



HAL
open science

Un trousseau de clés psychogériatriques pour aider les malades âgés confus

Cyril Hazif-Thomas, Louis Ploton, Philippe Thomas

► **To cite this version:**

Cyril Hazif-Thomas, Louis Ploton, Philippe Thomas. Un trousseau de clés psychogériatriques pour aider les malades âgés confus. *Revue de Geriatrie*, 2019. hal-02296294

HAL Id: hal-02296294

<https://hal.science/hal-02296294v1>

Submitted on 25 Sep 2019

HAL is a multi-disciplinary open access archive for the deposit and dissemination of scientific research documents, whether they are published or not. The documents may come from teaching and research institutions in France or abroad, or from public or private research centers.

L'archive ouverte pluridisciplinaire **HAL**, est destinée au dépôt et à la diffusion de documents scientifiques de niveau recherche, publiés ou non, émanant des établissements d'enseignement et de recherche français ou étrangers, des laboratoires publics ou privés.

Un trousseau de clés psychogériatriques pour aider les malades âgés confus

A bunch of psychogeriatric keys to help confused elderly

Cyril HAZIF-THOMAS¹, Louis PLOTON², Philippe THOMAS³

RÉSUMÉ

La confusion d'une personne âgée, qu'il s'agisse d'un syndrome confusionnel ou d'une confusion satellite de troubles neuropsychologiques, est difficile à appréhender, tant au plan diagnostique que pour sa prise en charge. Elle s'accompagne souvent de désordres comportementaux, voire de violence interpersonnelle. Le bon sens gériatrique prime à tout modèle théorique. La iatrogénèse relationnelle, liée à des erreurs d'appréciation, aggrave les choses et peut avoir de graves conséquences pour l'avenir de l'aîné. Au contraire, des soins adaptés, personnalisés conduisent à des améliorations parfois spectaculaires. Des pièges sont à éviter. Nous présentons dans cet article le fruit d'une collaboration entre trois psychogérites expérimentés pour pointer dix clés à ne tourner à aucun prix et dix autres à manipuler avec discernement. Nous insistons ici sur le premier devoir éthique d'un médecin, le *primum non nocere*.

Mots clés : Démence - Confusion - Troubles du comportement - Soins relationnels - Iatrogénèse

ABSTRACT

Confusion of an elderly person whether isolated or satellite of neuropsychological disorders, is difficult to apprehend, both in terms of diagnosis and care. Behavioral disorders or even interpersonal violence are possibly associated. Geriatric common sense is more important than any theoretical model. Relational iatrogenesis, linked to errors of appreciation, aggravates the situation and can have serious consequences for the elderly's future. In contrast, specific tailored, personalized care leads to sometimes spectacular improvements. Traps are to be avoided. We present in this article the fruit of a collaboration between three experienced psycho-geriatricians to point out ten keys undesirable to turn and ten others to handle with discernment. We insist here on the first ethical duty of a doctor, the *primum non nocere*.

Rev Geriatr 2019 ; 44 (4) : 219-26.

Keywords: Dementia - Confusion - Behavior disorder - Relational care - Iatrogenesis

INTRODUCTION

La confusion est une des problématiques les plus fréquentes rencontrées en Gériatrie. Elle s'accompagne volontiers de désordres comportementaux, agressivité et agitation en particulier⁽¹⁾. La confusion, en dehors des troubles neuropsycho-

logiques, implique la coexistence simultanée de quatre critères diagnostiques et de conditions d'exclusion⁽²⁾ : a) perturbation de la conscience portant en particulier sur l'environnement, avec diminution de la capacité à mobiliser, focaliser, soutenir ou déplacer l'attention ; b) modification du fonctionnement cognitif, déficit de la mémoire, désorientation,

¹ Psychiatre et gériatre, Chef de Service de Psychiatrie du Sujet Âgé, CHRU de Brest, Route de Ploudalmezeau, 29820 Bohars, France.

² Psychiatre, Professeur émérite de Gérontologie, Institut de Psychologie, Lyon 2, France.

³ Centre de Recherches Sémiotiques (CeReS), Université de Limoges, 39 rue Camille Guérin, 87000 Limoges, France.

Auteur correspondant : Docteur Philippe Thomas, Centre de Recherches Sémiotiques (CeReS), Université de Limoges, 39 rue Camille Guérin, 87000 Limoges, France.

Courriel : philippe.thomas.2008@orange.fr

perturbation du langage ou bien survenue d'une perturbation des perceptions ; les perturbations ne doivent pas survenir dans le contexte d'un niveau de vigilance très réduit, comme dans un coma ; c) la perturbation s'installe en un temps court et tend à avoir une évolution fluctuante tout au long de la journée ; d) mise en évidence, d'après l'anamnèse, l'histoire de la maladie, l'examen physique ou les examens complémentaires, d'une cause médicale ou psychiatrique, socio-familiale ou iatrogène expliquant le tableau clinique. Selon le DSM-V, ces critères ne s'expliquent pas mieux par un trouble neurocognitif préexistant, stabilisé ou en évolution. Cependant, en pratique chez la personne âgée, les limites entre syndrome confusionnel aigu - mais qui dure au moins aussi longtemps que sa cause est présente -, et confusion satellite de troubles cognitifs organiques sont floues. Une étiologie doit donc être recherchée systématiquement pour ne pas plaquer abusivement le diagnostic de démence devant une confusion chez une personne âgée. Le diagnostic de ses causes est difficile, et ne doit jamais conduire à des conclusions définitives, trop vite enfermant de type maladie d'Alzheimer ou assimilée⁽³⁾. Des troubles neuropsychologiques sous-jacents peuvent néanmoins exister et être momentanément aggravés, ou encore la sortie de la confusion peut momentanément donner le change pour une bonne santé cognitive. Nous insisterons dans cet article sur les Malades confus (MC) présentant une maladie d'Alzheimer ou assimilée. La clinique confusionnelle peut, ici, manifestement être liée à des facteurs de stress, auxquels les patients âgés fragilisés par les désordres neurocognitifs sont très sensibles, notamment ceux liés aux changements relationnels ou environnementaux. Elle est fréquente et peut se présenter sur un mode chronique atténué, avec des variations au cours de la journée, notamment dans la maladie à corps de Lewy. Les variations ne sont pas en soi discriminantes d'un syndrome confusionnel aigu. Il y a, chez le malade âgé confus présentant des troubles cognitifs organiques, toujours un espace de réversibilité, partielle et parfois, de façon inattendue, étendue. Nous proposons ici un trousseau de clefs pour approcher la personne confuse, étant bien entendu que toute approche non médicamenteuse a ici ses limites, et qu'elle n'exclut pas le recours à la pharmacologie. Par exemple, nos propositions ne sont pas adaptées aux malades enfermés dans un grand délire onirique. Dix clefs ne rentrent pas dans la serrure. On veillera donc à les laisser accrochées pour ne pas chercher à forcer les choses. Il faudra mettre le porte-clefs dans un endroit bien visible, pour les avoir sous les yeux, en pense-bête... Dix autres tournent bien et ouvrent certaines portes. La clé n'est cependant qu'un outil. Quelqu'un la tourne et c'est à lui que nous nous adressons. Nous n'avons pas cherché ici à être exhaustifs, à user de concepts complexes enrichis d'une longue bibliographie, mais simplement à lui livrer quelques astuces du métier de psychogériatre.

DIX SITUATIONS NÉGATIVES, À ÉVITER CHEZ UN MALADE CONFUS

La tentation de confronter un malade confus à la réalité, coûte que coûte

La réalité, même pour une personne bien portante, est une image mentale construite à partir de notre perception, elle-même socialement préparée. C'est dire qu'elle est préconditionnée et différente pour un soignant comme pour un Malade confus (MC). Elle est encore colorée de nos attentes affectives et de notre paire de lunettes cognitives. Lorsqu'un malade est confus et peu ou prou halluciné, lorsqu'il est retourné dans une préoccupation du passé - retrouver sa mère, rentrer chez lui, aller chercher ses enfants à l'école -, il lui est difficile d'accéder à l'altérité. Il est donc inutile, voire traumatisant de lui opposer la réalité : « Mais voyons votre mère est morte », etc. Car, dans le meilleur des cas il va fondre en larmes, disant : « On me l'avait caché ». En effet, la confusion majore les troubles de la mémoire. La meilleure solution est d'appliquer une méthode de type *validation*⁽⁴⁾ : « Votre mère sera toujours vivante dans votre cœur, il est impensable qu'elle meure ». L'usage d'un futur dans l'énoncé du médecin renforce l'inscription temporelle du MC, le présent valide son vécu.

Une autre approche que de redresser l'opinion erronée est donc possible. On peut encore valider au présent la vérité affective - l'amour porté à la personne disparue - et parler d'elle cette fois-ci à l'imparfait : « Vous aimez votre mère. Elle vous manque. Elle était une femme très attachante ». Le contenu d'un délire ne sera jamais critiqué ni validé, même s'il n'est pas interdit de s'en étonner. La surprise et la perplexité du soignant, gentiment formulée, est aidante. La douleur morale sous-jacente à la manifestation psychotique doit être formulée : « Je vous sens très tourmenté, tendu aussi, très inquiet aujourd'hui ». L'énoncé délirant comporte parfois des traits liés à l'histoire de vie du MC, qu'il faudra analyser, mais dans un deuxième temps.

En institution, faire part à des tiers des activités sexuelles d'un résident

Si un homme ou une femme noue avec un (une) autre résident une relation sexuelle de toute évidence consentie et psychologiquement non traumatique, que faire ou dire ? Quelle que soit la philosophie de l'institution sur la vie sexuelle des malades, comme partout ailleurs, le secret professionnel s'impose. Il ne saurait donc être question d'informer les proches : notamment les enfants ou le conjoint trompé. Si la famille cherche avec trop d'insistance à conforter des doutes, il reste le rappel que le médecin n'est pas toujours là et que certaines choses ne sont pas de la responsabilité médicale.

Rappelons ici qu'un règlement écrit de telle sorte qu'il soit de nature à interdire de façon générale et impersonnelle les

activités sexuelles dans un service, et donc a fortiori dans un Établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) serait illégal.

Mais, lorsque la confusion s'est installée chez une personne âgée qui a été abusée, le risque est de voir la famille reprocher un défaut de surveillance du personnel. La prévention est la seule arme de défense. L'agresseur peut lui aussi être confus, voire inaccessible aux injonctions des soignants. La tâche des soignants n'est pas facile et de lourdes responsabilités pèsent sur leurs épaules. Il ne reste parfois comme seule alternative que la contention médicamenteuse.

Encore une remarque, les personnes âgées sexuellement actives peuvent avoir des comportements à risque dans ce domaine. Le risque de Sida à cet âge ne doit pas être oublié. Le médecin traitant et le médecin coordonnateur ont ici un rôle important. Chez les personnes âgées séropositives, le VIH peut provoquer un large spectre d'atteintes cognitives, des confusions, même chez des patients efficacement traités^(5,6).

Dissimuler une nouvelle grave

Un décès ou une maladie dans la famille, mais aussi la vente du logement, en fait toutes les nouvelles importantes quant au contexte de vie doivent être annoncées. Les cacher ou mentir, au prétexte de ne pas le traumatiser, se solde par des biais dans la communication au mieux, par une bioamnésie, un effacement de la mémoire de vie intime, ou des troubles du comportement, au pire⁽⁷⁾. Mais, le plus souvent, une dissimulation introduit une solution de continuité dans la loyauté due au malade. Le malade sent qu'on lui cache quelque chose, ce qui ne peut alors que l'angoisser et se traduire au plan relationnel et comportemental.

De plus, la vérité apprise « par accident » renvoie le malade à une impression de trahison de la confiance qu'il a placée dans ceux qui assument les soins, pouvant générer agressivité ou régression. Cela aggrave chez lui, de fait, la discontinuité de soi déjà bien engagée par la maladie.

Enfin, il y a lieu de savoir que ce que les familles ne disent pas aux soignants n'est pas forcément quelque chose d'inauvouable. Ce qu'elles leur révèlent de l'histoire de vie du malade et le vécu qu'elles en ont, n'est pas toujours une vérité absolue. Il arrive qu'au cours d'un entretien ou au cours d'un soin, un soi-disant secret de famille soit révélé. Très souvent ce genre de choses est discuté en équipe au moment des transmissions. L'idée générale communément admise est que la vérité est (presque) toujours aidante, et qu'un traumatisme non élaboré expliquerait bien des choses, en particulier l'état clinique actuel. En fait, la vérité n'est pas toujours aidante (même si le mensonge est délétère), les souvenirs d'une personne âgée présentant des troubles neurocognitifs se déforment avec les années, notamment en raison d'affects difficiles à partager lorsqu'il y a chez elle des troubles du langage ou de l'élaboration. Les secrets de

famille n'ont pas à être partagés en équipe. Se rappeler ici de l'adage bien connu en psychiatrie : si les secrets font des fous, les révélations font de morts !

Parler entre soi en sa présence

Par exemple, parler à un tiers devant un malade confus comme s'il était absent. Ou encore, omettre de le saluer ou de le regarder.

C'est une façon de l'ignorer, de le nier, de le traiter comme un meuble. C'est dévalorisant et cela aggrave le repli du malade sur son vide psychique, l'ancrant encore plus dans sa position de « personne faisant l'objet »... de soins qui n'en sont pas ! Alors que lui parler, l'associer à ce qui le concerne est de nature à contribuer au réinvestissement de la vie relationnelle, voire (momentanément) de la pensée. A fortiori, l'accueillir sans faire de différence avec son entourage, s'adresser au MC verbalement, le questionner, le prendre à partie gentiment, sourire, permet d'en faire un acteur de sa propre vie relationnelle, de le responsabiliser, de l'asseoir dans un bien-être relationnel.

L'infantiliser

Le ton pédagogique (comme à la petite école) ou bêtifiant, mais aussi le tutoiement, l'usage du prénom ou de diminutifs, les familiarités (papy, mamie, jeune homme, etc.) sont de fait autant de procédés infantilisants. La relation, le comportement soignant, même avec de bonnes intentions porte parfois les germes d'une malignité involontaire⁽⁸⁾.

Dans la vie quotidienne de tout un chacun, surtout lorsque nous sommes souffrants, un peu de maternage fait du bien, mais tout est une question de dose. Penser à la place d'autrui ne l'a jamais aidé à penser ! Ignorer les ressources psychiques de nos malades ne peut pas favoriser l'alliance thérapeutique. Et toute forme instituée de paternalisme infantilisant dévalorise celui à qui il est destiné, car elle prive l'interlocuteur d'une position d'*alter ego*. Le désir exprimé par certaines personnes âgées est parfois de demander d'être tutoyé, d'être appelé par un diminutif. Les soignants doivent savoir dire non, c'est-à-dire s'autoriser eux-mêmes à penser, et négocier distance et proximité, soins techniques et empathie.

Le déshabiller ou le découvrir sans tenir compte de sa pudeur

On voit encore dans certaines collectivités (Hôpital, EHPAD...) des toilettes ou des changes qui sont faits « porte ouverte ». On peut aussi croiser dans un couloir des gens plus ou moins dévêtus. Tout comme, notamment pour des visites médicales, des lits sont découverts sans solliciter l'assentiment du patient.

On voit encore des soignants faire parfois des toilettes comme « on lave des murs », s'adonnant à une obsessionalisation de

leurs tâches pour mieux clamer par ailleurs qu'il n'existe plus ici de lieu de liberté, ce que la pudeur a pour fonction d'exiger. Là encore, traiter le patient en faisant peu de cas de ce qu'il est en tant que personne, le traiter comme un sujet déclassé alimente son sentiment de ne plus rien valoir, ce qui peut contribuer à des conduites asociales ou régressives. Une serviette sur le bassin permet de faire les soins du corps en respectant l'intimité, le dernier quant-à-soi.

Lui faire des choses sans lui dire ce qu'on fait

Qu'il s'agisse d'un soin, d'un habillage, d'un déshabillage, d'un déplacement (par exemple de son fauteuil roulant). Pour s'entendre, il ne faut pas être assourdi par des bruits intempestifs ou la télévision. Celle-ci peut avantageusement être arrêtée, mais en le demandant préalablement au MC. Que vaut la parole d'un MC lorsque son discours déjà décousu est rendu inaudible par un parasitage sonore et quelle image de lui peut-il en déduire ? La parole ne prend du poids que si elle est écoutée, et ce poids consenti (étymologiquement ressentir ensemble) par l'autre consolide l'identité⁽⁹⁾. L'alter ego est justement dans l'égalité des échanges. La parole du soignant aura d'autant plus de poids qu'il aura développé des qualités d'écoute et de reformulation empathiques.

Ne pas dire à un MC ce qu'on est en train de faire, qu'il y ait un déficit de compréhension ou non, est une façon de faire peu de cas de lui et de le traiter comme un objet dont on peut faire ce qu'on veut ; ce qui le marginalise (repli dans sa « bulle » psychique) et aggrave son sentiment de dévalorisation. Il peut même être traumatisé lorsque le geste fait sans rien dire est douloureux et alors, surpris ou apeuré, esquisser une réaction violente.

Un patient halluciné ou psychotique sera agressif s'il est surpris par un contact physique imprévu, voire par une simple proximité non annoncée. Parler doucement, demander s'il est d'accord pour le rapprochement, prononcer posément ce qui va se passer évite des réactions explosives : « Je vais vous toucher l'épaule... Je vous touche l'épaule. » Cela a comme intérêt supplémentaire de le faire profiter d'un bain de langage, lui-même porteur de potentialités soignantes, ce qu'on nomme le « care » lorsque le partage « dans le langage » aide à identifier l'homme à l'humain⁽¹⁰⁾.

Accepter qu'il frappe sans recadrage verbal

Un malade agressif verbalement peut l'être physiquement. Il est important de se positionner physiquement en présence d'une personne âgée agressive. Un positionnement en face-à-face, sans recherche de domination et sans agressivité en écho est indispensable pour éviter l'escalade systémique. Être sûr(e) de soi, paisible et non à l'avance stressé(e), se préparer à une éventuelle violence et calibrer la distance entre le soignant et le malade sont ici essentiels. La peur du malade peut générer des coups.

L'objet de la violence verbale ou physique est souvent décalé de la réalité. La seule réalité du MC est la recherche d'un point d'impact violent sur autrui^(11,12). C'est ce premier point qui doit être validé : « Vous me faites très peur ! ». Deuxièmement, il y a alors lieu de tout arrêter du soin en cours, pour signifier à l'agresseur que la violence est une rupture relationnelle, et si possible de faire intervenir un tiers (une autorité symbolique : cadre, médecin... infirmière...) pour s'enquérir des motivations du malade et reprendre les choses : dire que ça fait mal et que c'est interdit. Donc, troisième point à ne pas oublier, rappeler la règle au MC. La nécessité d'un rappel de la règle en présence d'un tiers est primordiale en pareil cas, rapidement si possible, pour que la confusion et les troubles de mémoire n'effacent pas la relation de cause à effet.

Car il n'est pas normal de laisser un malade frapper quelqu'un sans réagir immédiatement : les êtres humains ne sont pas des sacs de sable. Et cela, que la personne frappée soit un proche, un soignant ou (en institution) un autre malade, un résident. On peut même dire que c'est détestable, en sachant atteindre l'acte sans atteindre la personne (ne jamais humilier quelqu'un).

Et, si un soignant ou un résident est frappé par un malade, ce n'est pas un accident banal. Il doit être déclaré comme tel à la commission gérant les risques au travail et analysant les événements indésirables, ou à son équivalent dans l'établissement. Il faudra s'intéresser lorsqu'on analysera son origine à des causes liées au malade, telles que la douleur physique par exemple, mais aussi à d'autres déterminants pas forcément liés à celui qui a donné les coups : conflits dans sa famille, tempo trop rapide des soins effectués par un personnel épuisé, etc.

Le stimuler

La stimulation repose sur des injonctions (voire des ordres ou l'exercice d'une autorité) qui, de fait, dérivent trop facilement vers une demande de soumission. Elle peut permettre d'obtenir des performances mais au détriment de l'autonomie, qui est la capacité de faire des (même des petits) choix responsables. Son principe même, si la stimulation n'est pas bien pensée, est contre-productif, voire anti-éthique. Il est envisageable de mobiliser la volonté d'une personne pour une activité, mais il ne s'agit pas de jouer la volonté pour la volonté, a fortiori la volonté consciente contre le désir inconscient.

Le plaisir pris par un soignant dans une activité, ou sa répugnance quand il y est contraint à la faire, sont parfaitement perçus par les tiers présents, sans avoir besoin du langage verbal. C'est là une des conditions à la qualité de l'engagement, et par conséquent de ses résultats, au plan interpersonnel. À la stimulation il convient d'opposer la motivation, qui repose sur l'alliance affective avec un tiers⁽¹³⁾, sur l'agentivité (liberté de faire et maîtrise de son parcours

personnel dans une action)⁽¹⁴⁾ et sur la connotation positive (moteur narcissique). La personne âgée, malgré les difficultés neurocognitives, doit rester dans une mouvance décisionnelle, en étant aidée s'il se peut, par des petits coups de pouce manipulés avec tact (nudges, chez les anglosaxons)⁽¹⁵⁾, à exprimer ses désirs, toujours en respectant ses goûts et ses affects. Chacun d'entre nous a son tempo personnel, il est intéressant de repérer quels sont les moments où une personne âgée est disponible psychologiquement pour participer à une activité plutôt que lui imposer un horaire auquel elle aura du mal à se plier⁽⁸⁾.

Le mettre à l'épreuve

La mise à l'épreuve est malheureusement ce qui est souvent réalisé avec les animations qui emploient des quiz. De fait, ces pratiques confrontent un certain nombre de malades à leurs limites. À ce titre, elles sont anxiogènes, alors qu'elles n'apportent rien ou peu. Il est préférable de faire émerger les capacités potentielles, de ranimer les braises de compétences en instaurant un climat rassurant et renarcissant, en mettant en œuvre des ateliers favorisant la créativité et l'expression. Animer, c'est donner de la vie, ce n'est pas viser une performance, encore moins générer des comparaisons avec ce que d'autres font soi-disant mieux. Ici le plaisir est un allié, non un frein. Mettre à l'épreuve est encore trop souvent fait pour réprover, de même que convaincre, c'est encore vaincre⁽¹⁶⁾. Il s'agit ici de s'interroger. Qu'est-ce qui importe dans l'épreuve, donner du sens, réinscrire la personne dans ses pratiques antérieures structurées au cours de son histoire de vie, ou formater ? « Doit faire ses preuves » : qui ne se souvient de cette invite scolaire aux accents humiliants, car ne voilant qu'avec bien peu d'adresse la méfiance a priori de la figure d'autorité envers celui ou celle qui doit s'y soumettre ?

L'épreuve des visites. Il arrive qu'un malade confus en institution pleure lorsqu'un tiers aimé vient le visiter. Parfois, il est ensuite agité. Le conseil des soignants d'arrêter les visites parce que douloureuse pour le patient est mal accepté des familles, à juste titre. Certes, la tristesse émerge chez le malade lorsqu'une relation affective est éveillée, mais elle est la marque d'une vitalité psychique. Le traitement de la dépression est préférable à laisser sombrer le MC dans la régression. Il n'y a pas lieu d'interdire les visites.

DIX SITUATIONS POSITIVES, À ENCOURAGER POUR AIDER UN MALADE CONFUS

Savoir s'excuser

Les malades Alzheimer, comme beaucoup de sujets qui se sentent dévalorisés, sont narcissiquement fragiles. Il est donc

fondamental de savoir opportunément s'excuser ou revenir sur une explication non assimilée. Un soignant peut être fatigué. Ses gestes dans le soin ne seront pas interprétés comme une négligence s'il dit au MC avec le sourire quelque chose comme : « La journée a été chargée pour moi. Je suis usé. » On est parfois surpris de voir l'intelligence affective du malade se montrer alors à la hauteur de la politesse et de l'humilité soignante. Ces vertus sont à mi-chemin entre le plaisir du lien et l'utilité de la relation.

Le partage relationnel est équitable, mais le langage technique que nous utilisons de façon inconsciente d'une part met à distance et, d'autre part, établit inconsciemment une relation dominant-dominé⁽¹⁷⁾. La délivrance d'information, est-il besoin de le rappeler, doit être claire, loyale et appropriée.

Parler de soi, dire « je », montrer en toute humilité que l'on peut faire des erreurs font partie d'un « devoir des manières » ; ces manières ont une vertu essentielle, celle de réinscrire une personne vulnérable dans son humanité, celle d'une personne sujette à un discours qu'elle peut toujours se réapproprier ; à défaut de quoi, elle se sentira étrangère à la marche du monde qui l'entoure, ce qui ne peut que déboucher sur une aliénation ajoutée et la pousser vers l'apathie.

Réhumaniser l'espace, la présentation physique et les tenues vestimentaires

Les malades Alzheimer, notamment s'ils sont confus, ont tendance à opter inconsciemment pour une présentation dévalorisée d'eux-mêmes (décoiffés, mal habillés, tachés...). De même, ils sèment un certain désordre dans l'espace familial (chaises et tables en désordre...), qu'ils déshumanisent ainsi⁽¹⁸⁾. Un aspect du soin passe par leur rendre une présentation physique valorisante (vêtement de ville, coiffure, rasage ou maquillage...) et par une remise en ordre du cadre de vie. Paul Valéry disait que l'humanité évoluait entre deux grands récifs, l'ordre et le désordre. Il faut donc naviguer sagement dans le soin entre le rangement de l'environnement, qui assied la dignité d'une personne qui vit, et des normes trop contraignantes. L'expérience montre d'ailleurs que des environnements chaleureux (douilllets, cosys) sont moins dégradés que des environnements impersonnels et froids (mobilier de collectivité, voire même de jardin). Une table bien mise, des couverts convenablement dressés, un fond musical ou au moins un plafond absorbant le bruit et sans une télévision qui s'impose, pour que des dialogues s'établissent, quelques fleurs dans la salle de restauration ou un aquarium, un éclairage adéquat, le sourire et la gentillesse d'un intervenant, améliorent l'appétit d'une personne dénutrie et lui redonnent le goût de la parole, celle-là même qui est « nourrissante ». Plaisir des mets (avec des choix), plaisir des mots, plaisir du soin doivent rimer ensemble avec plaisir de vivre⁽¹⁹⁾.

De plus, l'univers matériel dans lequel le malade confus évolue doit être réfléchi : lumière adaptée dans les pièces, bruit de fond à éviter, avec des délimitations implicites, en mettant en saillance des repères, facilitant les déplacements.

Être courtois

La courtoisie est valorisante et elle désarme l'agressivité potentielle dans nombre de situations (et pas qu'avec les malades !).

Savoir entrer en matière en souriant (mais attention : pas de sourire moqueur ou crispé, artificiel de style Botox). Parler non à un malade mais à une personne, la regarder, savoir dire autant que possible : « Merci, s'il-vous-plaît, excusez-moi ». Éviter le « on » impersonnel : « On y va ! » « C'est parti ! », mais user et abuser du « je » du « nous » et du « vous ».

Positiver le plus possible, surtout s'il est en colère, afin d'extraire la joie parfois (bien) cachée derrière des troubles du caractère : « C'est bien normal, vous avez raison... ». Dans les interactions, il convient d'avoir toujours d'avoir en tête qu'une personne âgée quel que soit son statut cognitif est plus lente que nous, qu'elle est moins apte que nous à réaliser les tâches multiples, qu'elle peut aussi avoir des difficultés sensorielles : il faut donc savoir attendre sa réponse avant de reformuler une question ou de passer à autre chose. Et, surtout, apprendre à laisser le dernier mot à l'interlocuteur, ce qui est le plus difficile. Faute d'y arriver, on peut toujours répondre par un hochement de tête approbatif et travailler le sens analogique de notre communication.

Lui proposer des choix

Une confusion amène des difficultés à faire les choix, et ce n'est pas bien entendu une raison, bien au contraire, pour en supprimer l'opportunité. Une politique d'autonomisation repose sur la proposition de choix chaque fois que possible, y compris des petits choix néanmoins source de mise en valeur d'un Moi toujours en capacité de décisions et de responsabilités : « Je laisse votre porte ouverte ou je la ferme ? », « Est-ce que vous voulez du sucre dans votre café ? ». Ce qui n'exclut pas de décider, si après avoir laissé un temps suffisamment long, on n'obtient pas de réponse ; encore faut-il dans ce cas s'appuyer sur les goûts connus de la personne, soigneusement consignés dans son dossier... Ajoutons qu'exercer des choix permet de lutter contre la démotivation et par voie de conséquence de protéger de l'apathie⁽²⁰⁾.

Il est, même dans ce registre, important d'accepter un refus, de différer une tâche comme de savoir passer le relais à un autre intervenant lorsqu'on se sent « dépassé » ou fatigué, ou, faute de mieux, l'exprimer devant le MC. Exprimer un mal-être pour un soignant comme pour un malade est une

manière de diminuer sa tension intérieure et donc d'augmenter sa disponibilité à autrui. Car tout se tient dans une relation humaine et, de la même façon qu'une acceptation peut entraîner une autre, un refus se verrouille généralement sur lui-même dans une escalade agressive, ce qui rend vite stérile toute solution à la problématique.

L'accepter tel qu'il est

Bien souvent, une personne âgée conserve sa manière d'être et vieillit en gardant des traits de caractère qu'elle a acquis au cours de sa vie⁽²¹⁾. La confusion n'arrange rien, voire même accentue certains traits. Il est très difficile pour un adulte en bonne santé de modifier ses habitudes et c'est encore plus difficile pour une personne âgée en perte de repères, en particulier lorsqu'elle n'est plus à son domicile. Il faudra donc éviter de lui demander de changer, car cela revient à lui reprocher ce qu'elle est devenue. Donc, il convient d'être tolérant avec ses symptômes en limitant les interventions et injonctions à ce qui est dangereux pour elle ou pour autrui, en se centrant sur la personne.

Être prévisible

Très souvent les personnes âgées établissent des liens affectifs avec les soignants ou les médecins qui s'en occupent. Ces derniers finissent par connaître la manière de s'y prendre avec la personne, ils connaissent les champs à éviter car trop sensibles, les petites phrases qui font du bien. Malheureusement la rotation du personnel, les plannings compliqués, les arrêts maladie ou les vacances conduisent d'autres intervenants à leur chevet. Et les fameuses transmissions ciblées ignorent ici la cible de l'équation personnelle !

Il est bien que la personne âgée soit prévenue à l'avance du changement de personnel, par exemple par la personne qui va s'absenter, et que la personne qu'elle ne connaît pas et qui va lui faire le soin lui soit présentée ou, à défaut, se présente. Le mieux est d'avoir si possible des interlocuteurs qui ne changent pas. Les rotations, la multiplication et les changements d'intervenants non seulement conduisent à des relations impersonnelles sans investissement réciproque suffisant, mais sont confusiogènes⁽²²⁾.

Il y a également lieu d'avoir des journées relativement ritualisées, sans trop d'imprévu, ou pour rompre la monotonie, en organisant des surprises, mais annoncées partiellement : « Dimanche, il y aura une fête. Je ne vous en dis pas tout... ». Tout comme il est recommandé de gérer les transitions en douceur, en « fondu enchaîné » avec des préliminaires verbaux chaleureux pour toute intervention, et en évitant de se quitter brusquement sans aucun commentaire. C'est ainsi, par exemple, qu'il apparaît souhaitable que ce soit les animateurs d'un groupe d'activité qui en accompagnent et raccompagnent les participants.

Éviter de le laisser seul

L'agressivité des malades confus est très souvent liée à l'incapacité qu'ils ont de mettre en mots leur douleur morale. Au-delà des difficultés de partage, très souvent les personnes âgées sont seules, à domicile mais aussi en établissement. La télévision en permanence branchée finit par exercer une forme de pouvoir hypnotique avec un isolement relationnel.

De plus, la solitude est anxiogène et pourvoyeuse de troubles du comportement. Être en groupe, entre malades n'y change rien sauf s'il y a un « tiers garant », c'est-à-dire un médiateur. La parole doit circuler autour et au mieux avec la personne et on ne peut, on ne doit pas en faire l'économie en y substituant un médicament, un anxiolytique notamment.

Mais, la charge de travail du personnel laisse peu de temps aux soins relationnels. En institution, il est donc important que l'organisation des cheminements conduise tout naturellement (de jour comme de nuit) vers un lieu de regroupement autour d'un professionnel. Celui-ci aura une fonction rassurante « d'attracteur de l'attention » en parlant et en proposant éventuellement des activités simples. Son action de « motivateur » conditionne ce qui se passe dans les chambres (toilettes, soins, repos, sommeil...). Cette tâche est difficile et demande du tact, une compétence humaine et un engagement qui est parfois très éprouvant. Aussi, il est nécessaire que ce soignant soit relayé périodiquement et surtout soutenu par l'équipe dans laquelle il travaille, tout comme encouragé par sa hiérarchie.

Savoir recourir à un toucher rassurant

Le toucher est une perception corporelle et une sensation individuelle. Bien souvent, avec les années, dans la solitude, les personnes âgées n'ont plus de contacts physiques avec autrui. Le toucher dans le soin a chez elles une dimension relationnelle importante. Accompagnant le geste technique, avec la parole, il implique de fait une réciprocité. Par sa nature même, soignant et soigné sont engagés dans une relation d'intimité. Le toucher est bien accepté dans la majorité des cas. Il appartient à celui qui touche de s'assurer que celui qui reçoit le geste n'y est pas opposé. Son but est de permettre un lien unique, un échange relationnel équilibré entre le patient et le soignant pour suppléer sa perte d'autonomie, physique, cognitive et parfois verbale.

Mais s'il est mal supporté, s'il n'est pas accompagné par la parole (précédant, annonçant, commentant ce que l'on fait) et s'il est perçu comme intrusif, il vaut mieux ne pas insister ni contraindre. Le toucher ne doit ni surprendre ni entraver. La fonction du toucher est de souligner le propos et de manifester de la sympathie. Il peut aussi montrer au malade qu'il est traité comme un adulte à qui on fait confiance et que l'on traite à égalité. C'est ainsi qu'il est préférable, pour

aider un déplacement ou un transfert, de donner le bras plutôt que de le prendre par la main ou le tirer (par les deux mains) dans un face à face qui l'incite à se mettre en rétro-pulsion.

Investir le tact

Travailler le ton de sa voix participe de ce « toucher sans toucher » qu'est le tact.

S'entraîner à travailler sa propre voix, la poser peut aider à mieux communiquer et à favoriser l'usage d'un toucher symbolique. Surtout ne pas crier, car la voix perd toute nuance d'expression en montant dans les aigus. Cela même si l'interlocuteur est sourd : plutôt recourir alors au face à face, en articulant les mots et en parlant lentement, en évitant les univers bruyants, et le premier bon geste est d'arrêter la télévision que le malade confus n'entend pas, ne regarde pas, et de toute façon dont il ne comprend pas le programme diffusé. Un fond musical, dans le registre de ce qu'aime le MC, est appréciable si non permanent.

Il est important d'apprendre à s'exprimer sur un ton chaleureux et répondre un demi-ton en-dessous pour limiter l'escalade, et de s'assurer que le résident comprend bien notre manière de faire et de dire, qu'il en perçoit la bienveillance et la curiosité qui les portent. Un temps d'attente en silence après une question, une aide à la reformulation avec des mots simples, une attitude d'attente bienveillante, un sourire apportent leurs fruits. Trop d'incurie chez le MC vient répondre à l'absence de curiosité psychique du soignant.

S'appuyer sur l'accordage affectif

Oser s'impliquer au plan empathique, car c'est l'investissement relationnel (bonifiant l'action) qui est la clef de la vie et du soin.

En cas de difficultés personnelles du soignant, l'aide d'un collègue expérimenté ou d'une psychologue clinicienne peut offrir le soutien nécessaire. Une bonne organisation des soins permet de souder l'équipe, d'adhérer à l'esprit d'une consigne, de s'approprier sa tâche et de limiter la souffrance au travail.

Cela passe par des temps d'échanges entre soignants (si possible avec l'aide d'un psychologue clinicien) ayant pour finalité de protéger la capacité de penser, de réfléchir à ce qui s'est passé (dit, fait, ressenti...), pour métaboliser ses propres émotions, et faire des hypothèses sur ce qui se joue avec un malade, notamment ce qu'il attend sans pouvoir le formuler.

Le travail en équipe est ici, en effet, important, chacun pouvant exprimer librement (hors de tout compte rendu écrit) par exemple lors des transmissions son approche personnalisée de la personne concernée. Mais il est important lors des moments de partage en équipe de préserver l'intimité

de la relation et les secrets qu'elle véhicule. Au-delà du respect du secret professionnel, on se doit de ne partager que les éléments significatifs pour le soin, car il s'agit de respecter la dignité de chacun. L'herméneutique du sens passe par une écologie du regard clinique, centré sur la personne, mais aiguë par un travail sur les représentations pertinentes ou non, propres à chacun.

CONCLUSIONS

Tous les points présentés ici ne sont pas des dogmes à appliquer à la lettre, juste des directions générales : 1) personnalisation des soins, ce qui passe par la qualité interpersonnelle de la relation soignant-soigné et non par l'application

rigide de codes et de convention gestuelle, ni par des recettes comportementales apprises dans diverses formations ; 2) recherche d'une égalité entre les personnes en évitant la domination ; 3) négociations de l'espace technique et empathique comme des règles et du plaisir dans le soin, respectant l'intimité.

Nous n'avons pas sorti toutes les clés du tiroir, il en reste bien d'autres. Il reste, en particulier, une 21^e clé, la plus importante qui n'a pas été déclinée ici, car elle est simplement dans la confiance que nous apportons à nos confrères et collaborateurs : leur bon sens et leur dévouement qui dénouent bien des difficultés et ouvrent bien des portes. ■

Liens d'intérêts : Les auteurs déclarent ne pas avoir de lien d'intérêt en rapport avec cet article.

RÉFÉRENCES

1. **Cummings J, Mintzer J, Brodaty H, Sano M, Banerjee S, Devanand DP, et al.** Agitation in cognitive disorders: International Psychogeriatric Association provisional consensus clinical and research definition. *Int Psychogeriatr* 2015 ; 27 : 7-17.
2. DSM-5. (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders). Le Guide Psychomédia. (Page consultée le 10/03/2019). [En ligne] <http://www.psychomedia.qc.ca/dsm-5/2013-05-22/guide-psychomedia.2013>.
3. **Ploton L.** Existe-t-il des facteurs psychologiques prédisposant à la maladie d'Alzheimer ? Facteurs psychologiques et prédispositions à la maladie d'Alzheimer. 2015 ; Chronique Sociale Éd. Lyon.
4. **Feil N, Altman R.** Validation theory and the myth of the therapeutic lie. *Am J Alzheimers Dis Other Dement* 2004 ; 19 : 77-8.
5. **Althoff KN, Gange SJ, Klein MB, Brooks JT, Hogg RS, Bosch RJ, et al.** Late presentation for human immunodeficiency virus care in the United States and Canada. *Clin Infect Dis* 2010 ; 50 : 1512-20.
6. **Zablotsky D, Kennedy M.** Risk factors and HIV transmission to midlife and older women: knowledge, options, and the initiation of safer sexual practices. *J Acquir Immune Defic Syndr* 2003 ; 33 : S122-30.
7. **Pélicier Y.** Les Objets de La Psychiatrie. Dictionnaire de concepts. 1991 ; Éditions L'esprit du Temps. Paris.
8. **Brooker D.** Person-centered Dementia Care. Making services better. Jessica Kingsley Publishers London. 2007.
9. **Buber M.** Je et tu. Aubier Bibliothèque philosophique Paris. 1980.
10. **Hazif-Thomas C, Thomas P.** Le care au risque de la maladie d'Alzheimer : guidance accrue ou autodétermination des aidants ? *Rev Francoph Gériatr Gérontol* 2011 ; 18 : 194-9.
11. **Thomas P, Vironneau C, Hazif-Thomas C.** Comportements troublants et troublés : origines et conséquences. *Rev Francoph Gériatr Gérontol* 2015 ; 22 : 454-8.
12. **Le Gouès G.** L'âge et le principe de plaisir. Éditions Dunod Paris. 2000 : 129-51.
13. **Hazif-Thomas C, Thomas P.** Motivation, résilience et avancée en âge. in Résilience et personnes âgées, sous la direction de Louis Ploton et Boris Cyrulnik. 2014 ; Odile Jacob. Paris : 167-88.
14. **Bandura A.** Toward a Psychology of Human Agency: Pathways and Reflections. *Perspect Psychol Sci* 2018 ; 13 : 130-6.
15. **Scarbecz M.** "Nudging" your patients toward improved oral health. *J Am Dent Assoc* 2012 ; 143 : 907-15.
16. **Bobin C.** Le Très-Bas. Éditions Gallimard Paris. 1995.
17. **Colonna R.** Les paradoxes de la domination linguistique. Éditions L'Harmattan Paris. 2013.
18. **Ploton L.** À propos de la maladie d'Alzheimer. *Gerontol Societ* 2009 ; 32 : 89-115.
19. **Thomas P, Hazif-Thomas C, Delagnes V, Bonduelle P, Clément JP.** Environnement contenant chez la personne âgée démente - Étude Pixel. *Encephale* 2007 ; 33 : 317-25.
20. **Hazif Thomas C, Thomas P, Clément JP.** La démotivation chez la personne âgée dépendante : le poids de l'écosystème soignant. *Rev Franc General Gerontol* 1999 ; 6 : 11-8.
21. **Ploton L.** La personne âgée : son accompagnement médical et psychologique et la question de la démence Chronique Sociale Lyon. 2005 : 245-50.
22. **Thomas P.** Préface. Facteurs psychologiques et prédispositions à la maladie d'Alzheimer. Sous la direction de Louis Ploton. Chronique Sociale Lyon. 2015 : 7-10.