université Laval, 1989, pp. 97-105
5. Attias-Donfut Cl., Segalen M., *Grands-parents. La famille à travers les générations*, Paris, O. Jacob, 1998
6. Bourdelais P., *L'Age de la vieillesse*, Paris, O. Jacob, 1993
7. Bourdieu P., « La Jeunesse n'est qu'un mot », dans *Questions de sociologie*, Paris, Minuit, 1980, pp. 143-154
8. Caradec V., *Sociologie de la vieillesse*, Paris, Nathan, coll. Université, 2001
9. Charazac P., *Psychothérapie du patient âgé et de sa famille*, Dunod-Thérapie, Paris, 1998.
10. Commissariat Général aux Relations Internationales de la Communauté Française de Belgique, *Une société pour tous les âges. Recommandations finales du Comité belge francophone pour l'Année Internationale des Personnes Agées*, Bruxelles, 1999
11. de Beauvoir S., *La Vieillesse*, Paris, Gallimard, Tomes 1 & 2, 1970
12. Delperée N., *La Maladie d'Alzheimer, les droits des patients*, Bruxelles, Kluwer, coll. Les Cahiers du Troisième Age, 2001
13. Delvaux G., Gilson A., Peeters J.-C., Posset A., Vanimpe N., *Le Psychologue en MRS du CPAS de Charleroi*, Monographie, 2001.
14. Ennuyer B., *Les Malentendus de la dépendance. De l'incapacité au lien social*, Paris, Dunod, 2002
15. Ennuyer B., *Ces vieux que l'on dit 'dépendants'*, dans *Vivre au grand âge. Angoisses et ambivalences de la dépendance*, Paris, Autrement, coll. Essais, 2001, pp. 9-65
16. Ennuyer B., *L'Objet 'personne âgée'*, dans *Autrement. Être vieux. De la négation à l'échange*, n° 124, octobre 1991, pp. 14-28
17. Erikson E. H., Erikson J.-M., Kivnick H.-Q., *Vital Involvement in Old Age*, W.W. Norton & Co. ; New York-London, 1986
18. Ferrey G., Le Goues G., *Psychopathologie du sujet âgé*, Masson, Paris, 1997
19. Gilain Br., Nyssens M., *Belgique : l'histoire d'un partenariat associatif-public*, dans Laville J.-L., Nyssens M., *Les Services sociaux entre associations, Etat et marché. L'aide aux personnes âgées*, Paris, La Découverte & Syros, 2001, pp. 47-65
20. Guillemard A.-M., *Faut-il avoir peur ?*, dans *Autrement. Être vieux. De la négation à l'échange*, n° 124, octobre 1991, pp. 29-40
21. Hétu J.-L., *Psychologie du vieillissement*, Le Méridien, Québec (Canada), 1992
22. Hugonot R., *La Vieillesse maltraitée*, Paris, Dunod, 1998
23. Lachal A.-P., *D'une occupation de l'objet médical à un projet avec le sujet social*, dans *Animation en gérontologie - Hros sujet*.
24. Karr A., « Une poignée de vérités. Mélanges philosophiques », 1828. Version numérique réalisée par Roger Deer (texte téléchargeable sur www.uqac.quebec.ca)
25. Lalive d'Epinaux Chr., *Vieillir ou la vie à inventer*, Paris, L'Harmattan, coll. Logiques sociales, 1991
26. Léger J.-M., Clément J.-P., Wertheimer J., *Psychiatrie du Sujet âgé*, Médecine-Sciences, Flammarion, Paris, 1999
27. Le Goues G., *Le Psychanalyste et le Vieillard*, PUF, 1991
28. Leleu M., *Dépendance, précarité et exclusion : comment améliorer la qualité de la vie au domicile de personnes âgées ?*, dans *Pensée Plurielle*, n° 6, 2003/2
29. Leleu M., Gobiet P., *Le Soutien optimisé des personnes âgées à domicile*, Rapport de recherche pour l'asbl REVE, Malmédy, 2002
30. Leleu M., *Travail, utilité sociale et vieillissement*, Bruxelles, Kluwer, coll. Les Cahiers du Troisième Age, 2001
31. Leleu M., *Misère et insolence de la vieillesse*, Bruxelles, Labor, 1998
32. Loriaux M., Remy D., Vilquin E. (dir.), *Populations âgées et révolution grise : les hommes et les sociétés face à leurs vieillissements*, Chaire Quetelet 1986, Louvain-la-Neuve, CIACO, 1990
33. Maisondieu J., *Le Crépuscule de la raison*, Le Centurion, 1989
34. Meire Ph., Neirincx I., (dir.), *Le Paradoxe de la vieillesse. L'autonomie dans la dépendance*, Bruxelles, De Boeck & Larcier, Paris, 1997
35. Memmi A., *La Dépendance*, Paris, Gallimard (Folio-Essais), 1979
36. OCDE, *Des Réformes pour une société vieillissante*, Paris, 2000
37. Ploton L., *La Personne âgée. Son accompagnement médical et psychologique et la question de la démence*, Lyon, Chronique sociale, 2001 (5^{ème} éd.)
38. Pochet P., *Les Personnes âgées*, Paris, La Découverte, coll. Repères, 1997
39. Puijalon B., Trincas J., *Le Droit de vieillir*, Paris, Fayard, 2000
40. Rigaux N., *Le Pari du sens. Une nouvelle éthique de la relation avec les patients âgés déments*, Le Plessis-Robinson, Les Empêcheurs de penser en rond, Institut Synthélabo, 1998
41. Schiffrino A., *De la maltraitance à la bientraitance*, Bruxelles, Kluwer, coll. Les Cahiers du Troisième Age, 2000
42. Tréguer J.-P., *Le Senior Marketing. Vendre et communiquer au marché des plus de 50 ans*, Paris, Dunod, 1994
43. Urbain J.-D., « Les Vacanciers des équinoxes », dans *Communications. Le continent gris*, n° 37, 1983, pp. 137-149
44. Vercauteren R., Predazzi M., Loriaux M., Fernando M. (dir.), *Des lieux et des modes de vie pour les personnes âgées. Expériences et analyses pluridisciplinaires internationales*, Ramonville Saint-Agne, Erès, 2000
45. Vercauteren R., Predazzi M., Loriaux M., *Pour une identité de la personne âgée en établissement : le projet de vie*, Eres, 2001
46. *Bien Vieillir, bien vivre en Wallonie*, publié par le Ministère des Affaires sociales et de la Santé de la Région wallonne

A découvrir aussi sur le net

Un site belge dédié aux aînés :
<http://www.seniorplanet.be>

Un site québécois :
<http://www.poireresel.collegebdeb.qc.ca/>

Mode d'hébergement alternatif :
<http://www.abbeyfield.com>

Des informations, des conseils :
<http://www.agevillage.com>

Réseaux d'échanges de savoirs :
<http://www.inti.be/ecotopie/res.html>

Infos :

Une bibliographie plus détaillée est disponible au centre de documentation
In-folio ☎ 081.23.50.12