

Le mot de la coordinatrice

Au sommaire de ce numéro, la 3^{ème} et dernière partie de notre dossier "Démence et maltraitance".

Nous avons fait le choix de présenter 3 philosophies de soins - toutes ont pour but de nous aider à Être avec la personne âgée démente, cet Autre semblable mais devenu si différent.

Véronique Ginisty-Izoard à l'issue de son stage a bien voulu partager ses pratiques de médiation artistique au sein d'un article et nous l'en remercions.

Nous souhaitons développer une rubrique "partage d'initiatives", aussi n'hésitez pas à nous faire part des vôtres.

Sabrina Loison
 Coordinatrice RhônALMA

N'hésitez pas à nous faire part de vos réflexions, réactions à nos articles sur notre email :

rhonalma@gmail.com

Sommaire

Démence et maltraitance - 3^{ème} partie

I/ Les moyens de prévention dans le savoir être p. 2

- La validation de Naomi Feil
- La philosophie de l'Humanitude ©
- L'approche Carpe Diem
- Points de convergence de ces 3 philosophies de soin

II/ Les moyens de prévention dans le savoir faire p. 7

- Maintenir la relation et la communication avec la personne âgée démente
- Construire un projet d'accompagnement
- Informier, former et soutenir les aidants naturels et professionnels

 **Démence et médiation artistique** p. 11

 **Agenda** p. 13

Sont parus...

- ★ **(art.) Soigner des patients déments, un défi à relever ?** PEDRA Maryse - Revue : SOINS GERONTOLOGIE, Janv-Fev 2011, n° 87, p. 22.
- ★ **(art.) Quels destins possibles pour la bientraitance ?** CASAGRANDE A.- Revue : CAHIERS DE LA FNADEPA, Déc. 2010, n° 112, pp. 31 / 34.
- ★ Rapport de l'ANESM sur **la qualité de vie en Ehpad**, mars 11
http://www.anesm.sante.gouv.fr/spip466a.html?page=news&id_article=468

Si vous désirez figurer dans la liste de diffusion électronique de ce journal, contactez-nous au 04.72.61.87.12 ou à rhonalma@gmail.com

Responsable de la publication : F. CATTENAT
 Responsable de la rédaction : S. LOISON
 Rédacteurs : Elisabeth, Frédérique, Sabrina

Merci aux personnes qui ont accepté de participer à l'élaboration de ce bulletin ;
 Merci à tous les bénévoles qui s'impliquent avec dynamisme au sein de RhônALMA ;
 Merci à ALMA France, Merci à l'ensemble de nos partenaires financiers,
 Pardon à ceux que nous aurions oubliés.

Démence et maltraitance

Part. 3

«Prendre soin, c'est percevoir pour celui qui souffre, qu'il est quelqu'un pour celui qui soigne »

Pr Didier Sicard, 2001

3) Démence : les moyens de prévention de la maltraitance

1/ Les moyens de prévention dans le savoir être

« Toute pratique soignante professionnelle s'inscrit normalement dans le cadre d'une philosophie de soins (réflexion sur le prendre-soin, sur l'être humain dont on prend soin, sur l'environnement dans lequel il vit, sur les questions de santé qui l'amènent à être en relation avec le soignant) et d'un modèle de soins (représentation de ce qu'est et devrait être, [...] la profession à laquelle appartient le soignant). »¹

Interroger les philosophies de soins, c'est s'interroger sur le sens et la légitimité des pratiques.

Aujourd'hui, différentes philosophies de soins sont proposées dans l'accompagnement des personnes âgées atteintes de démence.

Ne pouvant faire un tour d'horizon complet de tout ce qui existe, nous avons choisi de présenter succinctement trois de ces philosophies de soins afin d'en dégager les aspects communs.

a. LA VALIDATION de Naomi FEIL²

La Validation, élaborée par Naomi FEIL, se veut une approche humaniste et globale de la personne, permettant d'instaurer et de maintenir la communication avec des personnes très âgées, désorientées et chez lesquelles a été diagnostiquée une démence de type Alzheimer.

Selon Naomi Feil, Valider une personne, c'est reconnaître les émotions et les sentiments de cette personne ; c'est lui dire que ses sentiments sont réels, véritables. Ne pas reconnaître ses émotions reviendrait à nier la personne.

¹ Jérôme Pellissier, Réflexions sur les philosophies de soins, www.jerpel.fr

² www.vvalidation.fr

La Validation repose sur 10 principes et valeurs fondamentales³ :

1. Chaque personne est unique et doit être traitée en tant qu'individu.
2. Chaque personne est importante, qu'elle soit ou non Malorientée.
3. Il y a toujours une raison derrière le comportement des personnes Malorientées.
4. Le comportement du très grand âge n'est pas seulement lié aux modifications anatomiques dans le cerveau ; mais il reflète l'ensemble des changements physiques, sociaux et psychologiques qui ont existé au cours de la vie toute entière.
5. On ne peut obliger une personne très âgée à changer de comportement. Les comportements ne peuvent changer que si l'intéressé le veut.
6. Les personnes très âgées doivent être acceptées sans jugement.
7. Des tâches sont associées à chaque étape de l'existence. Le non-accomplissement d'une tâche à l'époque correspondante de la vie, peut entraîner des problèmes psychologiques.
8. Quand la mémoire des faits récents est défaillante, les adultes âgés essaient de rééquilibrer leur vécu en se retirant dans leurs souvenirs anciens. [...]
9. Les sentiments douloureux diminuent s'ils sont exprimés, reconnus, et Validés par une personne de confiance qui sait écouter. Ignorés ou niés, ces mêmes sentiments douloureux augmentent.
10. L'empathie crée la confiance, réduit l'anxiété, et restaure la dignité.

b. La philosophie de soin de l'HUMANITUDE[®] / Y. Gineste & R.Marescotti⁴

Le mot « humanitude » est apparu pour la première fois sous la plume d'un écrivain suisse, Freddy Klopfenstein, en 1980.

Plus tard, Albert Jacquard, reprend ce terme. Pour lui, l'humanitude, c'est "les cadeaux que les hommes se sont faits les uns aux autres depuis qu'ils ont conscience d'être, et qu'ils peuvent se faire encore (...)" Ces cadeaux constituent " l'ensemble des caractéristiques dont, à bon droit, nous sommes si fiers, marcher sur deux jambes ou parler, transformer le monde ou nous interroger sur notre avenir ... "

Dès 1989, un gériatre français, Lucien Mias⁵, introduit pour la première fois le terme d'humanitude dans les soins.

³ Naomi Feil, Validation mode d'emploi – Techniques élémentaires de communication avec les personnes atteintes de démence sénile de type Alzheimer, Ed. Pradel, 1997

⁴ Yves Gineste et Rosette Marescotti, CEC/IGM-France, <http://www.cec-formation.net>

⁵ Dr Lucien Mias, <http://papidoc.chic-cm.fr/>

Enfin, en 1995, Rosette Marescotti et Yves Gineste développent une nouvelle philosophie de soins qu'ils baptisent la « philosophie de l'humanité » ; elle constitue une réflexion :

- sur les caractéristiques que les hommes possèdent et développent en lien les uns avec les autres,
- sur les éléments qui font que chaque homme peut reconnaître les autres hommes comme des semblables.

"L'humanité est l'ensemble des particularités qui permettent à un homme de se reconnaître dans son espèce, l'Humanité. Ou alors...

L'humanité est l'ensemble des particularités qui permettent à un homme de reconnaître un autre homme comme faisant partie de l'Humanité ..."

L'humanité est l'ensemble de ces particularités :

- le regard,
- le toucher,
- la parole,
- la verticalité,

mais aussi : le rire, l'humour, l'intelligence conceptuelle, la socialisation, etc...

La relation soignant-soigné actualise concrètement, dans les soins, ces liens d'humanité qui nous relient les uns aux autres.

Y. Gineste et J. Pellissier en rappellent quelques principes fondamentaux, non spécifiques à la philosophie de l'humanité :⁶

- le principe de protection de la vie ;
- le principe de respect de l'autonomie et de la liberté individuelle ;
- le principe du respect de la qualité de vie ;
- le principe d'ajustement à la personne ;
- le principe de loyauté dans la relation ;
- le principe de justice et d'équité.

c. L'approche CARPE DIEM (Québec)/ Nicole Poirier⁷

La philosophie « Carpe Diem » accorde la priorité à la relation humaine, à l'écoute des personnes et la compréhension des besoins de chacun.

Cette conception de l'accompagnement, inspirée de la psychologie humaniste, se base sur le respect de la personne à travers les relations humaines : respect des capacités, du rythme d'accomplissement, des limites, de la réalité de l'autre et de sa dignité.

⁶ Yves Gineste & Jérôme Pellissier, Humanitude – Comprendre la vieillesse, prendre soin des hommes vieux, Bibliophane – Daniel Radford, 2005, p. 244-249

⁷ <http://www.alzmauricie.org>

Voici quelques uns des grands principes qui soutiennent l'approche Carpe Diem :

- La personne est considérée avant sa maladie.
- Les accompagnements ne sont pas orientés sur les déficits mais sur les ressources et les capacités des gens.
- Tous les comportements ont un sens et constituent un message qui nous est adressé et que nous nous efforçons de comprendre.
- C'est à nous, comme intervenants, de trouver les voies d'accès à l'univers de l'autre, et non pas à la personne atteinte d'arriver à comprendre notre réalité.
- La structure et les services s'ajustent à la personne et à ses besoins, et non l'inverse, d'où la variété des réponses que nous apportons.
- La médication n'est pas utilisée comme un moyen de contrôle des comportements et ne sert pas à remplacer des accompagnements humains ou à combler des lacunes organisationnelles.
- Les étiquettes sont invalidantes : elles autorisent implicitement à transposer la totalité du problème ou du comportement sur la personne et son état. Dépassant ces étiquettes, nous nous questionnons sur notre rôle et notre part de responsabilité lors des comportements difficiles.

La philosophie « Carpe Diem » ne débouche pas sur une méthode et des savoirs techniques mais sous-tend et influence toutes les actions, les façons de voir, les attitudes et même le vocabulaire utilisé.

« La clé, c'est l'orientation du regard. La pratique en découle tout naturellement. »⁸

d. Points de convergences de ces trois philosophies de soins

Une trame commune à ces 3 philosophies semble émerger : la notion de respect dans son acception Kantienne, c'est-à-dire reconnaître en l'autre cette même humanité qui réside en moi⁹.

Ainsi, N. Feil met l'accent sur le fait que la personne, même démente, doit être considérée comme un individu unique, singulier et important.

Y. Gineste et R. Marescotti, quant à eux, insistent sur l'ensemble des particularités qui permettent à un homme de se reconnaître dans son espèce, l'Humanité - ou encore sur l'ensemble des particularités qui permettent à un homme de reconnaître un autre homme comme faisant partie de l'Humanité.

Enfin, Nicole Poirier parle de la considération portée à la personne en tant qu'individu, au delà de sa maladie.

De cette notion de respect comme reconnaissance de l'humanité en l'autre, découle un certain nombre d'autres valeurs prônées par ces trois philosophies : l'acceptation de la personne, telle qu'elle

⁸ Art. "L'approche Carpe Diem", Guy Bilodeau in FNADEPA n°112 – Déc.2010, p. 10-15

⁹ cf. RhônALMA Info n°8, 9 et 10

est, et de ses comportements – sous-tendant le non jugement et le fait que nous n'avons pas à changer la personne.

Enfin, une autre trame apparaît commune à ces approches : le « pari du sens », notion que l'on retrouve également chez Louis Ploton et Nathalie Rigaux.

Le « pari du sens », c'est faire le pari qu'il y a un sens derrière le comportement des personnes âgées démentes.

Même si notre savoir, notre expérience professionnelle, notre bonne volonté ne suffisent pas à comprendre tous les messages que nous envoie la personne âgée démente, cela ne veut pas dire pour autant que ce qu'elle exprime par ses comportements n'a aucune signification : c'est plutôt que nous n'avons pas accès à son langage.

Par conséquent, il faut opter pour le « pari du sens » : plutôt que de penser que le comportement de la personne âgée démente n'a aucun sens ni aucune volonté intérieure, il s'agit de faire l'hypothèse d'un message qui a un sens, mais qui ne nous est pas directement accessible.

Le pari du sens consiste à proposer des sens dont nous ne sommes pas sûrs qu'ils soient vrais mais que nous pensons utiles :

- pour la personne âgée elle-même et pour son accompagnement (notamment parce que cela resitue la personne comme sujet),
- pour les soignants (réintroduire du sens, de la pensée).

L'important, ce n'est pas ce qu'il faut faire mais ce que nous pensons : le « pari du sens » peut tout changer parce qu'il change notre propre perception de la personne, nos propres comportements et notre langage à l'égard de la personne démente. Il modifie donc la relation.

L'authenticité et la congruence¹⁰, c'est-à-dire la concordance entre ce que l'aidant ressent au plus profond de lui-même, ce dont il est conscient et ce qu'il montre au malade, sont ici fondamentales.

3.2. Les moyens de prévention dans le savoir faire

a. Maintenir la relation et la communication avec la personne âgée démente

Un des éléments fondamentaux des différentes philosophies évoquées précédemment est la communication, verbale et non verbale.

En effet, le besoin de communication reste majeur y compris chez la personne âgée désorientée. Malgré toutes les déficiences, la personne âgée démente manifeste des possibilités d'expression affective au moyen de ce qu'on appelle la méta-communication : le regard, les mimiques, les attitudes, les gestes.

¹⁰ cf. Carl R. Rogers

Du fait, même si la parole ne suffit plus pour communiquer, elle reste indispensable et la communication est possible, pour peu qu'on lui offre un cadre adapté (aux déficits sensoriels et/ou cognitifs) et sécurisant.

Cela nécessite de connaître et développer les principes de communication spécifiques à la personne âgée démente.

- **La communication non verbale**

- ⇒ **Le regard**

Naomi Feil, dans le développement de ses techniques de Validation, souligne l'importance de « maintenir un contact visuel sincère et proche ».¹¹

Y. Gineste et R. Marescotti, quant à eux, nous alertent sur la difficulté pour un soignant, un accompagnant, à « regarder la mort en face, l'agression sereinement, l'extrême vieillesse, image de ce que nous serons peut-être, dans les yeux ? »

Et pourtant, pour un patient, comment vivre quand on n'est pas regardé ?

Enfin, de nombreux soignants ignorent encore que le vieillissement s'accompagne souvent d'une diminution du champ de vision latéral et que beaucoup de personnes âgées ont une vision en couloir. Cela oblige à modifier notre approche, pour arriver de face, par le pied de lit, et non de côté, à se rapprocher, se mettre à niveau, et surtout nous oblige à prolonger les regards.¹²

- ⇒ **Le toucher**

Toujours dans le développement de ses techniques de Validation, Naomi Feil souligne également l'importance du toucher ; un toucher où « la douceur tient le rôle principal » précise Y. Gineste et R. Marescotti, un toucher qui doit aussi solliciter l'autorisation corporelle du patient.

Plusieurs points apparaissent donc essentiels dans la communication non verbale avec la personne démente pour poser un cadre sécurisant et favorable à la rencontre :

- regarder (et voir) la personne dans son humanité,
- se placer dans le champ de vision de la personne et tenter d'"accrocher" son regard,
- éviter de rentrer directement dans la "bulle d'intimité" de la personne âgée démente (se tenir au début à distance de la personne et s'approcher progressivement),
- toucher la personne en posant la main sur une partie assez neutre (avant-bras, mollet), d'abord du bout des doigts jusqu'au contact complet, et avec une grande douceur.

¹¹ Naomie Feil, Validation mode d'emploi, op. cit. p. 55

¹² Yves Gineste et Rosette Marescotti, CEC/IGM-France, <http://www.cec-formation.net>

○ **La communication verbale**

La communication verbale, l'écoute et la parole restent fondamentales.

Pour cela, quelques points essentiels pour une bonne communication verbale avec la personne démente :

- Ecouter, faire un effort pour entendre ce que la personne dit et comprendre ce que cela signifie, concentrer son attention
- parler doucement et calmement
- faire des phrases simples ; utiliser des mots et des expressions faciles à comprendre, fabriquer des phrases courtes
- encourager les réponses et la participation
- éviter de mettre la personne en position d'échec par des questions auxquelles elle ne pourra répondre
- répondre à tous les messages qu'envoie la personne
- reformuler
- avec les patients a-communicatifs, Y. Gineste préconise de décrire tous nos gestes afin de palier au réflexe de ne plus parler lorsqu'il n'y a pas de feed-back.

b. Construire un projet d'accompagnement¹³

Pour cela, il faut **connaître la personne**, ses habitudes de vie, ses désirs. L'entourage doit être conscient des incapacités, des difficultés de la personne liées à sa pathologie.

Le recueil de ces informations n'est pas un interrogatoire ; il faut donc savoir respecter l'intimité de la personne qui ne veut pas forcément « tout » nous dire.

L'entourage de la personne revêt une importance particulière car il peut lui aussi apporter des informations.

Elaborer un projet d'accompagnement permet de préserver la liberté du sujet et de respecter son rythme de vie mais aussi d'assurer une continuité et une cohérence d'accompagnement de la personne par les différents intervenants :

Le respect fondamental de la liberté d'aller et venir

Nous pouvons prendre en référence les recommandations de l'ANESM¹⁴ qui préconisent de trouver un accompagnement permettant d'assurer « protection et liberté de circuler ».

Nous devons cependant faire preuve de réalité : combien de conjoints, d'aidants, de bénévoles, de professionnels sont-ils nécessaires pour accompagner le besoin de déambulation de la personne démente de jour comme de nuit ?

¹³ " Les attentes de la personne et le projet personnalisé ", ANESM, Décembre 2008 - http://www.anesm.sante.gouv.fr/spipd356.html?page=article&id_article=134

¹⁴ "L'accompagnement des personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer ou apparentée en établissement médico-social ", ANESM Février 2009, http://www.anesm.sante.gouv.fr/spip03fc.html?page=article&id_article=220

Comment concilier cette liberté et l'impératif de sécurité ? Si des espaces dédiés peuvent apporter la sécurité dont les personnes ont besoin nous devons garder en mémoire que ces lieux « contenant » peuvent aussi être vécus comme des lieux d'enfermement.

Si nous mesurons la complexité de cette mise en œuvre, la réflexion éthique peut nous aider à évaluer les bénéfices /risques de chaque situation.

Dans la mesure du possible, la personne restera dans son environnement familial et quand le temps sera venu d'entrer dans une institution, on s'efforcera de maintenir ses repères spatiaux et temporels en lien avec son passé.

Construire un environnement apaisant par le choix d'unités de petite taille et avec une attention particulière aux couleurs et à leur contraste, au choix des éclairages pour une ambiance chaleureuse, est aussi un facteur de prévention de maltraitance de ces personnes.

Le respect de son rythme de vie :

Les bonnes pratiques¹⁵ insistent sur l'importance du respect du rythme de la personne et de savoir prendre son temps pour ne pas faire à sa place.

Que l'on soit à domicile ou en institution cette préconisation interroge sur sa faisabilité. Comment concilier le respect du rythme individuel avec un rythme de vie sociale ou collective ?

Cet accompagnement "à la carte" nécessite des moyens matériels et des effectifs de professionnels qui ne sont disponibles ni à domicile, ni dans les structures d'accueil, même spécialisées.

Néanmoins il est utile d'interroger nos organisations pour proposer un accompagnement spécifique, de questionner nos habitudes de travail, pour inventer des réponses adaptées et ne pas se laisser emprisonner par des routines d'action.

Il n'existe pas de solutions toutes faites puisque chaque personne est unique dans ses besoins, dans ses aspirations, dans ses désirs et pour autant, respecter les rythmes individuels n'est pas incompatible avec la nécessité d'établir un ordre des tâches afin qu'elles puissent continuer à les faire par elles –mêmes.

Cohérence et complémentarité

Le projet d'accompagnement doit être construit collégialement entre la personne, son entourage familial et l'équipe interdisciplinaire.

Bien qu'élaboré par l'équipe, le projet d'accompagnement doit rester celui de la personne. Cela nécessite donc de vouloir et de savoir écouter les demandes et désirs de la personne démente, mais aussi d'entendre sa famille.

Inventer des réponses demande de la créativité et il est souhaitable de partager ses « recettes », tous les petits trucs qui ont permis d'améliorer la vie quotidienne de la personne âgée démente : la famille peut alors être une grande ressource.

¹⁵ Ibid. p23

3) Informer, former et soutenir les aidants naturels et professionnels

⇒ Les aidants qu'ils soient naturels ou professionnels doivent être **informés** :

Il faut développer l'information sur les pathologies démentielles et leurs conséquences pour changer notre regard sur ces maladies et sur les personnes qui en sont atteintes.

Aider les aidants familiaux mais aussi les soignants professionnels à mieux comprendre la maladie participe en grande partie à la prévention de la maltraitance, de même qu'une meilleure connaissance des méthodes d'aide : musicothérapie, Snoezelen, Clownthérapie, méthodes de communication décrites précédemment,...et des aides techniques : lits Alzheimer, tapis anti-dérapants, couverts adaptés ou "finger food", horloges et calendriers adaptés, aide-mémoire vocal...

L'information doit être diversifiée, tant en terme de support utilisé que de contenus.

⇒ Les aidants qu'ils soient naturels ou professionnels doivent être formés.

Il faut renforcer la qualification des personnels par des formations diplômantes.

Pour faciliter l'accès aux formations, il est aussi important de tenir compte des impératifs de vie privée et professionnelle ; les actions seront ponctuelles et renouvelées.

⇒ Les aidants qu'ils soient naturels ou professionnels doivent être **soutenus** :

Il faut donner aux aidants des moyens de prendre du recul :

- par des échanges avec d'autres familles, d'autres professionnels,
- en partageant les difficultés d'accompagnement.

L'apport d'un soutien psychologique est ici fondamental.

Les groupes d'analyse de la pratique en sont une modalité : lieu de parole où se confrontent les représentations et les difficultés de chacun dans la confiance et où elles peuvent s'élaborer.



Au fil de ce dossier "démence et maltraitance", nous aurons vu les concepts de démence, les représentations de celles-ci et enfin comment on peut essayer de réduire le risque intrinsèque à la démence dont le premier semble être celui de la déshumanisation.

Les trois philosophies de soin que nous avons présentées précédemment reposent finalement toutes sur notre capacité à continuer à saisir l'humanité de cet Autre, devenu "étrangement inquiétant".

En posant des principes, des valeurs, en proposant une aide, un renforcement de la communication, toutes nous engageant à aller au-delà de nos représentations, de nos peurs, dans nos relations avec la personne devenue démente.

"Agis toujours de manière à traiter l'humanité aussi bien dans ta personne que dans la personne des autres comme une fin et à ne t'en servir jamais comme un simple moyen " E. Kant (Fondements de la métaphysique des mœurs, 1792)

Finalement, il s'agit de trouver une communication nouvelle avec cet Autre et de maintenir ainsi ce que nous reconnaissons encore de nous en lui : notre humanité.

Sont parus

- ★ **Le questionnement éthique dans les établissements et services sociaux et médico-sociaux**
http://www.anesm.sante.gouv.fr/spipb16a.html?page=article&id_article=430
- ★ **Guide de la prévention et de la lutte contre la maltraitance des personnes âgées**, Dir. J.-J. Amyot, Ed. Dunod, 2010, 464 p.
- ★ **La maltraitance envers les personnes âgées vulnérables**, J.-M. Caudron, Territorial Editions, 2010, 318 p.
- ★ **Ces troubles qui nous troublent**, J. Pellissier, Ed. Erès, 2010, 390 p.
- ★ **Grandeurs et misère des hommes : petit traité de dignité**, E. Fiat, Ed. Larousse, 2010, 224 p.



La salade de tomates en EHPAD ?

Une formatrice nous transmet l'anecdote suivante :

Dans un EHPAD où elle intervenait, elle fut surprise d'y manger des tomates en salade. La peau des tomates, plutôt dure à mâcher et à digérer, est enlevée et les tomates ne sont pas supprimées! Ainsi le cuisinier prépare des tomates à toutes les sauces, pour le plus grand plaisir de tous !

Et vous, que faites-vous dans votre établissement ? *Partagez vos initiatives à rhonalma@gmail.com*



Lettre d'information numérique, Diffusion thématique, Dossiers...

Retrouvez les offres du Pôle ressources documentaires gérontologie et handicap en ligne sur <http://www.criasmv.asso.fr>
Rubrique Offre numérique / produits documentaires



Comment la médiation artistique peut-elle venir changer le regard porté sur la personne âgée atteinte de démence ?

Un témoignage de Véronique Ginisty-Izoard

Je suis intervenue durant plusieurs mois auprès de personnes âgées atteintes de démence et de symptômes de type Alzheimer, au sein d'un service long séjour d'un CHU gériatrique. Je me souviens du désarroi des proches mais aussi du personnel soignant face à certains patients. C'est la relation à l'autre dans son ensemble qui est atteinte par ce type de maladie. Les personnes démentes ne savent plus communiquer alors on ne communique plus avec elles. Pourtant les émotions subsistent et surgissent parfois de manière désordonnée. La parole n'est plus un vecteur capable de transformer les affects et ceux-ci se retrouvent en chaos qui peu à peu envahit la personne.

Pour accompagner ces personnes démentes dans la relation, il est nécessaire de partir de ce chaos, de le contenir afin de le transformer par une mise en forme qui permet d'organiser, d'associer, de créer des liens entre les éléments épars.

L'expérimentation des différents matériaux au sein des séances de médiation artistique permet de repérer, de discriminer et d'étayer les émotions qui sont les fils conducteurs vers les souvenirs enfouis. Alors la personne démente peut percevoir le sens de ce qui est vécu là. Ce sens peut être trouvé pour chacun des participants mais aussi en lien avec l'entourage, le monde extérieur. La relation redevient possible. Le processus créatif proposé dans le cadre d'une médiation artistique est une quête de sens.

Hélène ne me parle presque jamais mais caresse les images des portraits de jeunes filles que je lui propose et peint dessus avec ses doigts. Elle soupire beaucoup et trace de façon pulsionnelle des traits tout autour des visages. Ses mains tremblent énormément, puis brusquement elle s'arrête. Je lui demande doucement si elle veut mettre un titre à son travail. Hélène semble perdue et ne me répond pas.

Après plusieurs séances Hélène organise une peinture tout autour d'un dessin qu'elle m'a demandé de lui faire. Elle le détoure et fabrique de multiples couleurs qu'elle applique consciencieusement à l'aide d'un pinceau. La dernière séance Hélène chantonne tout le long et donne un joli titre à son tableau : « la rêveuse ».

Pour Hélène, les séances de médiation artistique sont devenues peu à peu un espace où elle a pu librement déposer ses émotions, de façon chaotique au début, puis plus organisée et enfin apaisée. Par les mots prononcés en fin de séance, elle a trouvé le sens de ce qu'elle a vécu là.

La pensée "en morceaux" des patients déments déroute leurs proches qui cherchent désespérément à rattacher les fils de ce qu'ils connaissent.

Rose est une dame qui parle beaucoup. Isabelle, la fille de Rose, est au désespoir, elle s'épuise à venir toutes les semaines voir Rose qui ne la reconnaît plus. Isabelle me dit que sa mère est partie, « elle ne me parle plus, je l'ai perdue ! » Rose a pourtant de drôles d'histoires à raconter. Les cheminées des immeubles face à sa chambre sont le théâtre de bien des aventures dans lesquelles se croisent des familles tumultueuses. Rose remplit l'espace de sa chambre avec ces nouveaux personnages.

Ils sont multiples, sans forme apparente, en chaos. Personne n'y comprend rien, ils sont comme un écran entre Rose et sa famille, entre Rose et le service.

Pourtant, lorsque tout au long des séances je m'applique à retranscrire le plus fidèlement possible ses délires dans un récit, que je l'organise, je vois, peu à peu apparaître une scène qui se joue dans un grand jardin avec des arbres, beaucoup d'arbres, une mère absente, un enfant malade.

Lors de la dernière séance, Rose souhaite que je lui peigne une grande forêt afin de l'accrocher dans sa chambre. Ce tableau va permettre à sa fille mais aussi au personnel soignant de retisser les liens de la relation.

La médiation et l'objet médiateur, ici le récit puis le tableau, ont donné du sens à la parole de Rose. Ce sens trouvé change alors le regard porté.

La personne démente, objet de soin, passe du statut de patient à celui de créateur et ses mises en forme sont des tisseurs de liens, des invitations aux rêves, des passeurs de mondes.

C'est en associant l'équipe soignante et en permettant au service, grâce aux restitutions, de comprendre ce qui se joue lors des séances de médiation artistique, qu'une nouvelle attention à l'autre peut naître autour de la personne démente.

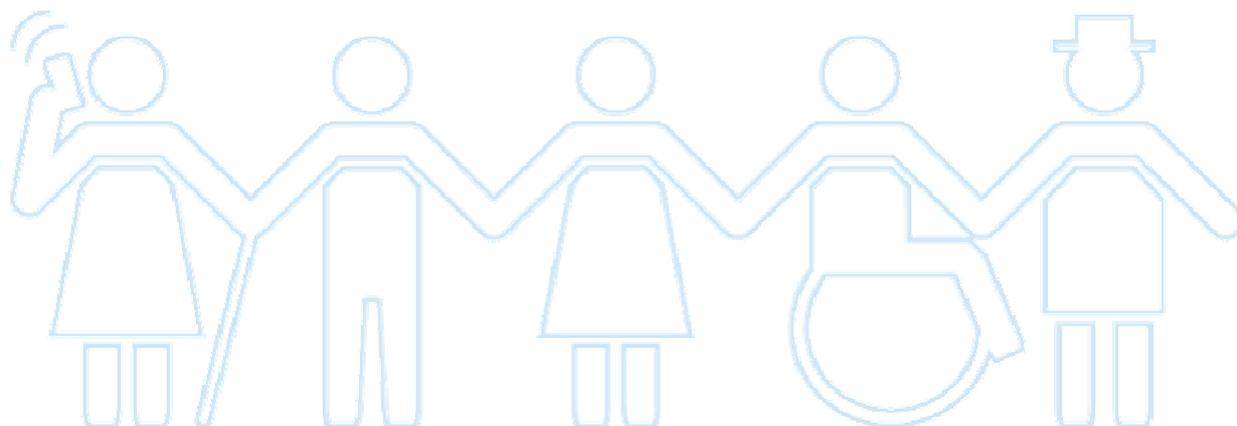
La médiation artistique donne la possibilité aux participants dans l'intimité des chambres mais aussi à l'ensemble du service de se réconcilier avec soi-même. Les pratiques de chacun s'en trouvent alors changées.

Véronique Ginisty-Izoard

Artiste plasticienne et diplômée de l'institut psychologique de l'université de Lyon II (D.U. Soin psychique, créativité et expression artistique), elle anime des ateliers à médiation artistique au sein de son atelier ainsi que dans différentes institutions.

Site web : www.veroniqueginisty-izoard.fr

Contacts : veronique.izoard@free.fr & 06 19 68 47 37



Agenda, colloques, conférences ...

Conférences, colloques,	Renseignements / Contact
<p>Lyon, le 14 avril 2011</p> <p>84ème Journée Régionale de Gériatrie à LYON</p> <p>« VIEILLIR HEUREUX, peut-on être vieux, malade, pauvre et heureux ? »</p>	<p>societe_rhone_alpes_gerontologie@yahoo.fr</p>
<p>Marseille, les 28 et 29 avril 2011</p> <p>Colloque "Accompagnement de fin de vie des personnes âgées et des personnes handicapées"</p>	<p>Mlle Céline HALLEZ Coordinatrice Institut de Gériatrie Sociale – 148 rue Paradis B.P.2 – 13251 Marseille Cedex 20 – France Tel. (00 33) 4.91.37.03.79 – Fax (00 33) 4.91.37.19.73 igs-marseille@wanadoo.fr Site web : http://gsite.univ-provence.fr/gsite/document.php?pagendx=6247&project=agis</p>
<p>Romans-sur-Isère, le 10 mai 11</p> <p>3ème journée interprofessionnelle : «Être vieux, et alors !» Chez moi ou en maison de retraite, quel choix ?</p>	<p>Télécharger le programme : http://framework.agevillage.com/documents/pdfs/programme_etre_vieux_et_alors.pdf</p> <p>À retourner avant le vendredi 15 avril 2011 Au Centre Communal d'Action Sociale Le Charbonnel - 44 Rue Palestro 26100 Romans-sur-Isère</p> <p>Pour tous renseignements complémentaires : Contacter le service social des Hôpitaux Drôme Nord tél. 04 75 05 76 53</p>
<p>Lyon, le 13 mai 2011</p> <p>Journée d'étude "Méthodologie de soin Gineste-Marescotti, Philosophie de l'humanité : Milieu de vie, milieu de soin"</p>	<p>Organisée par IGM Rhône Alpes - Marie Roche Formation 20, rue du Régnier - 69800 Saint-Priest tél. : 04 78 21 63 57 - marie-roche2@wanadoo.fr</p>
<p>Lyon, les 14 et 15 juin 2011</p> <p>Séminaire Francophone Interdisciplinaire d'Alzheimérogie 2011 : "A propos du prendre soin"</p>	<p>Charlotte Lozac'h – charlotte.lozach@agevillage.com – 01.42.46.65.00 http://colloque.agevillagepro.com/frontend.php?id=2</p>