

Faculté de médecine – Université Paris-Sud 11  
Assistance publique – Hôpitaux de Paris  
Institut éthique et soins hospitaliers – Espace éthique / AP-HP

Master Ethique, Science, Santé et Société  
1<sup>ère</sup> année

Directeurs de l'enseignement : Prs Patrick Hardy et Emmanuel Hirsch

APPROCHE ETHIQUE DE LA RELATION DE SOIN EN  
SERVICES DE LONG SEJOUR

Mémoire pour l'obtention  
Du Master Ethique, Science, Santé et Société  
1<sup>ère</sup> année

Présenté par Blandine ORELLANA

Année universitaire 2004-2005

### **Note aux lecteurs**

Travail réalisé dans le cadre du Master Ethique, science, santé et société.

Assistance publique – Hôpitaux de Paris ; Faculté de médecine –  
Université Paris-Sud 11.

Pour reproduire ou utiliser ce document, veuillez consulter l'auteur ou le  
directeur de l'enseignement.

# **SOMMAIRE**

<b><u>Introduction</u></b> .....	5
<b><u>-I- La relation de soin en gériatrie</u></b> .....	6
<i>I.1. Soignant en gériatrie : quelle valeur ?</i> .....	7
<i>I.2. Soignant en gériatrie : un métier indispensable</i> .....	8
<b><u>-II- La communication en Unité de Long Séjour</u></b> ...10	
<i>II.1. Qu'est-ce que la communication ?</i> .....	10
II.1.1 Définition générale.....	10
II.1.2. Définition psychologique.....	11
II.1.3. Définition sociologique.....	12
II.1.4. Définition linguistique.....	13
<i>II.2. Communication et vieillissement</i> .....	13
II.2.1 La parole et le langage.....	14
II.2.2 L'audition.....	14
II.2.3 La vision.....	15
II.2.4 La bouche, le goût.....	16
II.2.5 Le corps, les muscles.....	17
II.2.6 La cognition.....	17
<b><u>-III- Communiquer : un droit des personnes</u></b> .....	20
<i>III.1. Les besoins fondamentaux</i> .....	20

<i>III.2. Des chartes comme référence</i> .....	22
<b><u>-IV- Evaluation de la communication en Long Séjour</u></b> .....	27
<i>IV.1. Présentation du protocole</i> .....	27
<i>IV.2. Passation du questionnaire</i> .....	27
<i>IV.3. Résultats de l'enquête</i> .....	30
<i>IV.3.1 Expression</i> .....	30
<i>IV.3.2 Compréhension</i> .....	31
<i>IV.4. Analyse statistique</i> .....	32
<i>IV.5. Conclusions de l'enquête</i> .....	33
<b><u>-V- Conclusion et perspectives d'amélioration</u></b> .....	36
<b><u>Bibliographie</u></b> .....	40
<b>Annexe 1</b> .....	42
<b>Annexe 2</b> .....	51
<b>Annexe 3</b> .....	65

# Introduction

Nul n'ignore que la France se trouve confrontée à un vieillissement démographique important. Parallèlement à l'accroissement d'une population très âgée et souvent dépendante, il convient de se poser la question de la qualité des années gagnées sur la mort. Notre pays offre-t-il les structures et moyens compatibles avec le bien-être des personnes très âgées ? Il s'agit d'un vrai problème de santé publique : loin d'être uniquement médical, il est aussi social, politique et économique. Face à cet énorme enjeu, il est inquiétant de constater à quel point la population en général et les politiques en particulier semblent méconnaître et négliger l'accueil des personnes âgées malades ou dépendantes.

Face à la multiplicité des problèmes posés par le traitement des personnes âgées institutionnalisées (prise en charge de la démence, accompagnement de la fin de vie, aide aux aidants...), nous avons choisi d'en aborder un qui nous touche particulièrement car il est omniprésent dans la relation de soin, c'est celui de la communication soignant - soigné au sein des établissements de long séjour.

Après avoir défini ce qu'est la communication et en quoi le vieillissement a sur elle un impact, nous évoquerons l'importance de la communication sur la qualité de vie des personnes âgées.

Enfin nous analyserons la réalité des échanges dans les centres de long séjour, à l'aide d'une étude effectuée auprès de personnel soignant en gériatrie.

## **-I-**

# **La relation de soin en gériatrie**

Les soins gériatriques sont très spécifiques : ils ne consistent plus à guérir, mais à gérer, à accompagner jusqu'à la fin de la vie, à donner du sens aux gestes et aux actions, par la parole, le toucher ou le regard. Comme le dit M.Saillant<sup>1</sup>, « On ne guérit pas de la vieillesse ni de la mort mais on peut la vivre le plus humainement possible ». On ne prescrit pas une thérapeutique curative, on pratique une médecine adaptative et préventive.

Chez les personnes âgées, les polyopathologies et les affections sensorielles perturbent souvent la communication et nécessitent l'assistance de tierces personnes, engendrant de nouvelles relations, et particulièrement la relation d'aide. La relation de soin en gériatrie est donc une relation d'aide, fondée sur l'empathie et l'authenticité, qui, pour être efficace, doit guider un vrai projet thérapeutique, à long terme. Or, parce que justement cette relation de soin s'inscrit sur le long terme, elle risque de s'installer dans la routine, les soignants en venant à regarder la personne âgée comme un objet et à banaliser sa maladie et sa souffrance. En gériatrie et particulièrement en Long Séjour, les soignants doivent donc redonner du sens au soin, en adoptant des comportements adaptés à des pathologies qu'ils ne connaissaient pas.

Parmi ces pathologies, la détérioration du langage, de la compréhension et de l'expression, constitue un réel problème dans la relation avec le personnel soignant. Pour lui, être à l'écoute nécessite de l'attention et surtout du temps. En définitive, on est le plus souvent dans un soin relationnel, c'est à dire où la relation est le but du soin.

---

<sup>1</sup> *Pour un art de vivre en long séjour, Paris, Bayard, 1993*

## *1.1. Soignant en gériatrie : quelle valeur ?*

Etre infirmier ou aide-soignant en gériatrie est encore relativement méconnu et en tout cas mal valorisé, considéré comme difficile, mal rémunéré, offrant peu d'évolution de carrière, en témoignent les campagnes de promotion des métiers gériatriques dont le but est de changer cette image aux yeux du public et par conséquent d'y attirer davantage de soignants.

Le Secrétariat d'Etat aux Personnes Agées estime les besoins d'aides-soignants à environ 10000 postes par an et ceux d'aides à domicile et d'aides médico-psychologiques à 30000 par an. 21000 créations de postes (dont la montée en puissance de la branche « aide à domicile ») sont prévues d'ici 2007 dans le cadre du Plan Vieillesse et Solidarités.

Pour revaloriser les métiers du grand âge auprès des jeunes, le secrétariat d'Etat a lancé, en mars 2005, une campagne de promotion des métiers du grand âge : information et sensibilisation sur les métiers de la filière sanitaire et sociale auprès des personnes âgées et leurs perspectives d'évolution, et incitation à changer de regard sur la personne âgée en valorisant le contact humain et les liens intergénérationnels. Cette campagne, qui doit durer trois ans, est articulée sur le concept suivant : « les métiers du grand âge, des professions au service de la vie ».

Concrètement, les initiatives sont multiples : information itinérante dans les régions, rencontres avec des lycéens et des chômeurs, projection de films, journées portes ouvertes dans les lieux d'accueil pour personnes âgées. En plus de cela, un effort est fourni par les médias à grande diffusion, sur des sujets sensibles, tels que la vigilance envers les personnes isolées, l'alerte canicule, les ateliers intergénérationnels dans les communes...

Enfin, notons la création récente de la Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie, dont les fonctions sont le financement de l'Accompagnement de la Perte d'Autonomie, la surveillance de l'égalité de traitement sur tout le territoire, et l'expertise, la formation et l'animation. Cette caisse est composée d'associations (Fédérations de retraités, France-Alzheimer, ALMA, FNG...)

organisations de salariés et d'employeurs, représentants de l'Etat et des institutions.

## ***1.2. Soignant en gériatrie : un métier indispensable***

Le soignant en gériatrie, est une nécessité sociale du 21<sup>ème</sup> siècle. S'occuper de personnes âgées demande un réel professionnalisme. En effet nombreux sont des sujets multi-pathologiques, multi-déficitaires, multi-traités. Certains peuvent rester au domicile, d'autres ne le peuvent plus, même avec des aides. L'entrée en institution les oblige à affronter l'idée que c'est leur dernière demeure. D'autre part le retrait social, l'isolement des proches etc. génère des comportements difficiles à gérer par les soignants : renoncement, passivité quasi-totale, révolte, intransigeance, agressivité... Le rôle du soignant en centre de long séjour est donc multiple et varié : il doit favoriser la compréhension et l'expression, l'autonomie et l'indépendance dans la vie quotidienne, en somme, le bien-être.

Ainsi, ces aspects des soins demandent de la part de l'infirmier non seulement un savoir-faire mais aussi et surtout un savoir-être : la compétence dans le soin relationnel est nécessaire pour accomplir les actes techniques rendus difficiles par la chronicité, les troubles de la compréhension, l'opposition... Pour réaliser sa démarche de soins, l'infirmier établit une relation avec et/ou son entourage. C'est une relation d'aide thérapeutique, qui, pour être instaurée, nécessite de prendre le temps de dialoguer, de fournir un environnement calme, de permettre l'expression des sentiments et émotions, de respecter la souffrance, d'être proche sans tomber dans la compassion ou l'infantilisation, de positiver les actions accomplies, de valoriser tous les gestes de la vie quotidienne.

A la base de la relation d'aide se trouve le projet de soin. Il permet à l'infirmier de poser des diagnostics et d'établir une priorité entre eux. Les actions planifiées, il vérifie leur bonne mise en œuvre en les évaluant et les réajustant si nécessaire. La démarche de soins se réfère à une conception de soins qui tient compte de la globalité de la personne âgée, qui vise à une personnalisation de soins, qui permet une continuité des soins. En gériatrie, les soins à une personne



sont le fruit de différents professionnels ; l'infirmière ne travaille pas seule. La complexité du vieillissement et ses intrications médico-psychosociales rend nécessaire le recours à l'interprofessionnalité, à la coordination de l'action de divers professionnels, dans le respect des missions de chacun. Travailler ensemble suppose la mise en commun des valeurs et des savoirs, et certainement pas la préservation corporatiste ou hiérarchique. Il s'agit donc de repenser ses pratiques professionnelles et de faire profiter les personnes âgées des compétences de tous les professionnels en gérontologie.

## **-II-**

# **La communication en Unité de Long Séjour**

La communication est un besoin fondamental de l'homme, à tout âge. Dans notre réflexion sur la communication dans les services de long séjour, nous avons retenu quelques exemples concrets de personnes très malades ou même en fin de vie, qui, entourées d'attentions et de dévouement, de paroles apaisantes et d'écoute bienveillante, ont retrouvé un état de santé inespéré... Nous nous sommes rappelée alors ce que René Spitz, psychiatre autrichien du 20<sup>ème</sup> siècle, avait décrit concernant les enfants orphelins de guerre et confiés à des nurses, qui cessaient de se développer et même dépérissaient en l'absence d'étayage affectif. Car sans pour autant vouloir comparer l'évolution des enfants et celle des vieillards, il nous paraît évident que la communication que l'on a avec les personnes âgées institutionnalisées joue aussi un rôle essentiel dans leur comportement et leur état de santé.

Rappelons tout d'abord ce qui définit la communication, selon différents points de vue.

### ***II.1. Qu'est-ce que la communication ?***

#### **II.1.1 Définition générale**

Pour le "Petit Robert" communication signifie "le fait de communiquer, d'établir une relation avec (quelqu'un, quelque chose). C'est un passage ou échange de message entre un sujet émetteur et un sujet récepteur aux moyens de signes ou de signaux."

Le signifié représente ici le message et le signifiant les signes utilisés par le locuteur pour transmettre ce message. Seuls les mots changent, le contenu reste

identique : le canal représente l'ensemble des moyens utilisés pour transmettre un message.

### II.1.2. Définition psychologique

L'école Rogerienne fait de la communication une approche exclusivement clinique : les deux sens principaux de l'action de communiquer sont étymologiquement : « mettre en commun » et « être en relation avec »<sup>2</sup>. La thérapie de Rogers, qui a effectué des recherches sur les divers aspects de la relation d'aide, est une thérapie de la communication et de la relation, moyen privilégié de la thérapie.

“ La communication est, tout d'abord, une perception. Elle implique la transmission, intentionnelle ou non, d'informations destinées à renseigner ou à influencer un individu ou un groupe de récepteurs. Mais elle ne s'y réduit pas. En même temps qu'une information est transmise, il se produit une action sur le sujet récepteur et un effet rétroactif (feed-back) sur la personne émettrice qui est influencée à son tour. Le langage n'est pas la seule conduite de communication. La mimique et le geste en sont d'autres.”<sup>3</sup>

Les modèles circulaires, ceux qui prennent en compte un feed-back, se sont substitués aux modèles linéaires. La communication n'est donc pas un échange à sens unique ; lorsque nous transmettons une information nous avons, avant même que l'interlocuteur nous envoie à son tour une information, un retour ou feed-back. D'autre part, la communication prend une autre dimension : on distingue la communication verbale de celle qui est non verbale. S.Freud parle même de communication d'inconscient à inconscient, exprimant par-là que les individus sont “capables de percevoir des indices ténus dont ils n'ont pas conscience”.

### II.1.3. Définition sociologique

---

<sup>2</sup> C. Rogers « le développement de la personne », coll Organisation et Sciences Humaines, Paris, Editions Dunod, 1966

<sup>3</sup> N.Sillamy, *Dictionnaire de la psychologie*, Bordeaux, Larousse, 1995.

Durkheim décrit la communication comme étant “une interaction au sein d’un réseau où s’échangent et se partagent des représentations collectives”. G.H.Mead<sup>4</sup> poursuit en précisant cette interaction : “l’interaction entre les acteurs sociaux se définit comme un processus par lequel chaque sujet est capable de se mettre à la place de l’autre. Opération imaginaire, si l’on veut, puisque je ne serai jamais un autre que moi-même”. Mais cette opération n’est pas arbitraire, puisque la substitution dont il s’agit n’est qu’une substitution de rôles, lesquels sont réglés dans leur opposition comme dans leur complémentarité.

Dans les dictionnaires de sociologie, le terme “communication” renvoie le plus souvent à la définition de “communication de masse” et se situe entre la communication spontanée, non formalisée, prescriptive qui n’obéit à aucune autre règle que l’habitude sociale et la communication institutionnelle qui permet de mettre à la disposition d’un public toutes sortes de messages.

C’est donc une nouvelle façon de détailler la communication : ici on ne distingue pas la communication verbale et non verbale mais trois formes de communication : spontanée, de masse et intra-organisationnelle.

D’autre part la sociologie a tenté d’expliquer ce nouvel engouement pour la communication en exposant que cette dernière joue un rôle nouveau dans nos sociétés : les anciennes “médiations sociales” telles que les corporations, villages, familles, paroisses, se sont affaiblies et n’ont plus “cette permanence qui caractérisait la société traditionnelle, grâce à quoi l’individu recevait l’évidence de son identité. Obligé de “faire le point” sans cesse et pour son propre compte, l’individu dans nos sociétés a besoin d’une masse énorme d’informations, perpétuellement renouvelées et actualisées, pour être en état de répondre aux sollicitations d’un monde en continuel bouleversement”<sup>5</sup>. On assiste à un paradoxe entre l’Homme moderne et la recherche d’un retour aux vrais échanges. Aujourd’hui on communique beaucoup mais on se connaît peu.

#### II.1.4. Définition linguistique

---

<sup>4</sup> J.Beaudichon, *La communication, processus, formes et applications*, collection Cursus Psychologie, Paris, Armand Colin, 1999, 174p

<sup>5</sup> Le Robert, *Dictionnaire de sociologie*, Paris, Seuil, 2000

Les linguistes définissent la communication en terme de “transfert d’information au moyen de messages s’effectuant entre un émetteur et un récepteur par l’intermédiaire d’au moins un canal de transmission”. R.Jakobson précise cette définition en incluant la nécessité du contact entre émetteur et récepteur, et du contexte de communication<sup>6</sup> : « le destinataire envoie un message au destinataire. Pour être opérant, le message requiert d’abord un contexte auquel il renvoie [...], contexte saisissable par le destinataire, et qui est soit verbal soit susceptible d’être verbalisé ; ensuite le message requiert un code, commun, en tout ou au moins en partie, au destinataire et au destinataire ; enfin, le message requiert un contact, un canal physique et une connexion psychologique entre le destinataire et le destinataire, contact qui leur permet d’établir et de maintenir la communication ».

C’est au niveau de la linguistique de l’énonciation que nous trouvons le terme de rétroaction, précisant par-là que l’émetteur, en fonction des informations à sa disposition sur la réception de son message, ajuste la façon dont il communique (par exemple en poursuivant son discours, en utilisant des procédés de reformulation, ou en faisant appel à des aspects non verbaux comme le regard).

## ***II.2. Communication et vieillissement***

La capacité de communiquer détermine l'autonomie, l'indépendance, le bien-être général... c'est-à-dire un bon état de santé.

Or le vieillissement correspond à une réduction des réserves physiologiques rendant l’organisme plus vulnérable. Au processus physiologique du vieillissement on ajoute un vieillissement pathologique lié à l’apparition de lésions associées (maladies aiguës, chroniques). Quel qu’il soit, le vieillissement a des conséquences sur la communication.

C’est grâce à nos sens que nous pouvons nous exprimer. Car le langage ne doit pas être réduit à la parole : il faut prendre en considération le langage des sens. Chez les personnes âgées, les perturbations de ces fonctions entravent la

---

<sup>6</sup> B.Pottier (collectif sous la direction de), *Le langage*, Paris, CEPL, 1973

communication avec l'entourage et modifient leur place dans leurs relations avec les autres.

### II.2.1 La parole et le langage

La voix de la personne âgée devient plus grave, tremblotante ; la mélodie se modifie, le rythme ralentit. L'articulation est aussi plus lente, moins précise, à cause de la fatigue musculaire et de l'état de la dentition.

Si les caractéristiques de la voix changent avec l'âge, le langage, lui, ne vieillit pas, ni dans son vocabulaire ni dans sa syntaxe. Il évolue en fonction des modifications cognitives. Par exemple, on note une baisse de la rapidité mentale avec pour principale conséquence un ralentissement des réactions aux stimuli qu'ils soient intellectuels, psychiques ou physiques, une perturbation de la disponibilité du lexique caractérisée un manque du mot, plus marqué pour les noms de personnes. Les mots sont présents mais leur accès est plus long. De plus, les sujets âgés, en raison d'une moindre capacité à organiser des stratégies, éprouveraient plus de difficultés à traiter l'information volontairement et au cours de recherches actives faisant appel à de grandes capacités attentionnelles. Quant aux troubles de la compréhension, ils sont, dans une certaine mesure, dus à la presbycousie, à une diminution des capacités attentionnelles ainsi qu'à la capacité limitée de la mémoire de travail.

Il convient donc d'être vigilant et surtout patient, pour laisser à la personne âgée non seulement la capacité de nous parler, mais aussi et surtout la certitude d'être écoutée, évitant ainsi qu'elle ne perde le désir de communiquer.

### II.2.2 L'audition

Toute perte auditive rend la communication difficile. L'audition renseigne sur l'environnement. Si elle est perturbée, la perception de l'environnement diminue et par conséquent génère l'anxiété, une communication moindre et des risques de désocialisation.

Les personnes doivent se faire entendre certes, mais elles doivent aussi pouvoir entendre ; or les troubles de l'audition sont très fréquents à partir de 60

ans. Quatre personnes sur cinq sont touchées par la surdité après 80 ans : elles souffrent de sénescence auditive, autrement dit, de presbyacousie

Ces troubles modifient la perception (la personne entend moins bien), la capacité de discrimination (elle confond des sons et des mots) et la compréhension. Les personnes victimes de surdité se fatiguent donc plus vite car elles doivent faire davantage d'efforts de concentration et d'attention. L'apparition de la surdité peut donc engendrer un retrait de la vie sociale, familiale et relationnelle car, le plus souvent, hormis le fait que la personne a du mal à suivre correctement une conversation, elle se sent coupable de ne pas comprendre les autres et peut choisir de s'exclure de la communication. Si l'appareillage s'avère inefficace, il est alors judicieux de développer d'autres canaux de communication.

Il est important que le personnel signale les difficultés constatées pour envisager un appareillage si la personne n'en n'a pas déjà, et si elle en a, qu'il veille à son bon fonctionnement et à son entretien. Un comportement adapté aide à palier la déficience : parler lentement et assez fort, clairement, privilégier une ambiance calme; se mettre bien face à la personne, dans un bon éclairage pour qu'elle s'aide de la lecture labiale, de notre mimique et de nos gestes...

### II.2.3 La vision

La vue est très souvent perturbée chez la personne âgée : presbytie, cataracte, cécité, glaucome, troubles neuro-visuels après un accident vasculaire cérébral ou un traumatisme crânien par exemple... Ces troubles affectent la perception de l'environnement : mauvaise appréciation des distances, perte d'un champ visuel, reconnaissance des objets, difficultés de déplacements, de lecture, dans la vie quotidienne (habillage, toilette, alimentation).

Les conséquences pour la personne sont nombreuses

- disparition d'une partie du monde et de l'identité
- perte des capacités fondamentales (se mouvoir, vie quotidienne),
- perte de la facilité à communiquer (oralement, par écrit et visuellement),
- diminution de la capacité à apprécier ce qui est agréable, distrayant
- modification de la personnalité (intégration sociale, estime de soi)

Il convient donc être vigilant au positionnement des objets autour de la personne, à notre positionnement, et à son espace de circulation, ainsi qu'au bon usage et à l'entretien de ses lunettes.

Une personne âgée malvoyante doit pouvoir profiter de l'aide qu'on lui apporte par d'autres canaux de communication: en verbalisant ce que l'on fait et en la touchant pour lui faire percevoir notre présence et nos intentions.

#### II.2.4 La bouche, le goût

Les soins que l'on accorde à la cavité buccale sont importants pour des raisons évidentes d'utilisation « mécanique » (alimentation, parole) mais aussi d'un point de vue purement esthétique car la bouche a une véritable valeur sociale. Nous avons vu plus d'une personne perdre le sourire en même temps que ses dents !

D'autre part, le goût est aussi affecté par le vieillissement, dans une moindre mesure, mais ses déficiences entraînent des nuisances à l'alimentation. Or qui dit goût dit manger (ou boire) ; qui dit manger dit repas (bon repas), qui dit repas dit odeurs (bonnes si possible), saveurs... et aussi invitation (proches, amis), marque d'estime envers l'autre, relations autour d'une table etc. Le goût est donc aussi un vecteur de communication et le conserver est important.

Les soins de bouche ont un impact positif sur l'alimentation (apports nutritifs nécessaires et plaisir de manger), sur la respiration et l'apparition de pneumopathies, sur le risque d'infections (mycoses, troubles digestifs et intestinaux...). Enfin une bouche soignée favorise la communication verbale et améliore les échanges.

#### II.2.5 Le corps, les muscles

Les muscles subissent eux aussi des changements notables au fur et à mesure que les années passent. La masse et la force musculaire diminuent, ainsi que le tonus musculaire provoquant un manque de souplesse et une diminution d'amplitude des gestes, une réponse musculaire plus lente et un épuisement plus rapide. Le



retentissement de ces modifications sur la communication peut être important, la personne âgée ne pouvant plus ajuster correctement ses gestes (verbaux et non verbaux) et ne pouvant plus réagir aussi vite qu'auparavant.

Cependant, si le vieillissement locomoteur et respiratoire, entre autres, rendent plus difficiles les mouvements, même chez la personne très âgée ou démente, l'expression corporelle (le geste, la mimique) reste un indicateur essentiel de l'état physique et moral. C'est ce qui permet de parler du langage du corps.

Le corps qui vieillit subit donc de multiples changements qui vont chacun retentir sur la communication avec un impact plus ou moins important. Nous observons ainsi une perte progressive et irréversible des capacités de l'organisme à faire face aux exigences variables de son environnement et de s'y adapter.

Pour éviter aux personnes de vivre ces transformations trop douloureusement et de ne plus vouloir communiquer, il est alors important que l'entourage adapte lui-même son comportement en fonction de leurs difficultés.

### II.2.6 La cognition

Il existe un nombre considérable de travaux sur le déclin des performances cognitives au cours du vieillissement normal. Ce déclin touche, entre autres, la mémoire et le langage.

Mais pour autant que le langage puisse vieillir, il faut revenir à la personne vieillissante et non au langage vieillissant. En dehors de toute pathologie, il n'est pas rare d'observer un rétrécissement du champ d'action du langage : l'isolement familial et social peuvent entraîner chez des personnes d'un certain âge un appauvrissement du langage, celui-ci devenant uniquement informatif. Le manque d'interlocuteur a pour conséquence une perte du message à délivrer. En effet, de même qu'en vieillissant le sujet passe d'un état actif à un état passif, les fonctions du langage ont toute latitude pour suivre le même mouvement.

Paradoxalement, en institution, les personnes âgées sont à la fois isolées et regroupées. Regroupées car elles vivent en communauté mais isolées car se crée

un vide relationnel. Elles n'ont plus à transmettre les significations, les valeurs et les savoirs essentiels au fondement des générations suivantes. Elles se replient alors sur elles-mêmes jusqu'à centrer leur intérêt sur leur corps<sup>7</sup>. Les manifestations somatiques apparaissent et les plaintes envahissent l'échange. Ces symptômes sont souvent perçus comme des obstacles à la communication alors qu'ils sont au contraire un moyen de rétablir ou de maintenir la relation avec l'extérieur lorsque l'utilisation des mots n'est plus possible normalement.

L'un des premiers signes du vieillissement serait, selon le gériatre Jean Metellus, "la perte de la fonction de communiquer qui, chez la personne âgée, se manifeste par le contenu du discours, discours centré sur le passé et qui ne se nourrit que du passé, bref du monologue. Le sujet vieillissant puise sa parole dans son passé et reste inattentif au présent. C'est pourquoi son discours est pauvre de mots". Le sujet établit avec le temps un rapport qui fait souvent appel au passé. Ainsi, généralement, il ne s'inscrit pas dans le temps qui est en train de se dérouler, qui arrive et se renouvelle mais dans le temps révolu. Cette façon de vivre le temps est responsable aussi de l'étiquette qu'on est tenté de mettre sur son discours. La capacité d'utiliser le langage pour informer et agir, pour convaincre et pour créer des liens, elle, reste intacte. Alors pourquoi la croyance populaire veut-elle que le langage vieillisse ? La confusion vient du fait que les performances intellectuelles de l'homme diminuant inexorablement avec le temps qui passe, le langage de l'homme aussi perd de sa puissance et vieillit comme son corps.

En fait, c'est la fonction phatique, celle que l'on utilise uniquement pour établir la communication ou garder le contact qui est la fonction du langage la moins employée pour au moins deux principales raisons : le décalage entre une certaine manière d'utiliser les mots par la génération du sujet âgé et la façon d'utiliser les mots par la jeune génération. Cette fonction n'est pas facile à utiliser par la personne âgée puisqu'elle exige une sorte de complicité entre les partenaires et qu'elle-même n'a pas beaucoup de partenaires dans la situation de dialogue où elle n'est pas directement en contact avec les gens de sa génération. En institution, ce sont donc aux soignants d'adopter les modes de communication des plus âgés. Notons d'ailleurs que ce décalage générationnel ne concerne pas

---

<sup>7</sup> A.Manoukian, *Les soignants et les personnes âgées*, 3<sup>ème</sup> édition, Rueil-Malmaison, Lamarre, collection Pratiquer, 2004

seulement le langage mais aussi la musique qu'ils écoutent, les films qu'ils regardent etc.

## -III-

### Communiquer : un droit des personnes

Il n'y a pas de droit spécifique de la personne âgée dépendante, mais sa vulnérabilité aggrave la qualification des infractions commises à son encontre. Le code civil, le code pénal et le code de la santé publique la protègent.

#### *III.1. Les besoins fondamentaux*

Pour guider les uns et les autres dans le sens de la relation la meilleure et du respect des besoins humains fondamentaux, la législation prévoit ainsi un certain nombre de clauses que l'on retrouve dans différentes chartes, devenues incontournables dans les établissements d'accueil médicaux et sociaux, en particulier depuis la mise en place de la démarche qualité en gérontologie (apparue dans le contexte de la création des EHPAD - Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes - ainsi que de l'augmentation de la population des plus de 60 ans). Schématiquement, on peut définir la qualité comme étant "la recherche du bien-être des personnes âgées en préservant leur autonomie à travers des prestations, des prises en charge et des soins adaptés à leur état physique et psychique, à leurs besoins, attentes, souhaits et désirs, en tenant compte des nombreuses contraintes imposées par l'environnement"<sup>8</sup>. Ainsi, limiter la notion de qualité à la seule satisfaction de prestations matérielles (linge, mobilier, restauration...) serait réducteur et erroné. Les dimensions humaine et affective, la place que l'on accorde à la personne âgée ainsi qu'à sa singularité, la préservation de son autonomie sont des éléments essentiels pour une prise en charge efficace et adaptée.

A la base des définitions des besoins des personnes et par conséquent des personnes âgées, on trouve deux références dans le domaine de la santé : Abraham Maslow (1916-1972) et Virginia Henderson (1897-1996).

---

<sup>8</sup> H.Lecllet, C.Vilcot, *Qualité en gérontologie : questions et outils pour agir*, La Plaine Saint Denis, AFNOR, 2003

A.Maslow, psychologue américain humaniste, a créé une pyramide de la hiérarchie des besoins de l'Homme, qui, s'ils sont satisfaits doivent permettre à tout individu de "se mettre en contact avec ses émotions et ses perceptions afin de se réaliser pleinement". La présentation en pyramide implique une interdépendance des besoins : une faille à l'un des niveaux peut avoir un effet destructeur sur l'ensemble.

A la base de la pyramide on retrouve les besoins de maintien de la vie (respiration, alimentation, repos, sommeil, contact corporel). Les personnes âgées dépendent souvent des autres et donc des infirmières pour satisfaire leurs besoins physiologiques fondamentaux. Le niveau supérieur représente les besoins psychologiques (de sécurité, de propriété comme avoir des choses et des lieux à soi, de maîtrise c'est-à-dire avoir un pouvoir sur l'extérieur). Pour se sentir en sécurité psychologiquement une personne doit savoir ce qu'elle peut attendre des autres que ce soient les membres de sa famille ou les professionnels de la santé. Au troisième niveau on trouve les besoins sociaux : affectivité (être accepté tel que l'on est, avoir des amis et un réseau de communication), estime de la part des autres et appartenance à un groupe. Si ces besoins de base sont satisfaits il y a apparition du principe d'émergence c'est-à-dire les besoins secondaires de développement que sont le besoin d'estime de soi-même (quatrième niveau) et la réalisation de soi (sommet de la pyramide : accroître ses connaissances, développer ses valeurs).

V.Henderson, elle, a défini quatorze besoins fondamentaux de tout être humain (qui rentrent dans les cinq catégories de Maslow) : respirer, boire et manger, éliminer, se mouvoir et maintenir une bonne posture, dormir et se reposer, se vêtir ou se dévêtir, maintenir sa température, être propre, soigné, protéger ses téguments, éviter les dangers, communiquer, agir selon ses croyances ou ses valeurs, s'occuper en vue de se réaliser, besoin de se recréer, besoin d'apprendre<sup>9</sup>.

---

<sup>9</sup> Au niveau de la communication, V.Henderson a isolé plusieurs altérations :  
Altération des perceptions sensorielles, du processus de pensée et de la communication verbale,  
isolement social, altération des interactions sociales et de la dynamique familiale

Avant de présenter brièvement quelques chartes<sup>10</sup>, citons le philosophe J.-F. Malherbe<sup>11</sup> qui propose un modèle théorique permettant d'aborder l'existence humaine selon plusieurs dimensions que nous y retrouvons :

- la dimension biologique, qui évoque la satisfaction des besoins biologiques essentiels comme se nourrir, l'accès aux soins et à l'assistance pour les mourants, le droit à l'hygiène, au confort, le droit aux soins de rééducation des fonctions et à la compensation des handicaps.

- la dimension psychique, qui désigne la capacité de chacun à être acteur de sa vie, à pouvoir décider par soi-même. C'est cette dimension qui est la plus développée dans les chartes. Elle concerne le choix et lieu du mode de vie, le droit au respect, à la dignité, à la propriété et à l'espace privé...

- la dimension civique, relative à la vie des individus en société, qui regroupe les droits civiques tels que la liberté d'expression, de réunion, de vote...

- la dimension éthique, qui évoque les possibilités de "bien vivre" ensemble, de convivialité, de réciprocité entre les personnes. La visée éthique s'attache aussi au respect de la culture et des valeurs morales des personnes dépendantes physiquement et psychiquement.

### ***III.2. Des chartes comme référence***

La *Charte des droits et libertés de la personne âgée dépendante* a été établie par la Fondation Nationale de Gérontologie et par le Ministère de l'Emploi et de la Solidarité en 1997.

« La vieillesse est une étape de l'existence pendant laquelle chacun doit pouvoir poursuivre son épanouissement. La plupart des personnes âgées resteront autonomes et lucides jusqu'au dernier moment de leur vie. L'apparition de la dépendance, quand elle survient, se fait à un âge de plus en plus tardif. Cette dépendance peut être due à l'altération de fonctions physiques et/ou à l'altération de fonctions mentales. Même dépendantes, les personnes âgées doivent continuer à exercer leurs droits, leurs devoirs et leurs libertés de citoyens. Elles doivent

---

<sup>10</sup> Ces chartes figurent en annexe.

<sup>11</sup> *Enjeux de l'éthique professionnelle*, PUQ, 1996, Québec

aussi garder leur place dans la vie sociale, au contact des autres générations dans le respect de leurs différences.

Cette charte a pour objectif de reconnaître la dignité de la personne âgée devenue dépendante et de préserver ses droits. ».

Elle est composée de 14 articles et aborde autant de thèmes :

- choix de vie,
- domicile et environnement,
- une vie sociale malgré les handicaps,
- présence et rôle des proches,
- patrimoine et revenus,
- valorisation de l'activité,
- liberté de conscience et pratique religieuse,
- préserver l'autonomie et prévenir,
- droits aux soins,
- qualification des intervenants,
- respect de fin de vie,
- la recherche : une priorité et un devoir,
- exercice des droits et protection juridique de la personne,
- l'information, meilleur moyen de lutte contre l'exclusion.

Dans un fascicule du Centre d'Action Sociale de la Ville de Paris (2005) remis aux nouveaux embauchés en maisons de retraite, voici ce qui est écrit à la suite de cette charte :

« Lorsqu'il sera admis par tous que les personnes âgées dépendantes ont droit au respect absolu de leurs libertés d'adulte et de leur dignité d'être humain, cette charte sera appliquée dans son esprit »

**La Charte des personnes âgées dépendantes en institution** a été établie en 1986 conjointement par la commission des Droits et Libertés de la Fondation Nationale de Gérontologie et par le Secrétariat d'Etat chargé de la Sécurité Sociale et stipule que « le respect des droits et libertés des personnes âgées dépendantes concerne tous les lieux de vie : foyers logements, maisons de retraite, résidences, services hospitaliers, unités de long séjour... »

Elle est rédigée en 12 points et relate le droit d'exprimer ses choix, le droit à la parole, à la dignité, le rôle de l'institution concernant l'accueil des familles, les soins infirmiers et la proposition d'activités. Elle insiste aussi sur le fait que l'institution devient le domicile du patient et qu'elle est à son service.

Les *Principes des Nations Unies pour les personnes âgées* datant de décembre 1991 (résolution 46/91) ont été créés pour «encourager les gouvernements à les incorporer chaque fois que possible dans leurs programmes nationaux». Ils sont au nombre de 18 et sont regroupés par thèmes : l'indépendance, la participation, les soins, l'épanouissement personnel, la dignité.

La *Charte des Droits et Libertés de la Personne Accueillie*, datant de 2003, est délivrée à toute personne entrant en Maison de retraite. Mentionnée à l'article L. 311-4 du code de l'action sociale et des familles, cette charte constitue le premier texte concernant les droits des usagers, publié dans le cadre de l'application de la loi de janvier 2002. Cette charte s'applique aux établissements, services et modes de prise en charge et d'accompagnement visés à l'article L. 312-1 du code de l'action sociale et des familles.

Elle est constituée d'une douzaine d'articles :

- Principe de non-discrimination,
- Droit à une prise en charge ou à un accompagnement adapté,
- Droit à l'information,
- Principe du libre choix, du consentement éclairé et de la participation de la personne,
- Droit à la renonciation,
- Droit au respect des liens familiaux,
- Droit à la protection,
- Droit à l'autonomie,
- Principe de prévention et de soutien,
- Droit à l'exercice des droits civiques,
- Droit à la pratique religieuse,



- Respect de la dignité de la personne et de son intimité.

**La Charte Européenne des Droits et Libertés des Personnes Agées en Institution** (Maastricht 1993) a été élaborée par les associations représentatives pour « développer une réflexion et une action communes et harmonisées en matière d'accueil, de soutien et de respect des Personnes Agées en Institution. Afin de répondre à l'un des engagements constitutifs de la C.E.E. qui est d'augmenter le bien-être de tous les Européens, une politique gérontologique européenne, axée sur quelques principes fondamentaux communs, paraît devoir être définie de manière prioritaire et urgente ».

Il s'agit de faire bénéficier l'ensemble des Personnes Agées de prestations de qualité, et, par des échanges, faire progresser la prise en charge dans les différents pays et au niveau européen, en construisant une politique gérontologique européenne et des politiques gérontologiques nationales harmonisées autour de quatre grands thèmes :

- la qualité de vie,
- l'adaptation permanente des services,
- l'accessibilité aux soins,
- la souplesse et l'adaptation des financements.

Mais énumérer ou distribuer les chartes n'a de sens que si l'on prend la peine de les lire, de les connaître et surtout de les faire connaître à leurs destinataires. En gériatrie peut-être plus qu'ailleurs compte tenu de leur état de dépendance, de vulnérabilité et d'isolement, il convient de donner cette information dans un langage clair, adapté, et de s'assurer qu'elles la comprennent<sup>12</sup>. Or notre quotidien nous montre que cela est rarement fait... ce qui n'implique pas pour autant que ces droits sont bafoués.

---

<sup>12</sup> Rappel : le 14 octobre 1997 la cour de cassation a réaffirmé le principe de l'oralité de l'information pour en garantir la compréhension

## **-IV-**

# **Evaluation de la communication** **en Long Séjour**

A la lumière de ces données, nous nous sommes interrogée sur la réalité de la communication existant entre les résidents de Centres de Long Séjour et le personnel qui les entoure. Car, si de nombreux travaux ont été menés sur des spécificités gériatriques comme la mémoire ou l'aphasie par exemple, peu de travaux ont été faits sur le thème général de la communication chez les personnes âgées, et en particulier en institution. Compte tenu du nombre important de malades parmi les résidents, nous avons choisi de nous intéresser aux personnes présentant une pathologie de la communication, en faisant le postulat (et en observant nous-même) que les personnes ayant un langage normal profitaient majoritairement d'une communication efficace avec le personnel.

Nous avons traité ce thème à partir d'un protocole d'évaluation de la communication élaboré par une équipe canadienne, mais qui n'avait jusqu'à présent jamais été passé en France. L'enquête, dont nous reprenons les résultats, a été réalisée en France par une orthophoniste<sup>13</sup>.

### ***IV.1. Présentation du protocole***

Face au constat qu'une proportion significative de résidents de Centres de long séjour présentaient des troubles de la communication, et par conséquent présentaient aussi des difficultés d'adaptation et une perte de qualité de vie, une équipe canadienne, le groupe ESPACE (Equipe Sociale : les Personnes Agées en Communication avec leur Environnement) a cherché comment remédier à cet état

---

<sup>13</sup> F.Moussard, *Evaluation de la communication entre résidents de centres de long séjour et personnel soignant*, Mémoire pour le certificat de capacité d'orthophoniste, Université Paris VI, 2005

de fait, notamment en faisant appel aux compétences d'orthophonistes. Cette équipe a axé ses recherches sur la façon de "mieux circonscrire les différents aspects psychosociaux des problèmes de communication tels qu'ils s'articulent dans la vie quotidienne des personnes âgées"<sup>14</sup> et a pris en compte les différentes situations de communication afin de pouvoir développer des outils et des stratégies adaptés aux besoins des personnes âgées. Ces travaux ont menés l'équipe à la conception de programmes de formation destinés aux intervenants côtoyant les personnes âgées ainsi qu'à la création et la standardisation du MECQ-LTC : Montreal Evaluation of Communication Questionnaire for use in Long Term Care<sup>15</sup>.

Différentes études notent depuis les années 80 la pauvreté de la communication dans ce type d'environnement, le contrôle par les soignants d'une communication unidirectionnelle, des actes de communication limités à la santé, une difficulté de transfert d'informations entre résidents et soignants.

D'une façon générale, il existe deux types d'actes de communication : ceux liés à la vie de l'institution (les soins, les repas, la mobilité, l'animation) et ceux plus généraux, propres à chaque personne (préférences, conversations diverses, relations sociales). Les actes de communication généraux sont les moins nombreux, les plus difficiles, et cela contribue à une perte de qualité de vie des résidents. A la lumière de ces observations, il est nécessaire de chercher comment améliorer la prise en soin en améliorant la communication soignant - soigné.

C'est dans cet esprit que le MECQ-LTC est proposé aux aides-soignants et aux infirmiers exerçant en Long Séjour.

Les objectifs du questionnaire sont les suivants :

- évaluer la fréquence d'utilisation des différents moyens de communication utilisés par le résident et l'intervenant,
- évaluer le nombre d'actes de communication réalisés par les résidents,
- déterminer le degré d'effort requis de la part de l'intervenant pour que la communication avec le résident soit efficace dans diverses situations,

---

<sup>14</sup> G.Le Dorze, M.Julien, S.Genereux, C.Larfeuil, C.Navenec, D.Laporte, C.Champagne, The development of a procedure for the evaluation of communication occurring between residents in long-term care and their caregivers, *Aphasiology*, vol.14, 2000

<sup>15</sup> Ce questionnaire est présenté en annexe

- identifier les actes de communication qui sont problématiques.

Le questionnaire est divisé en deux parties :

- la première concerne l'analyse des différents moyens de communication utilisés par le résident et l'intervenant,
- la seconde consiste en l'évaluation des actes de communication spécifiques (ceux liés aux soins personnels : corporels, nutrition, loisirs) et généraux (ceux effectués en dehors des routines de soins : émotionnels, sociaux).

#### ***IV.2. Passation du questionnaire***

Le questionnaire a concerné 38 soignants (aides-soignants et infirmiers) de deux maisons de retraite, qui ont répondu sur la communication qu'ils entretiennent avec des résidents qu'ils connaissent bien, ceux-ci présentant des pathologies telles que :

- surdité,
- démence de type Alzheimer (DTA),
- maladie de Parkinson,
- sclérose en plaques (SEP),
- sclérose latérale amyotrophique (SLA),
- aphasie, résultant d'un AVC.

Notons que l'affection du langage dans ces maladies provoque des difficultés que nous retrouvons chez des personnes dépressives, extrêmement affaiblies ou en fin de vie, avec lesquelles les comportements à adopter seront donc souvent identiques.

L'hypothèse de départ de cette étude est double :

- D'une part, montrer que les infirmiers et aides-soignants ne sont pas suffisamment formés pour appréhender de façon efficace les troubles de la communication existant en unité de long séjour.

- D'autre part, montrer que l'échange soignant - soigné est limité, le plus souvent unidirectionnel, ne permettant pas l'épanouissement personnel ni l'estime de soi (besoins fondamentaux à satisfaire selon Maslow).

### ***IV.3. Résultats de l'enquête***

Pour résumer les résultats de cette enquête, présentés succinctement en annexe, en voici les données essentielles :

#### **IV.3.1 Expression**

Les moyens de communication utilisés par les résidents en direction des soignants ont été regroupés en trois catégories.

- moyens de communication verbaux (parole, oui - non);
- moyens de communication outillés (codes, pointage);
- moyens de communication non verbaux (visage, gestes).

Les résidents utilisent essentiellement les expressions faciales et la parole.

La moitié des résidents seulement exprime son angoisse et son anxiété face à son état de santé. Très peu, voire aucun, expriment leur angoisse et leur anxiété ou leur point de vue face aux traitements ou encore s'informent au sujet de la médication. Cela dénote une certaine passivité dont on peut se demander si elle est due à la confiance dans le personnel soignant ou à leur indifférence.

En dehors de l'expression des sentiments (92%), les résidents sont peu expressifs quant aux actes de communication généraux. Le taux très faible d'expression des préférences (choix de vêtements, de loisirs...) peut en partie s'expliquer par le fait que les résidents ont rarement le choix : en institution, les possibilités de choix sont d'emblée très limitées voire inexistantes (même menu pour tous, même animation pour tous, ou aucune...).

Les soignants eux, pour transmettre un message aux résidents, utilisent tous la parole et dans 85% des cas simplifient leurs phrases, reformulent, répètent.

Par contre ils n'utilisent presque aucun autre moyen d'expression (gestes, écriture, démonstrations...).

### IV.3.2 Compréhension

Les soignants ont à leur disposition un large panel de moyens basiques pour comprendre ce que cherche à dire le résident. 1/3 seulement demandent l'aide d'une personne plus familière, étant donné qu'ils font partie de l'entourage le plus proche des résidents. Très peu (13%) cherchent d'autres moyens pour une meilleure compréhension, tels que demander au résident de répéter ou de montrer.

Ils ont peu d'efforts à fournir pour les comprendre et pour leur faire comprendre les informations. En effet, l'effort moyen de chaque item, renforcé par l'indice de confiance, est largement inférieur à 1 (qui désigne "un peu d'effort", sur une échelle de trois : « 0= pas d'effort, 2= beaucoup d'effort »), sauf en ce qui concerne la compréhension d'actes généraux ou la quantité d'effort tend à se rapprocher de 1.

Ils disent comprendre facilement mais sans doute est-ce grâce à des expressions spontanées évidentes (mouvement de douleur, cris, refus de manger...), ou encore parce qu'ils ont l'habitude d'interpréter les signaux de résidents qu'ils connaissent bien.

92% des soignants vérifient que le résident a bien compris le message et s'assurent au préalable de son attention. Cependant peu de moyens d'aides à la communication sont utilisés tels que la lecture labiale, l'écriture et le dessin, le toucher.

Les soignants estiment que les personnes âgées comprennent mieux qu'elles ne s'expriment que ce soit au niveau des actes généraux ou au niveau des actes spécifiques, sauf concernant les soins personnels où les résidents ont tendance à plus comprendre qu'ils ne s'expriment.

Cela corrobore l'hypothèse d'une communication unidirectionnelle, autrement dit, les résidents comprennent pour la plupart ce que leur disent les soignants mais ne leur transmettent guère d'informations.

Notons que le critère principal retenu par les soignants pour dire que la personne âgée a compris est l'absence de réaction ou plutôt l'absence de réaction

violente, de résistance lors des différentes situations de soins et des repas. Cela dénote encore une certaine passivité des résidents.

#### ***IV.4. Analyse statistique***

L'analyse statistique permet de noter que les résidents ont peu de moyens de communication hormis ceux qui relèvent de la communication verbale. Dans 55% des cas ils ne se servent jamais des gestes, des mouvements du corps, des vocalisations... pour s'exprimer. Dans 91% des cas, soit presque la totalité de la population du protocole, ils n'ont aucun outil de communication tels qu'un code ou un tableau de communication alors même que la pathologie dont ils sont atteints (DTA, Parkinson, SEP, SLA, aphasie, surdité) nécessite des outils spécifiques en matière de communication.

Dans leur grande majorité, les personnels soignants n'ont pas eu de formation spécifique sur la communication dans le cadre d'un vieillissement pathologique. Leur savoir se limite à parler face au patient, bien articuler, ralentir le débit, être attentif et réclamer son attention : des moyens qui relèvent du bon sens. De même lorsqu'ils se trouvent face à quelqu'un qui manifestement ne les comprend pas, ils sont amenés à lui poser des questions fermées, à lui donner des choix de réponse, à interpréter, patienter...

Par contre, les moyens utilisés pour transmettre un message - faire des gestes, faire lire le résident sur leurs lèvres, faire des démonstrations - sont rarement utilisés ; l'écriture ou le dessin, eux ne le sont jamais. Or tous ces moyens sont très importants car ils permettent de soutenir la communication.

#### ***IV.5. Conclusions de l'enquête***

En conclusion de cette étude, nous observons d'un côté, des résidents plutôt passifs qui s'expriment peu, et de l'autre des soignants qui semblent avoir peu d'efforts à fournir lors de leurs échanges avec eux.

Nous remarquons que lorsque les résidents communiquent c'est, le plus souvent, l'expression d'émotions (joie et tristesse étant les plus fréquemment citées), de douleur(s), de la faim ou de la soif ou encore l'expression de la satiété. Par contre, peu donnent leur avis ou s'informent quant aux soins de santé (traitements, médication, état de santé), aux soins personnels (changements de position, repos, hygiène habituelle personnelle), à l'expression de préférences (qu'il s'agisse de préférences liées à l'habillement, à la nutrition, à la façon dont on s'adresse à eux...).

Ainsi l'expression des résidents en Unité de Long Séjour est-elle centrée sur les besoins vitaux. De fait, les actes de communication qui sont problématiques sont ceux qui sont complexes, hors contexte, nécessitant une explication ou un développement, ceux qui peuvent difficilement être exprimés uniquement par le corps.

Les questions relatives à la compréhension sont essentiellement centrées sur la vie quotidienne : les soins de santé ou personnels, l'hygiène, sont ritualisés et ont leur place précise dans l'emploi du temps de chacun. Dès lors, la compréhension peut être qualifiée de contextuelle.

De plus, conformément au protocole canadien nous avons interrogé les personnels soignants connaissant le mieux les résidents. Cela constitue une autre explication concernant l'effort moyen : l'infirmier ou l'aide-soignant acquiert une bonne connaissance des résidents et comprend la signification de chaque geste et/ou attitude, sans avoir d'effort à fournir. Il n'en est pas de même avec un intervenant ne connaissant que peu ou pas du tout la personne qu'on lui confie.

A la lumière de ces éléments on peut donc vérifier que les échanges soignants - soignés sont limités en étendue (les sujets abordés sont très centrés sur les besoins vitaux) et en quantité (nécessité de bien connaître la personne âgée pour pouvoir interagir avec elle), le plus souvent unidirectionnels.

De plus les résultats nous donnent des indications intéressantes sur un aspect plus large de la qualité de vie en institution : en effet les questions relatives aux différentes situations de communication montrent que les loisirs et activités personnelles sont extrêmement pauvres, voire inexistantes, chez les personnes âgées concernées, et que d'une manière générale, l'expression des choix et des souhaits reste l'exception... Or ces deux aspects de leur quotidien figurent en



toutes lettres dans plusieurs chartes préalablement citées, comme droits de la personne institutionnalisée.

La question des effets du mode de communication ainsi révélé sur le comportement des résidents se pose : la passivité dont ils font preuve n'est-elle pas induite par le manque de temps qu'on leur consacre, par la ritualisation à outrance des actes de la vie quotidienne, par le fait que les mots sont souvent devenus des réactions routinières et automatiques, par l'idée que vieillir en institution implique ne plus avoir de désirs, d'envies ou de projets... sachant d'une part qu'on ne peut pas ne pas communiquer (P.Watzlawick<sup>16</sup>), et d'autre part que notre comportement répond toujours à celui de l'autre. Ceci est vrai pour tout le monde, y compris les grands déments, dont le comportement varie en fonction de l'environnement certes mais aussi en fonction de la personne qui est présente à leur côté. Et si la personne réagit en fonction du milieu, le milieu réagit aux troubles de la personne... qui y réagit à son tour. S'installe alors une boucle actions - rétroactions qui influence les comportements mais aussi l'évolution des troubles. Reconnaître cela entraîne des implications sur les méthodes de soins. L'ignorer conduit tout naturellement au pessimisme et au défaitisme.

Ce questionnaire nous a permis de faire le constat d'un échange soignant - soigné relativement pauvre, et duquel on peut déduire que pour beaucoup, une bonne communication, c'est lorsque la personne répond correctement aux injonctions... De plus, le personnel soignant ne possède effectivement pas les connaissances suffisantes et nécessaires pour appréhender les personnes âgées souffrant de troubles de la communication engendrés par une pathologie spécifique (surdité, DTA, syndrome parkinsonien, aphasie, SLA, SEP).

Pour remédier à cela et améliorer la communication dans les unités de long séjour, l'équipe canadienne propose un outil et une stratégie, simples et faciles d'utilisation, adaptés aux besoins des résidents mais aussi adaptés au rythme du travail des soignants : Le "Profil de communication"<sup>17</sup>.

---

<sup>16</sup> « le langage du changement » Paul Watzlawick, Poche, Paris 1986, 184 p.

<sup>17</sup> Présenté en annexe

Il s'agit simplement d'un tableau comportant quatre rubriques, à compléter pour chaque individu :

- Comment communique la personne âgée ?
- Comment s'adresser à elle ?
- Pour mieux la comprendre
- Habitudes à connaître pour mieux communiquer

Cependant nous ne pouvons pas nous contenter des observations ci-dessus pour dire qu'elles justifient à elles seules l'isolement social et affectif que l'on retrouve dans les maisons de retraite et autres services de long séjour.

## Conclusion et perspectives d'amélioration

La question de la motivation des personnels se pose depuis bien longtemps. Il y a une dizaine d'années, une circulaire paraissait au Bulletin Officiel (daté du 19 avril 1996, n°96/11, circulaire du 20 février 96) relative à la définition d'interventions visant à renforcer la motivation du personnel des établissements publics de santé qui travaillent auprès des personnes âgées, à valoriser ce secteur et le rendre plus attractif. Les recommandations visent à fédérer les professionnels et à les mobiliser sur le projet de vie, le projet de service ou d'établissement, le dossier de soins, mais aussi à améliorer leurs conditions de travail, leur qualification, leur formation et leurs perspectives.

Nous avons déjà évoqué en introduction les actions engagées par les pouvoirs publics pour promouvoir et valoriser les métiers gériatriques. Nous avons aussi évoqué plus haut l'intérêt de la pluridisciplinarité et celui de travailler ensemble sur des projets de soin et des projets de vie.

En ce qui concerne la formation du personnel, il est vrai que les organismes de formation en gérontologie se sont multipliés ces dernières années. Mais si l'apport théorique est réel, l'application pratique nous paraît très limitée compte tenu des problèmes rencontrés sur le terrain : lourdeur des pathologies, manque de moyens et de personnel, mauvaise organisation du travail etc. Pourtant la formation du personnel et la mise à sa disposition de moyens suffisants figurent comme un droit des personnes âgées, dans plusieurs chartes...

Nous avons nous-même fait à plusieurs reprises des actions de sensibilisation au personnel hospitalier, au sein de leur propre service, sur les gestes et comportements soignants à adopter face aux troubles de la communication. Or nous avons souvent constaté que, même si les participants étaient nombreux et intéressés, il y avait peu de réinvestissement sur le terrain et qu'ils prenaient ces formations plus comme enrichissement de leur culture personnelle que comme moyen d'améliorer la qualité de vie des malades.

Nous avons également commencé avec des aides-soignants un travail sur pictogrammes<sup>18</sup> destiné à établir pour chaque résident ses caractéristiques (port de prothèses, habitudes alimentaires, vie sociale, incapacités...). Chaque fiche donne donc de façon synthétique une connaissance minimale et nécessaire de la personne à quiconque veut ou doit la côtoyer. Les intervenants peuvent donc adapter leurs pratiques et leur comportement en fonction de ces informations. Or les premières observations que nous avons faites, nous montrent que les aides-soignants, bien que trouvant l'idée particulièrement intéressante, ne se sont pas appropriés cet outil (réalisé par les infirmiers) : ils n'ont pas complété les pictogrammes qui devaient l'être, n'ont pas initié ceux des nouveaux résidents, n'ont pas transmis à leurs collègues des autres équipes (jour, après-midi, nuit) pour qu'ils y portent leurs informations...

Nous sommes donc confrontée aux questions cruciales de l'intérêt et de la motivation des soignants en gériatrie, de leur capacité à réagir dans un secteur d'avenir qui reste pourtant à la traîne, de la valorisation de leurs compétences... Le travail en gériatrie expose les soignants à de tels conflits de valeurs qu'ils peuvent être à l'origine d'attitudes de rejet et d'indifférence peu louables : comment concilier sécurité et liberté ? Comment assurer le bien-être de tous les malades avec de moins en moins de moyens ? Comment respecter le rythme de chacun avec de telles contraintes institutionnelles ? Comment communiquer correctement avec chacun de tous les malades qui leur sont confiés ?

Il est important de citer l'existence d'une charte des professionnels en gérontologie, élaborée en 2003 par l'Institut de Gérontologie du Limousin assisté de la Fondation Nationale de Gérontologie. Cette charte affirme, notamment, le caractère impératif d'une professionnalisation des intervenants :

« Les professionnels de tous niveaux, de tous statuts, de toutes formes d'exercice de leur profession souhaitent à la fois voir connues et reconnues les contraintes particulières de leurs métiers ; pour cela, il faut «professionnaliser»,

---

<sup>18</sup> Voir annexe

certes mais aussi «qualifier», former, adapter, ajuster afin de pouvoir travailler dans le respect des principes éthiques auxquels ils sont farouchement attachés.

Ces principes peuvent se résumer dans le mot « dignité » : dignité de la personne dont on s'occupe et qui a donc le droit d'être traitée avec compétence, appétence et respect de sa condition humaine, ce qui induit de très lourdes exigences à l'égard des intervenants de toutes catégories, dignité du professionnel qui a donc le droit d'être considéré avec respect. Pour cela, il a le droit de recevoir des formations qualifiantes dans chaque profession et de maintenir à niveau cette qualification, de pouvoir sortir de sa solitude et de travailler en équipe, d'être soutenu par ses pairs et, s'il y a lieu, par son encadrement (lui-même formé à cette difficile fonction) dans l'exercice de son métier, de disposer d'outils de travail, locaux et équipements décentement adaptés.

Dans cet objectif de promouvoir le respect de la dignité des professionnels comme de ceux, vieillards fragiles et familles, qu'ils ont pour mission de soigner, d'accompagner, d'aider, l'Institut de Gérontologie du Limousin, assisté par la Fondation nationale de Gérontologie a élaboré une « Charte des professionnels en gérontologie » destinée à soutenir, justifier, consolider, d'une certaine manière, ces revendications. Cette Charte répond pour sa part à l'esprit des propositions de la Charte des Personnes Agées Dépendantes qui a largement besoin de professionnels compétents et respectés pour pouvoir être mise en oeuvre.

Le besoin de connaissance et de reconnaissance est bien commun aux personnes âgées fragilisées, handicapées ou malades et à ceux qui s'emploient à leur donner une meilleure qualité de vie le plus longtemps possible. »

Pour terminer sur le thème de notre étude, il semble essentiel de faire réfléchir les personnels sur ce qu'est pour eux la communication, sur ce qu'ils attendent des résidents qu'ils soignent et sur ce qu'ils pensent que les résidents attendent d'eux... autant de questions qui n'alimentent malheureusement pas souvent les projets de soin ou les projets de vie.

C'est pourtant, à notre avis, par ce biais que les pratiques professionnelles pourront évoluer, et c'est par une évaluation permanente – probablement insuffisante aujourd'hui - que l'on observera cette évolution.

De fait, la communication avec les vieillards est bien plus l'affaire de leur entourage que celle des personnes elles-mêmes. Et bien au delà de cet aspect de la communication, c'est simplement la place des personnes âgées dans notre société qu'il s'agit mettre à l'ordre du jour, aussi bien que la considération que l'on accorde à leurs soignants, en remettant en question le sort de la vieillesse et des vieillards, et leur exclusion.

## Bibliographie

**G.Arbez**, « Réactualiser les modes d'élaboration du projet gérontologique hospitalier », *Gestions hospitalières*, février 2005

**J.Ardoino**, *Communications et relations humaines*, Institut d'Administration des Entreprises de l'Université de Bordeaux, 1966

**J.Beaudichon**, *La communication, processus, formes et applications*, collection Cursus Psychologie, Paris, Armand Colin, 1999.

**J.Belmin, F.Amalberti, A-M.Béguin**, *L'infirmier et les soins aux personnes âgées*, Paris, Masson, 2<sup>ème</sup> édition, 2005

**R.Boudon, P .Besnard, M.Cherkaoui, B-P.Lecuyer**, *Dictionnaire de la sociologie*, Paris, Larousse, 2003

**V.Capelle**, « Une campagne pour promouvoir les métiers du grand âge », *Soins Gérontologie*, n°53, mai/juin 2005

**V.Charon, M.Mitriot**, *Soins infirmiers aux personnes âgées présentant des troubles neuropsychiatriques*, Paris, Paris Ellipses Marketing, 1998, collection Réussir le diplôme d'état d'infirmières, 176p.

**R.Cotteret, B.Orellana**, « Réactiver les cinq sens », *Les cahiers de bretonneau n°1*, Atouts Presse, Paris 2003

**B.Cyrulnik**, *Les vilains petits canards*, Paris, Ed Odile jacob, 2001

**S.Généreux, M.Julien, C.Larfeuil, V.Lavoie, O.Soucy, G.Le Dorze**, « *Using communication plans to facilitate interactions with communication-impaired persons residing in long-term care institutions* », *Aphasiology*, vol 18, 2004

**Y.Gineste, J.Pellissier**, *Humanitude, comprendre la vieillesse, prendre soin des hommes vieux*, Bibliophane/Daniel Radford, 2005

**R.Gonthier, P.Blanc**, « Qualité de vie, espérance de vie, éthique », *Soignant en gériatrie n°16*, janvier-février 2005

**H.Lecllet, C.Vilcot**, *Qualité en gérontologie : questions et outils pour agir*, La Plaine Saint Denis, AFNOR, 2003

**G.Le Dorze, M.Julien, S.Genereux, C.Larfeuil, C.Navenec, D.Laporte, C.Champagne**, *The development of a procedure for the evaluation of communication occurring between residents in long-term care and their caregivers*, *Aphasiology*, vol.14, 2000

**Le Robert**, *Dictionnaire de sociologie*, Paris, Seuil, 2000

- J-F.Malherbe**, *Enjeux de l'éthique professionnelle*, PUQ, Québec, 1996
- A.Manoukian**, *Les soignants et les personnes âgées*, 3<sup>ème</sup> édition, Rueil-Malmaison, Lamarre, 2004, collection Praticuer
- J.Mettelus**, *Voyage à travers le langage*, Isbergues, Ortho-Edition, 1998
- J.Mettelus**, Evaluation clinique du langage en gériatrie, *Actes du 10<sup>ème</sup> colloque d'étude clinique du langage en gériatrie (ARGOGE)*, Hôpital Charles Foix, 1998
- L.Mias, M.Saillant**, *Pour un art de vivre en long séjour*, Paris, Bayard, 1993
- P.Michot**, « Le sens du soin en gériatrie », *Soins Gérontologie*, n°52, mars/avril 2005
- F.Moussard**, *Evaluation de la communication entre résidents de centres de long séjour et personnel soignant*, Mémoire pour le certificat de capacité d'orthophoniste, Université Paris VI, 2005
- P.Pitaud, M.Redonnet**, « Autour du lien social, réflexion sur l'isolement et la solitude chez les âgés », *L'année gérontologique vol 18*, Paris, Serdi Edition, 2004
- B.Pottier** (collectif sous la direction de), *Le langage*, Paris, CEPL, 1973
- J.Rey-Debove, A.Rey**, *Le nouveau Petit Robert*, Paris, Société Dictionnaires LE ROBERT, 2000.
- M.B.Rosenberg**, *Les mots sont des fenêtres (ou bien ce sont des murs)*, Paris, La Découverte, 1999
- N.Sillamy**, *Dictionnaire de la psychologie*, Bordeaux, Larousse, 1995
- I.Vendeuvre**, *Le respect de la personne âgée en institution*, Soins gérontologie, 1999, n°16, p 38 à 41.



## Charte des droits et libertés des personnes âgées

- Article I - Choix de vie Toute personne âgée dépendante garde la liberté de choisir son mode de vie.
- Article II - Domicile et environnement Le lieu de vie de la personne âgée dépendante, domicile personnel ou établissement, doit être choisi par elle et adapté à ses besoins.
- Article III - Une vie sociale malgré les handicaps Toute personne âgée dépendante doit conserver la liberté de communiquer, de se déplacer et de participer à la vie de la société.
- Article IV - Présence et rôle des proches Le maintien des relations familiales et des réseaux amicaux est indispensable aux personnes âgées dépendantes.
- Article V - Patrimoine et revenus Toute personne âgée dépendante doit pouvoir garder la maîtrise de son patrimoine et de ses revenus disponibles.
- Article VI - Valorisation de l'activité Toute personne âgée dépendante doit être encouragée à garder ses activités.
- Article VII - Liberté de conscience et pratique religieuse Toute personne âgée dépendante doit pouvoir participer aux activités religieuses ou philosophiques de son choix.
- Article VIII - Préserver l'autonomie et prévenir La prévention de la dépendance est une nécessité pour l'individu qui vieillit.
- Article IX - Droit aux soins Toute personne âgée dépendante doit avoir, comme tout autre, accès aux soins qui lui sont utiles.
- Article X - Qualification des intervenants Les soins que requiert une personne âgée dépendante doivent être dispensés par des intervenants formés, en nombre suffisant.
- Article XI - Respect de fin de vie Soins et assistance doivent être procurés à la personne âgée en fin de vie et à sa famille.
- Article XII - La recherche : une priorité et un devoir La recherche multidisciplinaire sur le vieillissement et la dépendance est une priorité.
- Article XIII - Exercice des droits et protection juridique de la personne Toute personne en situation de dépendance doit voir protégés, non seulement ses biens, mais aussi sa personne.
- Article XIV - L'information, meilleur moyen de lutte contre l'exclusion L'ensemble de la population doit être informé des difficultés qu'éprouvent les personnes âgées dépendantes.

## **Charte des personnes âgées dépendantes en institution**

- 1.** Tout résidant doit bénéficier des dispositions de la Charte des droits et libertés des personnes âgées dépendantes.
- 2.** Nul ne peut être admis en institution sans une information et un dialogue préalables et sans son accord.
- 3.** Comme pour tout citoyen adulte, la dignité, l'identité et la vie privée du résident doivent être respectées.
- 4.** Le résident a le droit d'exprimer ses choix et ses souhaits.
- 5.** L'institution devient le domicile du résident, il doit y disposer d'un espace personnel.
- 6.** L'institution est au service du résident. Elle s'efforce de répondre à ses besoins et de satisfaire ses désirs.
- 7.** L'institution encourage les initiatives du résident. Elle favorise les activités individuelles et développe les activités collectives (intérieures ou extérieures) dans /e cadre d'un projet de vie.
- 8.** L'institution doit assurer les soins infirmiers et médicaux les plus adaptés à l'état de santé du résident. S'il est nécessaire de donner des soins à l'extérieur de l'établissement, le résident doit en être préalablement informé.
- 9.** L'institution accueille la famille, les amis, les bénévoles et les associe à ses activités. Cette volonté d'ouverture doit se concrétiser par des lieux de rencontre, des horaires de visites souples, des possibilités d'accueil pour quelques jours et par des réunions périodiques avec tous les intervenants.
- 10.** Après une absence transitoire (hospitalisation, vacances, etc.), le résident doit retrouver sa place dans l'institution.
- 11.** Tout résident doit disposer de ressources personnelles. Il peut notamment utiliser librement la part de son revenu qui reste disponible.
- 12.** Le droit à la parole est fondamental pour les résidents.

# **Charte des droits et libertés de la personne accueillie**

## **(en maison de retraite)**

### **Article 1er : Principe de non-discrimination**

Dans le respect des conditions particulières de prise en charge et d'accompagnement, prévues par la loi, nul ne peut faire l'objet d'une discrimination à raison de son origine, notamment ethnique ou sociale, de son apparence physique, de ses caractéristiques génétiques, de son orientation sexuelle, de son handicap, de son âge, de ses opinions et convictions, notamment politiques ou religieuses, lors d'une prise en charge ou d'un accompagnement, social ou médico-social.

### **Article 2 : Droit à une prise en charge ou à un accompagnement adapté**

La personne doit se voir proposer une prise en charge ou un accompagnement, individualisé et le plus adapté possible à ses besoins, dans la continuité des interventions.

### **Article 3 : Droit à l'information**

La personne bénéficiaire de prestations ou de services a droit à une information claire, compréhensible et adaptée sur la prise en charge et l'accompagnement demandés ou dont elle bénéficie ainsi que sur ses droits et sur l'organisation et le fonctionnement de l'établissement, du service ou de la forme de prise en charge ou d'accompagnement. La personne doit également être informée sur les associations d'usagers œuvrant dans le même domaine. La personne a accès aux informations la concernant dans les conditions prévues par la loi ou la réglementation. La communication de ces informations ou documents par les personnes habilitées à les communiquer en vertu de la loi s'effectue avec un accompagnement adapté de nature psychologique, médicale, thérapeutique ou socio-éducative.

### **Article 4 : Principe du libre choix, du consentement éclairé et de la participation de la personne**

Dans le respect des dispositions légales, des décisions de justice ou des mesures de protection judiciaire ainsi que des décisions d'orientation :

1° La personne dispose du libre choix entre les prestations adaptées qui lui sont offertes soit dans le cadre d'un service à son domicile, soit dans le cadre de son admission dans un établissement ou service, soit dans le cadre de tout mode d'accompagnement ou de prise en charge ;

2° Le consentement éclairé de la personne doit être recherché en l'informant, par tous les moyens adaptés à sa situation, des conditions et conséquences de la prise en charge et de l'accompagnement et en veillant à sa compréhension.

3° Le droit à la participation directe, ou avec l'aide de son représentant légal, à la conception et à la mise en œuvre du projet d'accueil et d'accompagnement qui la concerne lui est garanti.

Lorsque l'expression par la personne d'un choix ou d'un consentement éclairé n'est pas possible en raison de son jeune âge, ce choix ou ce consentement est exercé par la famille ou le représentant légal auprès de l'établissement, du service ou dans le cadre des autres formes de prise en charge et d'accompagnement. Ce choix ou ce consentement est également effectué par le représentant légal lorsque l'état de la personne ne lui permet pas de l'exercer directement. Pour ce qui concerne les prestations de soins délivrées par les établissements ou services médico-sociaux, la personne bénéficie des conditions d'expression et de représentation qui figurent au code de la santé publique. La personne peut être accompagnée de la personne de son choix lors des démarches nécessitées par la prise en charge ou l'accompagnement.

### **Article 5 : Droit à la renonciation**

La personne peut à tout moment renoncer par écrit aux prestations dont elle bénéficie ou en demander le changement dans les conditions de capacités, d'écoute et d'expression ainsi que de communication prévues par la présente charte, dans le respect des décisions de justice ou mesures de protection judiciaire, des décisions d'orientation et des procédures de révision existantes en ces domaines.

## **Article 6 : Droit au respect des liens familiaux**

La prise en charge ou l'accompagnement doit favoriser le maintien des liens familiaux et tendre à éviter la séparation des familles ou des fratries prises en charge, dans le respect des souhaits de la personne, de la nature de la prestation dont elle bénéficie et des décisions de justice. En particulier, les établissements et les services assurant l'accueil et la prise en charge ou l'accompagnement des mineurs, des jeunes majeurs ou des personnes et familles en difficultés ou en situation de détresse prennent, en relation avec les autorités publiques compétentes et les autres intervenants, toute mesure utile à cette fin.

Dans le respect du projet d'accueil et d'accompagnement individualisé et du souhait de la personne, la participation de la famille aux activités de la vie quotidienne est favorisée.

## **Article 7 : Droit à la protection**

Il est garanti à la personne comme à ses représentants légaux et à sa famille, par l'ensemble des personnels ou personnes réalisant une prise en charge ou un accompagnement, le respect de la confidentialité des informations la concernant dans le cadre des lois existantes. Il lui est également garanti le droit à la protection, le droit à la sécurité, y compris sanitaire et alimentaire, le droit à la santé et aux soins, le droit à un suivi médical adapté.

## **Article 8 : Droit à l'autonomie**

Dans les limites définies dans le cadre de la réalisation de sa prise en charge ou de son accompagnement et sous réserve des décisions de justice, des obligations contractuelles ou liées à la prestation dont elle bénéficie et des mesures de tutelle ou de curatelle renforcée, il est garanti à la personne la possibilité de circuler librement. A cet égard, les relations avec la société, les visites dans l'institution, à l'extérieur de celle-ci, sont favorisées. Dans les mêmes limites et sous les mêmes réserves, la personne résidente peut, pendant la durée de son séjour, conserver des biens, effets et objets personnels et, lorsqu'elle est majeure, disposer de son patrimoine et de ses revenus.

## **Article 9 : Principe de prévention et de soutien**

Les conséquences affectives et sociales qui peuvent résulter de la prise en charge ou de l'accompagnement doivent être prises en considération. Il doit en être tenu compte dans les objectifs individuels de prise en charge et d'accompagnement. Le rôle des familles, des représentants légaux ou des proches qui entourent de leurs soins la personne accueillie doit être facilité avec son accord par l'institution, dans le respect du projet d'accueil et d'accompagnement individualisé et des décisions de justice. Les moments de fin de vie doivent faire l'objet de soins, d'assistance et de soutien adaptés dans le respect des pratiques religieuses ou confessionnelles et convictions tant de la personne que de ses proches ou représentants.

## **Article 10 : Droit à l'exercice des droits civiques attribués à la personne accueillie**

L'exercice effectif de la totalité des droits civiques attribués aux personnes accueillies et des libertés individuelles est facilité par l'institution, qui prend à cet effet toutes mesures utiles dans le respect, si nécessaire, des décisions de justice.

## **Article 11 : Droit à la pratique religieuse**

Les conditions de la pratique religieuse, y compris la visite de représentants des différentes confessions, doivent être facilitées, sans que celles-ci puissent faire obstacle aux missions des établissements ou services. Les personnels et les bénéficiaires s'obligent à un respect mutuel des croyances, convictions et opinions. Ce droit à la pratique religieuse s'exerce dans le respect de la liberté d'autrui et sous réserve que son exercice ne trouble pas le fonctionnement normal des établissements et services.

## **Article 12 : Respect de la dignité de la personne et de son intimité**

Le respect de la dignité et de l'intégrité de la personne est garanti. Hors la nécessité exclusive et objective de la réalisation de la prise en charge ou de l'accompagnement, le droit à l'intimité doit être préservé.

# Charte Européenne des Droits et Libertés des Personnes Âgées en Institution

## **TITRE I QUALITE DE VIE**

1. Nous nous attachons à développer une politique de qualité de vie en institution, à veiller en permanence à l'améliorer et à réduire les inévitables contraintes d'une vie en collectivité.
2. Nous nous engageons à préserver l'autonomie de la Personne Agée, à favoriser l'expression de son libre-arbitre, à lui donner les moyens d'exprimer sa capacité et sa liberté de choix.
3. Nous lui reconnaissons le droit au domicile et nous veillons à ce que le choix de vie dans un lieu institutionnel lui préserve les mêmes garanties qu'un domicile privé.
4. Nous nous engageons à ce que soit respecté le droit à l'intimité qu'elle puisse jouir en toute sécurité d'un espace personnel qu'elle puisse en limiter l'accès.
5. Nous lui reconnaissons le droit à la propriété de ses affaires personnelles. quel que soit le niveau de son handicap.
6. Nous lui reconnaissons le droit au risque, la possibilité de prendre les responsabilités de son choix et de les assumer quel que soit son degré de handicap. Nous devons veiller en permanence à ne pas sous-estimer les potentialités de la Personne Agée, même dépendante.
7. Nous nous engageons à reconnaître et à maintenir le rôle social de la Personne Agée, en favorisant les liens avec entourage, famille, amis et extérieur, en multipliant les ouvertures et les échanges, en lui facilitant l'accessibilité aux services extérieurs et en lui proposant des activités stimulantes et adaptées.
8. Nous nous engageons à offrir aux Personnes Agées et à leurs familles des possibilités d'expression et de prise de responsabilité au sein de nos Institutions.
9. En tant qu'individu appartenant à une collectivité et à une communauté, l'expression et la mise en oeuvre des Droits et Libertés de la Personne Agée ne sont limitées que par le respect de l'exercice de ces mêmes droits par les autres.

## **TITRE II ADAPTATION PERMANENTE DES SERVICES**

1. Nous nous attachons à ce que les politiques institutionnelles offrent des réponses graduées et évolutives aux désirs et besoins des Personnes Agées, en fonction de leur état de santé et de leur attentes, afin de favoriser en permanence leur autonomie.
2. Nous considérons l'institution comme un ensemble de services variés et différenciés, proposés à la Personne Agée, dont elle peut disposer selon son libre choix, de l'intérieur comme de l'extérieur de l'Institution.
3. Nous nous engageons à ce que cette offre de services soit la plus complète possible et jamais irréversible.
4. Nous nous engageons à évaluer et contrôler fréquemment la qualité des services proposés pour les adapter en permanence aux besoins et désirs que les Personnes Agées auront exprimés.
5. Nous nous engageons à fournir à la Personne Agée une information claire et objective sur les offres de services à l'intérieur comme à l'extérieur de l'Établissement et formulons le voeu que l'ensemble des services et des aides aux Personnes Agées soit clarifié, centralisé, coordonné et accessible à la Personne Agée.
6. Nous nous engageons à élaborer dans nos différents pays, des contrats de séjours, conformes aux principes énoncés dans la Charte et intégrés dans l'ordre communautaire, sur lesquels les Etablissements et les Personnes Agées s'engageront réciproquement.

### **TITRE III ACCESSIBILITE AUX SOINS**

1. *Nous considérons* que la prise en charge d'une Personne Agée est une prise en charge globale dépassant le seul problème médical et qu'une réponse globale de santé doit lui être assurée sans discrimination.
2. *Nous nous engageons* à garantir à la Personne Agée en institution l'accessibilité à des soins de qualité adaptés en permanence à son état de santé, sans discrimination de domicile.
3. *Nous nous attachons* à ce que la Personne Agée puisse disposer d'un encadrement social, médical et paramédical compétent et formé aux problèmes gérontologiques du vieillissement et du handicap.
4. *Nous formulons le vœu* que l'accent soit mis dans tous les pays sur les politiques de formation de tous les intervenants auprès des Personnes Agées; que les profils d'emploi auprès de Personnes Agées soient revus et améliorés, que de nouvelles compétences professionnelles soient reconnues.
5. *Nous nous engageons* à favoriser toutes les possibilités de formation de l'ensemble de nos personnels et à contribuer, à un niveau européen, à une harmonisation des formations et des niveaux de qualification.
6. *Nous formulons le vœu* que le métier de Directeur d'Etablissement ou de Services auprès des Personnes Agées puisse bénéficier également d'une harmonisation de formation et de niveau, et soit valorisé dans l'espace social européen.

### **TITRE IV LA SOUPLESSE DES FINANCEMENTS**

1. *Nous exprimons notre attachement* à ce qu'une politique gérontologique de qualité puisse être offerte à l'ensemble de la population sans discrimination de ressources.
2. *Nous formulons le vœu* que le coût des services proposés reste accessible aux Personnes Agées et qu'elles puissent en bénéficier en fonction de leur état et de leurs désirs.
3. *Nous exprimons notre attachement* à ce que la Personne Agée dispose de ressources décentes et suffisantes, quel que soit son niveau d'autonomie et qu'elle puisse les gérer aussi longtemps que possible.
4. *Nous formulons le vœu* qu'il existe une réelle contribution sociale au financement de l'aide à la personne, sans discrimination de nature ou de destination de l'aide.
5. *Nous considérons* que la politique gérontologique dans tous les pays d'Europe est source importante d'activité économique et d'emplois, porteuse d'avenir et doit être à la hauteur de notre civilisation et de notre progrès.
6. *Nous nous attachons* à ce que la politique d'aide à la Personne Agée ou Handicapée soit simplifiée, centralisée et coordonnée.
7. *Nous nous engageons* à lutter contre les démembrements de forces institutionnelles ou les cloisonnements administratifs qui entraînent des inégalités dans la prise en charge de la Personne Agée.
8. *Nous formulons le vœu* que les financements s'adaptent en permanence à l'évolution et à l'innovation des services.
9. *Nous nous engageons* à être des acteurs de gérontologie responsables, à participer à l'effort collectif de maîtrise des dépenses publiques, sans jamais renoncer à la qualité d'une politique gérontologique européenne et à son amélioration permanente.

## Principes Des Nations Unies Pour les Personnes âgées

### « Pour aider les personnes âgées à mieux vivre les années gagnées »

#### **Indépendance**

1. Les personnes âgées devraient avoir accès, en suffisance, aux vivres, à l'eau, au logement, aux vêtements et aux soins de santé grâce à leur revenu, au soutien des familles et de la communauté, et à l'auto-assistance.
2. Les personnes âgées devraient avoir la possibilité de travailler ou d'avoir accès à d'autres sources de revenus.
3. Les personnes âgées devraient pouvoir prendre part à la décision qui détermine à quel moment et à quel rythme elles se retireront de la vie active.
4. Les personnes âgées devraient avoir accès à des programmes appropriés d'enseignement et de formation.
5. Les personnes âgées devraient pouvoir vivre dans des environnements sûrs qui puissent s'adapter à leurs préférences personnelles et à la modification de leurs capacités.
6. Les personnes âgées devraient pouvoir vivre au foyer aussi longtemps que possible.

#### **Participation**

7. Les personnes âgées devraient rester intégrées dans la société, devraient participer activement à la définition et à l'application des politiques qui touchent directement leur bien-être, et devraient partager leurs connaissances et leur savoir-faire avec les jeunes générations.
8. Les personnes âgées devraient être en mesure de rechercher et de faire fructifier les possibilités de rendre service à la collectivité, et d'offrir bénévolement leurs services, conformément à leurs intérêts et à leurs capacités.
9. Les personnes âgées devraient pouvoir se constituer en mouvements ou en associations de personnes âgées. Soins
10. Les personnes âgées devraient bénéficier des soins et de la protection des familles et de la collectivité dans le respect du système de valeurs culturelles de chaque société.
11. Les personnes âgées devraient avoir accès à des soins de santé qui les aident à conserver ou à retrouver un niveau de bien-être physique, mental et émotionnel optimal et qui servent à prévenir ou à retarder l'arrivée de la maladie.
12. Les personnes âgées devraient avoir accès à des services sociaux et juridiques capables de renforcer leur capacité d'autonomie, de les protéger et de les soigner.
13. Les personnes âgées devraient avoir accès à des services hospitaliers capables d'assurer leur protection, leur réadaptation et leur stimulation sociale et mentale dans un environnement humain et sûr.
14. Les personnes âgées devraient pouvoir jouir des droits de l'homme et des libertés fondamentales lorsqu'elles sont en résidence dans un foyer ou dans un établissement de soins ou de traitement; il convient, en particulier, de respecter pleinement leur dignité, leurs croyances, leurs besoins et leur droit à la vie privée et celui de prendre des décisions en matière de soins et à propos de la qualité de leur vie.

#### **Épanouissement personnel**

15. Les personnes âgées devraient avoir la possibilité d'assurer le plein épanouissement de leurs possibilités.
16. Les personnes âgées devraient avoir accès aux ressources de la société sur les plans éducatif, culturel, spirituel et en matière de loisirs.

#### **Dignité**

17. Les personnes âgées devraient avoir la possibilité de vivre dans la dignité et la sécurité sans être exploitées ni soumises à des sévices physiques ou mentaux.
18. Les personnes âgées devraient être traitées avec justice quels que soient leur âge, leur sexe, leur race ou leur origine ethnique, leurs handicaps ou autres caractéristiques, et être appréciées indépendamment de leur contribution économique

## Charte des professionnels en gérontologie

### **Article 1**

Le développement de la gérontologie demande que soient définis et actualisés ses métiers et ses fonctions et que soient précisés les profils de poste correspondants.

### **Article 2**

Les profils de poste doivent tenir compte de la formation initiale, de la qualification et de l'expérience, validées par des diplômes ou des reconnaissances statutaires.

### **Article 3**

Il est indispensable d'harmoniser les statuts et les contrats, à fonctions, compétences et conditions d'exercice comparables.

### **Article 4**

Les déroulements de carrière doivent pouvoir s'appuyer sur un égal accès à une formation adaptée, évolutive et planifiée.

### **Article 5**

Les personnels d'encadrement, et ceux chargés d'une mission de tutorat, doivent être sensibilisés et formés à leur fonction pédagogique.

### **Article 6**

Une période d'adaptation accompagnée s'avère nécessaire pour les nouveaux personnels ; c'est une des responsabilités essentielles du tuteur.

### **Article 7**

La confrontation quotidienne à la chronicité, à la perte de l'élan vital, à l'approche de la mort..., confère au travail gérontologique une difficulté qui doit être reconnue, et une exigence spécifique qui mérite d'être valorisée.

### **Article 8**

Un soutien psychologique, pour faire face aux difficultés et au risque d'épuisement professionnel est à généraliser auprès de tous les personnels.

### **Article 9**

Des méthodes validées d'évaluation de la charge de travail dans les structures gérontologiques doivent être utilisées afin de définir les effectifs nécessaires à un fonctionnement de qualité.

### **Article 10**

Le cadre de vie des personnes âgées, tout en répondant à leurs désirs, à leurs besoins et aux contraintes de la dépendance physique et intellectuelle, doit aussi permettre de faciliter l'intervention des professionnels.

### **Article 11**

L'application de la réglementation, notamment en matière architecturale, est une première étape pour sécuriser, moderniser et rendre évolutifs les établissements.



**Article 12**

Faciliter les échanges d'informations entre intervenants améliore la connaissance réciproque du champ d'intervention de chacun, ainsi que la reconnaissance mutuelle.

**Article 13**

La qualité du travail passe par un projet d'aide élaboré, connu et partagé par tous les intervenants professionnels, négocié avec la personne aidée et son entourage. Cette activité de coordination, garante de qualité, doit être reconnue et rémunérée comme un acte professionnel à part entière.

**Article 15**

Il faut affirmer la prépondérance des valeurs humanistes, aussi bien dans la conception des métiers que dans leurs pratiques.

**Article 16**

Les contraintes (horaires, pénibilité, astreintes...) inhérentes au travail gérontologique doivent être compensées par une organisation du travail optimale et concertée.

**Article 17**

Pour garantir la qualité et permettre son évolution, le secteur gérontologique doit recruter durablement des personnels compétents. Pour y parvenir, il doit offrir des perspectives professionnelles motivantes.

**Article 18**

La recherche – dans tous les domaines de la gérontologie (social, médical, psychique, sociologique...) – doit être communiquée aux acteurs et valorisée auprès des décideurs.

**Article 19**

Un effort particulier d'information du public sera poursuivi afin de mieux faire connaître les spécificités du travail gérontologique, aussi bien pour en améliorer l'image que pour susciter des candidatures et soutenir la motivation des professionnels.

**Article 20**

Si les professionnels doivent impérativement bénéficier de moyens, de respect et de reconnaissance, ils doivent tout autant être garants de la qualité exigée par le travail auprès de personnes vulnérables.

## Questionnaire d'évaluation de la communication entre intervenants et résidents en centre de Soins de Longue Durée

### *Consigne générale :*

Je vais vous poser des questions au sujet de Madame/Monsieur \_\_\_\_\_ afin d'évaluer comment vous communiquez ensemble et d'identifier les situations difficiles. Il s'agit pour vous de répondre en fonction de ce que vous connaissez et des situations que vous avez vécues ensemble. Il est possible que certaines situations ne se soient jamais présentées, mais répondez simplement au meilleur de votre connaissance.

Je précise que ce que nous voulons évaluer, c'est la communication du résident et que nous ne voulons pas vous juger personnellement en tant qu'intervenant.

### Partie 1 :

Evaluation des moyens de communication utilisés par le résident et l'intervenant.

### Partie 2 :

Evaluation des actes de communication spécifiques et généraux.

Nous allons analyser diverses situations de communication qui peuvent se présenter dans la vie quotidienne, entre vous et Madame/Monsieur \_\_\_\_\_. Pour chaque situation je vais vous demander si le résident parvient à s'exprimer ou à comprendre. Je vais aussi vous demander d'évaluer la quantité d'efforts que vous devez faire pour comprendre Madame/Monsieur \_\_\_\_\_ ou lui faire comprendre quelque chose, quelque soit le moyen utilisé. Nous examinerons d'abord des situations de communication spécifiques telles que celles liées aux soins personnels, et ensuite nous examinerons des situations plus générales.

### *Echelle de réponse*

Non le résident ne le fait pas (il est autonome, cela est impossible pour lui, je ne sais pas etc.)

Oui et généralement je le comprends/je lui fais comprendre *sans effort* (0)

Oui mais généralement je dois faire *un peu d'effort* pour le comprendre/lui faire comprendre (1)

Oui mais généralement je dois faire *beaucoup d'effort* pour le comprendre/lui faire comprendre (2)