



IEPSCF-TOURNAI

53, rue Saint-Brice B-7500 TOURNAI
Tél. +32 69/22.48.41. - www.iepscf-tournai.be

Le Syndrome de Glissement

Connaissances et préventions pour l'aide-soignant

Épreuve intégrée présentée par Enguerrand ADIB

En vue de l'obtention du diplôme d'aide-soignant

Année académique 2018-2019

REMERCIEMENTS

Je tiens tout d'abord à remercier chaleureusement mes deux promoteurs : Madame Père et Monsieur Vantomme pour leur aide, leurs encouragements, leur patience et leur soutien qui m'ont permis la concrétisation de cette épreuve intégrée. Grâce à l'initiative de ces deux professeurs, j'ai pu réaliser un travail sortant du cadre habituel.

Je remercie Solène qui m'a aidé à la correction orthographique et grammaticale de mon travail. Son aide fut précieuse pour l'aboutissement de ce travail.

Je remercie aussi les institutions dans lesquelles j'ai effectué mes stages. Sans oublier les professeurs de l'institut de promotion sociale, qui m'ont permis de m'épanouir dans cette nouvelle aventure professionnelle. Que ce soit les cours de psychologie en passant par la nutrition, la communication et la pratique des soins, je ne peux que les remercier pour leur bienveillance et leurs encouragements.

Ce fut une année de rencontre et je tiens à remercier tous mes camarades de classe. Cette année n'aurait pas été la même sans leurs sourires et leur entraide. Et je tiens à remercier plus particulièrement mon amie Emilie qui sut m'aider et me soutenir quand j'en avais besoin.

SOMMAIRE

Introduction	1
Partie Contextuelle.....	4
Qui est la personne âgée ?.....	5
La retraite ?.....	5
Qu'est que le vieillissement.....	7
Est-ce que le vieillissement est une maladie.....	9
Partie Conceptuelle	12
Le syndrome de glissement c'est quoi ?.....	13
La phase de déclenchement.....	15
Pourquoi venir en maison de retraite.....	16
Phase d'intervalle libre.....	18
Phase de latence.....	18
Quel est l'importance de l'environnement ?.....	21
Partie pratique	27
Comment l'aide-soignant peut prévenir l'apparition du syndrome de glissement.....	28
La prévention.....	28
Prévenir les chutes.....	29
Éviter l'apparition d'infection.....	30
Prévenir la perte d'autonomie.....	31
Prévenir la déshydratation.....	33
Lutter contre l'isolement.....	34
Coordination de l'équipe.....	36
Lutter contre la douleur.....	36
Relaxer la personne âgée.....	39
Quatre méthodes de relaxation.....	41
La méthode Vogt.....	41
La méthode des Ballons gonflés.....	42
Le Training autogènes « s'entraîner soi-même ».....	43
Le Yoga.....	45
Conclusion	46
Bibliographie	47

La vieille femme grincheuse

*« Que vois-tu, toi qui me soignes, que vois-tu ?
Quand tu me regardes, que penses-tu ?
Une vieille femme grincheuse, un peu folle
Le regard perdu, qui n'y est plus tout à fait,
Qui bave quand elle mange et ne répond jamais,
Qui, quand tu dis d'une voix forte "essayez"
Semble ne prêter aucune attention à ce que tu fais
Et ne cesse de perdre ses chaussures et ses bas,
Qui docile ou non, te laisse faire à ta guise,
Le bain et les repas pour occuper la longue journée grise.
C'est ça que tu penses, c'est ça que tu vois ?
Alors ouvre les yeux, ce n'est pas moi.
Je vais te dire qui je suis, assise là si tranquille
Me déplaçant à ton ordre, mangeant quand tu veux :
Je suis la dernière de dix, avec un père et une mère,
Des frères et des sœurs qui s'aiment entre eux.
Une jeune fille de 16 ans, des ailes aux pieds,
Rêvant que bientôt, elle rencontrera un fiancé.
Mariée déjà à 20 ans. Mon cœur bondit de joie
Au souvenir des vœux que j'ai fait ce jour-là.
J'ai 25 ans maintenant et un enfant à moi
Qui a besoin de moi pour lui construire une maison.
Une femme de trente ans, mon enfant grandit vite,
Nous sommes liés l'un à l'autre par des liens qui dureront.
Quarante ans, bientôt il ne sera plus là.
Mais mon homme est à mes côtés qui veille sur moi.
Cinquante ans, à nouveau jouent autour de moi des bébés ;*

*Me revoilà avec des enfants, moi et mon bien-aimé.
Voici les jours noirs, mon mari meurt.
Je regarde vers le futur en frémissant de peur,
Car mes enfants sont tous occupés à élever les leurs,
Et je pense aux années et à l'amour que J'ai connus.
Je suis vieille maintenant, et la nature est cruelle,
Qui s'amuse à faire passer la vieillesse pour folle,
Mon corps s'en va, la grâce et la force m'abandonnent.
Et il y a maintenant une pierre là où jadis j'eus un cœur.
Mais dans cette vieille carcasse, la jeune fille demeure
Dont le vieux cœur se gonfle sans relâche.
Je me souviens des joies, je me souviens des peines,
Et à nouveau je sens ma vie et j'aime.
Je repense aux années trop courtes et trop vite passées,
Et accepte cette réalité implacable que rien ne peut durer
Alors ouvre les yeux, toi qui me soignes et regarde.
Non la vieille femme grincheuse... regarde mieux, tu me verras ! »**

*Ce poème a été retrouvé dans les affaires d'une vieille dame Irlandaise après sa mort

INTRODUCTION

Au cours de ma formation d'aide-soignant, j'ai eu la chance et l'opportunité d'effectuer des stages dans différentes institutions comme des maisons de retraite et soins ainsi qu'un stage en milieu hospitalier (CHwapi). Grâce à ces stages j'ai pu réaliser diverses tâches qui m'ont permis de mettre en application les techniques théoriques et pratiques acquise durant les différents cours de notre formation d'aide-soignant. Au début, j'avais un peu d'appréhension pour mes premiers jours de stages. Car je n'avais jamais été en contact avec des personnes en difficultés physique ou psychique. Et comme on l'entend souvent « il y a une différence entre la théorie et pratique ». Et on ne peut être que d'accord avec cela, le métier d'aide-soignant est avant tout un travail d'écoute, de soutien, de pédagogie, et donc de « PRATIQUE » active.

Je me demandais aussi comment les personnes allaient réagir en ma présence. Arriver comme ça un matin en les réveillant dans leur chambre et leur intimité n'est pas chose aisée pour eux comme pour moi. Les premiers jours passants, je fus agréablement surpris de l'accueil reçu que ce soit de la part des résidents, des patients ou du personnel. Je ne sais pas si j'ai eu de la chance mais l'accueil fut bienveillant, et je ne remercierai jamais assez les différents acteurs (aide-soignant, professeurs, infirmières, kinés, médecins, membres du personnel d'entretien) de m'avoir rassuré et de m'avoir prodigué des conseils pour être plus serein. Du côté des résidents et des patients, je me suis rendu compte que le simple fait de se présenter de manière sympathique, d'être avenant et d'afficher un sourire sincère peut nous ouvrir la porte de la communication. La construction d'un lien de communication (même non-verbal) rassurera la personne recevant les soins ainsi que le soignant.

À mon sens, il est fondamental de considérer l'homme ou la femme comme un être humain à part entière et pas seulement comme une personne faible, malade, invalide, démente ou simplement âgée. De ne pas juger au premier abord et de ne pas se focaliser sur la maladie ou le handicap. Il est aussi essentiel de voir la personne soignée comme quelqu'un ayant un vécu, une histoire, une culture, une éducation, etc. Est-ce que ce ne serait pas simplement du respect ?

Bien sûr, ne pensez pas que je vis dans un mode enchanté, où tout le monde est beau et gentil. Il est certain que je n'ai pas eu que des expériences positives. Il y a eu des difficultés, des

journées plus compliquées que d'autres. Comme par exemple des personnes ne voulant pas coopérer, des personnes criant ou tout simplement des personnes avec qui l'échange était compliqué. Du côté du personnel, il y a eu aussi des moments moins faciles. Il y a malheureusement des soignants n'aimant plus leur métier ou simplement fatigué et donc irritable, stressé. Mais heureusement pour moi et surtout pour les patients, ce ne fût qu'une minorité rencontrée durant mes stages.

Mon statut de stagiaire et donc d'observateur extérieur m'a permis de prendre conscience que les personnes en difficulté physique du fait de leur âge, de leur maladie ou de leur handicap souffrent également si ce n'est plus de solitude, d'anxiété, de stress, ou encore de dépression. Symptômes psychologiques qui jouent un rôle fondamental dans la dégression de l'état général de la personne soignée. C'est pourquoi, il m'a semblé intéressant de cibler mon travail sur le thème suivant «syndrome de glissement».

Le syndrome de glissement est souvent connu des professionnels de la santé mais il reste cependant encore assez difficile à expliquer. Le plus souvent, lorsque l'on constate que la personne est atteinte par ce syndrome de glissement, il est déjà trop tard. La rapidité du déclin de l'état général de la personne est telle que les actes pour essayer de l'enrayer sont trop tardifs et la personne décède.

Le fait est que chacun, est ou sera un jour touché, directement ou au travers de son entourage, par ce syndrome de glissement, qu'il s'agisse de la grand-mère, du grand père, de la mère, du père, de la tante, de l'oncle ou de tout autre membre de la famille.

Ce syndrome peut toucher tous et chacun, mais ce dernier est tellement difficile à décrire, que bien souvent, les proches (famille, amis et soignants) ont du mal à l'appréhender.

Comme nous disent N. Weimann Péru et J. Pellerin dans leur article sur le syndrome de glissement, l'importance « *d'une théorisation est indispensable. Elle apporte un cadre permettant de mieux expliciter ce qui est éprouvé par le malade comme par son entourage et peut nourrir une réflexion sur le processus psychopathologique, les mouvements pulsionnels et les implications relationnelles du syndrome de glissement.* »¹

¹1. N. Weimann Péru, J. Pellerin - Le syndrome de glissement : description clinique, modèles psychopathologiques, éléments de prise en charge - L'Encéphale, Volume 36, Supplement 2, June 2010, Pages D1-D6.

Au travers de ce travail, je vais tenter d'aller en ce sens, et donc de proposer, sous forme d'une dynamique de questions/réponses, des pistes et des solutions relatives à l'abord de ce syndrome de glissement.

Ceci, afin que les personnes soient plus alertes et agissent de manière préventive en amont du syndrome de glissement. Lorsque j'évoque ici le terme « personne alerte », je ne me cantonne pas seulement au personnels soignants mais bien à tous les proches de personnes souffrantes.

La tâche est ardue, n'ayant pas trouvé beaucoup de documentation sur ce syndrome. Compte tenu de la faible quantité de documentation disponible sur ce syndrome, je vais néanmoins tenter d'y parvenir à l'aide des cours reçus tout au long de cette année de formation, ainsi qu'au travers de mon expérience acquise en stage ou encore grâce à certaines sources de documentation.

Partie contextuelle

Qui est la personne âgée ?

La définition de la personne âgée est assez difficile à établir. Une enquête de la TNS Sofres, en janvier 2008, montre la difficulté qu'a chacun à mettre un âge sur la personne âgée. À la question, «*À partir de quel âge sommes-nous senior, âgé ou très âgé ? Les Français considèrent que l'on est un senior à 59 ans, âgé à 72 ans, très âgé à 85 ans et demi, mais les résultats montrent que plus on est diplômé, plus on repousse les limites d'âge. Ainsi les non-diplômés pensent qu'on est un senior à 57 ans en moyenne alors que les diplômés évoquent l'âge de 62 ans, probablement parce que l'espérance de vie de ces catégories n'est pas la même ou que leurs ressources intellectuelles leur donnent le sentiment de rester en phase avec leur temps, voire leur profession. 68% des personnes interrogées pensent par ailleurs que le passage à la retraite et la vieillesse sont deux étapes distinctes.*»²

Une autre étude démontre que la perception de la vieillesse change aussi avec le temps. Selon cette étude «*En 1900, une Française était "vieille" à 58,4 ans. En 1956, à 64,8 ans. Et en 2012, à 74,6 ans.*»³

La retraite ?

La retraite, est un passage très important pour n'importe quel individu. Elle peut être heureuse ou au contraire si elle est mal préparée peut être la cause de bouleversements. Prenons deux témoignages qui imagent ces deux réalités:

Madame Rose, était une femme de chambre. Ayant beaucoup travaillé, elle est fatiguée et souffre de la colonne vertébrale et des jambes, à cause des années où elle est restée debout. À 82 ans, ayant déménagé, elle vit dans petite chambre avec un coin cuisine et un lavabo. Elle a toujours aimé faire de la couture. Elle coud encore, mais le soir ses yeux pleurent. Ses douleurs dans le dos augmentent, ce qui provoque une légère paralysie.

Ses douleurs croissantes sont une gêne pour dormir. Ses nombreux médicaments lui donnent des brûlures d'estomac. Alors, elle essaie de ne plus rien prendre. Elle a peur d'aller à l'hôpital.

²Sondage OpinionWay pour Le Progrès, publié le 25 février 2010, in Alternatives Economiques, op.cit., p. 14 et 15.

³Étude de l'International Institute for Applied Systems Analysis (IIASA).

Elle pourrait être heureuse si elle ne souffrait pas. Elle dit : *«Si je dois aller à l'hôpital, ce sera fini, je ne pourrai plus rentrer chez moi.»*

Ce témoignage montre que la retraite de cette femme n'est pas vécue comme une période d'épanouissement mais plus comme une délivrance. La retraite est pour elle, le temps de panser ses plaies acquises durant une vie de dur labeur.

Bien heureusement, il y a des retraites joyeuses en voici avec un autre témoignage:

«À mon avis, cette retraite on a eu le temps d'y réfléchir auparavant. Je ne crois pas à ces images de rupture brutale, de couperet qu'on nous présente parfois. Je connais des retraites dont le changement a été pénible car ils n'ont pas su organiser leur nouvelle vie, finit par se scléroser comme un muscle qui ne fonctionne plus.

La retraite progressive pourrait donc être une étape transitoire qui permettrait de passer d'un monde à l'autre sans subir trop de dommage... Qui peut s'adonner à son passe-temps, son plaisir, sa passion, aura une retraite heureuse. J'ai préparé ma retraite des années à l'avance. J'ai voulu que ce soit une existence entièrement nouvelle. J'ai changé de résidence, de région, de rythme de vie. Je savais qu'un jour, il me faudrait vieillir, m'arrêter, abandonner mes activités et vivre plus lentement... Je suis peintre, jardinier, bricoleur, mélomane. Ma famille est pour moi très importante. L'hiver est une période paisible qui s'écoule en compagnie de ma femme... Le printemps et l'été, c'est la vie avec les petits-enfants, amis... Je suis sans doute un privilégié. Mais la vie que j'ai choisie m'a permis de ne pas me laisser enfermer dans des carcans de la vie moderne.»

Ce témoignage d'un retraité heureux montre qu'il est possible d'être épanoui à la retraite. Que même des activités simples donnent du sens à la vie du pensionné. Il est indispensable que le passage à la retraite soit préparé. Une mauvaise adaptation à la retraite peut causer tristesse, ennui et mélancolie. La culture, l'activité physique, l'entraide générationnel sont autant de solutions qui peuvent être mises en place par l'aide-soignant. Le professeur Pierre Laroque nous dit *«Il est souhaitable, même pour des personnes relativement âgées, d'avoir une activité adaptée à leurs possibilités. Pour bien vieillir il faut conserver une activité pas forcément rémunérée ; elle peut être bénévole.»*⁴

⁴. Pierre Laroque, « L'âge de la retraite, ses aspects », Commission d'étude sur la vieillesse, n°8-9.

Étant donné que le terme «personne âgée» n'a pas de définition précise il est intéressant de chercher la définition du mot vieillesse.

Qu'est que le vieillissement?

Selon l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) le vieillissement est «*un processus graduel et irréversible de modification des structures et des fonctions de l'organisme résultant du passage du temps.*»⁵ L'OMS retient le critère d'âge de 65 ans et plus. Cette définition met l'accent sur les changements de l'organisme lors du vieillissement. On parle aussi de sénescence. Mais quelles sont ses modifications ?

On recense différentes catégories de modification liées au vieillissement. Il y a des modifications anatomiques, physiologiques, psychologiques et sociales. Ces perturbations sont dues à l'influence de l'hérédité, l'usure au travail, l'alimentation, les maladies physiologiques, mentales et le stress.

Le vieillissement anatomique et physiologique

Le cerveau humain est l'ordinateur central qui fait fonctionner tout le corps. Le cerveau subit des changements avec l'âge: la perte de neurones mais surtout la détérioration du circuit neuronique permettant leur communication. À partir de 50 ans, le poids du cerveau diminue en moyenne de 2% par décennie. Cette diminution naturelle de connexion neuronique va s'accompagner d'un ralentissement moteur (gestuelles, réflexes, équilibre) et mental (mémoire, réactivité).

L'altération de l'un des 5 sens peut avoir des conséquences sur la qualité de vie de la personne âgée.

La vue s'affaiblit après 45 ans, le cristallin devient moins élastique et se durcit. L'allongement de la vie a pour conséquence la multiplication des maladies oculaires. Les pathologies oculaires les plus souvent rencontrées chez les personnes âgées sont la presbytie⁶, le glaucome⁷, la

⁵Dr Germaine Ferrando, «Mieux vieillir au travail Matinale RPS Relations intergénérationnelles» page 3.

⁶La presbytie, la presbytie correspond à une perte progressive de la capacité de l'œil à faire la « mise au point » sur un objet proche. En cas de presbytie, l'acuité visuelle de près baisse.

⁷Le glaucome est une maladie oculaire qui touche surtout les personnes de plus de 45 ans. Il est dû à une montée de la pression oculaire entraînant une atteinte du nerf optique (qui envoie les informations visuelles au cerveau) et du champ visuel (espace de vision).

cataracte⁸ ou la DMLA⁹. Durant mes stages, j'ai pu me rendre compte de l'importance d'être proche de la personne lors de nos échanges.

La personne âgée a besoin d'un peu plus de temps pour pouvoir reconnaître un visage. Il peut être utile de lui laisser le loisir de regarder le soignant, afin qu'elle puisse avoir le temps de se souvenir de son visage.

La surdité se manifeste avec l'âge et les causes sont multiples. La diminution des facultés auditives est souvent due aux professions et activités exécutées durant la vie. Par exemple les personnes ayant travaillé dans le bâtiment, les travaux publics ou d'autres activités du même type. Cette détérioration du système auditive perturbe la perception des hautes fréquences causant une mauvaise compréhension de la parole. J'ai pu constater qu'il n'est pas rare de devoir répéter des mots ou des phrases mal perçus par la personne âgée. Il est important pour le patient que le soignant ne montre pas son agacement face à cette difficulté. Ne pas la culpabiliser afin de ne pas bloquer la communication. Savoir parler plus lentement, plus fort et plus distinctement m'a permis d'établir un vrai échange. Un appareillage auditif adapté et entretenu est évidemment très important.

Après 70 ans, nous percevons moins les odeurs et les goûts. La perte du goût est liée à une diminution des papilles gustatives. La perte de l'odorat altère également la qualité et la perception de la dégustation. Cette diminution des facultés olfactives et gustatives entraîne une baisse de l'appétit avec comme risque la dénutrition. L'aide-soignant par ses observations et ses transmissions peut aider la personne âgée en cherchant des adaptations alimentaires. Et comme le disait Jean Jacques Rousseau «Il n'y a point pour l'homme de médecin plus sûr que son propre appétit.»¹⁰

La diminution de la sensibilité tactile ou hypoesthésie, n'est malheureusement pas assez reconnue. Le docteur Marcel Crest reconnaît que *«les déficits tactiles commencent tout juste*

⁸. La cataracte est une maladie due à l'opacification partielle ou totale du cristallin, ce qui entraîne une baisse de la vision pouvant aller jusqu'à la cécité. Le patient peut aussi voir des halos, sa perception des couleurs est parfois altérée avec un jaunissement. La cataracte est la principale cause de cécité dans le monde.

⁹La Dégénérescence Maculaire Liée à l'Âge est une maladie dégénérative de la rétine d'évolution chronique qui débute après l'âge de 50 ans. Elle touche sélectivement la région maculaire, c'est à dire la zone centrale de la rétine, entraînant une perte progressive de la vision centrale. Elle laisse habituellement intacte la vision périphérique ou latérale.

¹⁰Jean-Jacques Rousseau, « Émile, ou De l'éducation », 1762.

à être pris en compte dans notre société.»¹¹ Le toucher a une grande importance dans la vie quotidienne de chacun que soit pour prendre un objet, apprécier une texture, se tenir en équilibre ou encore pour nos rapports sociaux. L'aide-soignant peut ralentir cet affaiblissement de sensibilité en effectuant des activités avec des objets de formes et de compositions différentes. La stimulation est l'une des meilleures solutions pour préserver le sens du toucher.

Il y a bien d'autres modifications anatomiques et physiologiques dû au vieillissement. Comme le vieillissement du système cardiaque, du système respiratoire, du système nerveux ou encore de l'appareil locomoteur. Il serait trop long et trop ardu de toutes les expliquer. Ce qui est important à retenir, c'est que l'affaiblissement des capacités physiologiques rend la personne âgée plus fragile. Mais quand ce déclin est reconnu, l'aide-soignant peut mettre en place des processus afin de le ralentir.

Est-ce que le vieillissement est une maladie?

La société actuelle a peur du vieillissement. Il suffit de regarder le nombre de publicités à la télévision nous vantant des produits miracles pour rester jeune. La vieillesse est vue comme une maladie par de nombreuses personnes. La Faculté de médecine de la Sorbonne définit le vieillissement comme *«l'ensemble des processus physiologiques et psychologiques qui modifient la structure et les fonctions de l'organisme à partir de l'âge mûr.*

*Il est la résultante des effets intrinsèques de facteurs génétiques et de facteurs environnementaux auxquels est soumis l'organisme tout au long de sa vie. Il s'agit d'un processus lent et progressif qui doit être distingué des manifestations des maladies.»*¹² Par cette définition il est admis que le vieillissement est un processus normal dans l'avancé en âge. On apprend qu'il n'y a pas que les facteurs intrinsèques dus à notre génétique qui influe sur le vieillissement. L'environnement agit aussi sur le vieillissement. On comprend aisément que le cadre de vie de chaque individu aura une conséquence positive ou négative sur la

¹¹Interview du Dr Marcel Crest pour le journal CNRS.

¹²Support de cours, « Le vieillissement humain » ©Université Médicale Virtuelle Francophone 2008-2009.

qualité de notre vieillissement. D'où l'importance d'offrir un cadre agréable et approprié pour les personnes âgées. L'environnement n'est-il pas un acteur majeur de la prévention?

Enfin la définition de la faculté de médecine distingue le vieillissement et la maladie. Cette distinction est importante car trop souvent dans la société occidentale on considère le vieillissement comme une pathologie. Dans d'autre société ou à d'autre période de l'histoire le vieillissement était vu de manière positive.

Prenons l'exemple de la civilisation hellénistique¹³ qui considérait la vieillesse comme une preuve de sagesse. Dans l'antiquité, la personne âgée était honorée comme un être fort et rempli de connaissances. Un peu plus récemment après la révolution française de 1789, la république avait instaurée une fête de la vieillesse. Actuellement, si l'on regarde sous d'autres latitudes comme en Afrique du nord, on observe que traditionnellement la personne âgée va rester le plus souvent au sein de la maison familiale autour des enfants et petits-enfants. L'aïeul est vu comme un personnage honorable, un passeur d'histoire, un lien entre le passé et le présent.

Par ces exemples j'ai voulu montré que considérer le vieillissement comme une maladie ou comme quelque chose de négatif est le résultat de notre vision. Et il n'y a rien de figé, les acteurs de terrain peuvent changer cette image négative qui est trop souvent véhiculée dans la société.

La revalorisation du vieillissement par les actions des aides-soignants auront par chance, des conséquences positives sur l'image que la personne âgée a d'elle-même (trop souvent négative) et sur le regard des autres. Cette revalorisation du vieillissement a également un rôle de prévention. N'y-a-t-il pas une corrélation entre l'image de soi et le processus de déclenchement?

Qui est touché par le syndrome de glissement?

On peut suggérer que la mise en place du syndrome de glissement est la conséquence de toutes ces perturbations dues au vieillissement. Le syndrome de glissement touche les personnes âgées du fait de leur fragilité physique, mentale et sociale. Mais pourquoi rester cloisonner aux personnes âgées? Si une pratique est positive pour une personne âgée. Elle

¹³Nom que l'on donne à la période de l'Antiquité qui suit la conquête d'une partie du monde méditerranéen et de l'Asie par Alexandre le Grand en 323 av JC, jusqu'à la période romaine, en 30 av JC

peut l'être aussi pour les autres catégories de la population. Les actions des aides-soignants contre le déclenchement du syndrome ne pourraient-elles pas être adaptées à des personnes plus jeunes?

Partie conceptuelle

Le syndrome de glissement c'est quoi? Pour tenter de comprendre le syndrome de glissement, j'ai pris des définitions provenant de disciplines qui s'intéressent plus particulièrement à ce syndrome. Ces disciplines sont la gériatrie et la psychiatrie. Voici quelques définitions qui vont nous éclairer dans notre chemin de la compréhension.

Le syndrome de glissement est un concept employé usuellement en gériatrie pour désigner des modifications rapides de l'état général d'un individu et qui peut conduire une personne à la mort après un événement.

On le voit, la singularité¹⁴ de ce syndrome est sa rapidité d'action. La personne souffrant de ce syndrome de glissement va voir son état général dépérir à grande vitesse. Il est aussi mention d'événement, cela veut dire que le déclenchement du syndrome de glissement chez une personne peut-être dû à un accident léger, une maladie bénigne, la perte d'un proche ou encore la mise en institution. L'événement traumatique qui déclenche le glissement du patient est différent d'une personne à une autre. Et c'est cette spécificité des événements propre à chaque patient qui rend le rôle de la prévention difficile pour les équipes soignantes.

Le terme de syndrome de glissement est apparu pour la première fois en 1956 dans une thèse du gériatre Jean Carrié. Il définit ce syndrome comme *«un processus d'involution et de sénescence porté à son état le plus complet.»*¹⁵ Le terme de glissement a par la suite été repris par le professeur Pierre Graux en insistant sur *«le caractère brutal et rapidement évolutif du syndrome.»*¹⁶ Par processus d'involution, on entend le caractère de régression que la personne va subir. Et par sénescence l'auteur nous précise que ce syndrome de glissement est bien un état qui touche un public âgé. Pierre Graux ne fait que rajouter la vitesse à cette définition car oui vous l'avez déjà compris, la rapidité de la perte de l'état général est l'un des points essentiels pour comprendre ce syndrome de glissement. On parle d'une période de quelques semaines avant que la personne ne nous quitte définitivement.

Selon un site infirmier, le syndrome de glissement est *«la décomposition rapide de l'état général, faisant suite à une affection aiguë qui est en voie de guérison ou qui paraît guérir. La personne semble consciemment refuser de vivre. L'affection aiguë peut être une infection, un*

¹⁴La singularité, est le caractère de ce qui est unique en son genre.

¹⁵Jean Carrié, «étude sur le mode des décès des vieillards à l'hospice», 1956.

¹⁶Pierre Graux, « Le syndrome de glissement », 1978, pp. 21–23.

*traumatisme, une intervention chirurgicale, des problèmes vasculaires, un choc psychologique et peut se présenter dans tout service et pas uniquement en gériatrie.»*¹⁷ Pris par le prisme du paramédical, on y rajoute à la définition du syndrome de glissement le fait que la personne est en voie de guérison ou même hypothétiquement guérie. Car oui c'est encore une des spécificités de ce syndrome de glissement.

Lorsqu'une personne âgée est touchée par une maladie (événement), elle voit son entourage, sa famille et médecins se mobiliser à leurs cotés. Les choses vont s'améliorer et puis l'entourage et les membres de la famille retournent à leur train de vie quotidien et reprennent leurs occupations. Ce qui va engendrer un sentiment de solitude peut-être encore plus fort qu'auparavant. Cela ne veut pas dire que l'entourage est responsable du syndrome de glissement chez la personne mais que ce comportement de grande présence à moment donné suivi d'un retour soudain à la solitude est un contexte favorisant l'apparition du syndrome de glissement.

Le psychiatre Jérôme Pellerin, nous explique que le syndrome de glissement est pour lui. « *Un tableau de repli complet.* »¹⁸ « *Ce sont des patients qui ne parlent plus, ne mangent plus, qui ne se soucient plus du quotidien. Toute forme de sollicitation verbale déclenche chez eux une attitude soit d'indifférence soit parfois d'opposition.* »¹⁹ Ici nous avons pris une description des symptômes qui composent le syndrome de glissement. Ce qui peut être interpellant, c'est le fait que la personne souffrant de ce syndrome de glissement ne communique plus verbalement mais par le fait de son absence de communication, nous transmet quand même un message. Est-ce un appel à l'aide? Une demande pour partir? (fin de vie) Un état mélancolique passager?

Pour le docteur Rémy C Martin-Du Pan²⁰ auteur dans la revue Médicale Suisse, le syndrome de glissement se décompose en trois phases durant son développement chez le sujet.

¹⁷Définition du syndrome de glissement sur le site «infirmier.com».

¹⁸Jérôme Pellerin, Intervention tirée du colloque Alzheimer et autres maladies neurologiques. Organisé à l'occasion de la Journée mondiale Alzheimer, le 21 septembre 2009, au Ministère de la Santé.

¹⁹ Ibid.

²⁰Le Dr Rémy C. Martin-Du Pan est spécialiste en médecine interne et en endocrinologie-diabétologie à Genève.

Les trois phases du syndrome de glissement sont;

Premièrement la phase de déclenchement, deuxièmement la phase d'intervalle libre et troisièmement la phase d'état.

1. La phase de déclenchement:

Le syndrome de glissement est déclenché par un événement somatique et psychologique qui peut se retrouver entre 2 à 4 semaines avant la phase d'état du syndrome. Cet événement peut être:

Physique:

- Pathologie aiguë (diabète de type 2, asthme, arthrose, infection urinaire,...)
- Une fracture, une chute ou un accident
- Un AVC (accident vasculaire cérébral)
- Une intervention chirurgicale

La personne âgée présente en moyenne quatre à six maladies. Ces maladies chroniques sont source d'incapacités et de dépendance. *«L'un des risques est celui de la survenue du phénomène dit «de la cascade» dans lequel une affection aiguë entraîne des décompensations organiques en série. C'est, par exemple, le cas d'une infection broncho-pulmonaire favorisant une décompensation cardiaque, qui elle-même entraîne une insuffisance rénale, elle-même favorisant un syndrome confusionnel (...).»²¹*

Ce phénomène de «cascade» qui causera une dépendance de la personne âgée peut-être le point départ du syndrome de glissement. En sachant cela, n'est-il pas fondamental de mettre la prévention au centre de la méthodologie de soins? Ne serait-il pas plus aisé et moins coûteux de soigner une personne en amont? Pourquoi attendre l'aggravation de l'état général pour lui montrer notre présence et notre écoute?

L'aide-soignant par sa présence et son rôle d'observateur est l'acteur numéro un pour agir en première ligne. Il est *« la pierre angulaire »²²* de la prévention. L'aide-soignant est le

²¹Support de cours, « Le vieillissement humain » ©Université Médicale Virtuelle Francophone 2008-2009.

²²La pierre angulaire est le fondement, la base essentielle de quelque chose.

pédagogue²³ auprès du patient à qui il enseigne l'importance de l'alimentation, de l'exercice physique, du traitement médical... Ce rôle de prévention en amont²⁴ du «déclenchement» ne pourrait-il pas éviter bien des complications?

Psychique:

- Un deuil (un conjoint, membre de la famille)
- Une mise en institution (sentiment d'abandon)
- Une hospitalisation
- Une perte d'autonomie
- Des idées dépressives antérieures

L'aide-soignant doit être attentif à ces différents événements qui peuvent apparaître parfois comme anodin.

L'événement psychologique le plus déstabilisant pour une personne âgée est à mon avis sa venue en institution.

Pourquoi venir en maison de retraite?

Souvent pour des raisons familiales. L'entrée en maison de retraite est souvent due à des raisons familiales. La famille veut se décharger de leurs aïeux qui deviennent de plus en plus encombrants pour les enfants et les petits-enfants.

Il est fini le temps où la famille accueillait son aîné chez elle pour l'accompagner dans ses dernières années. Prenons l'exemple de Madame Durant, elle nous dit *«Ma petite fille m'a envoyée dans cette maison de retraite pour les deux semaines de vacances mais depuis elle n'est jamais revenue. C'est triste de tomber dans l'oubli, encore plus de la part de sa famille.»*

Ou encore pour des raisons économiques, une personne âgée avec peu de ressource financière devient dépendante de sa famille et de la société. Notre société n'est-elle pas trop préoccupée par *«l'avoir»* que par *«l'être»* ? On pourrait faire une analogie avec un vieux téléphone qu'on laisse dans un placard car il est devenu obsolète et dont nous ne voyons plus l'utilité. C'est ce que

²³Le pédagogue est un enseignant, un éducateur, un spécialiste de pédagogie. C'est une personne qui a les qualités d'un bon enseignant.

²⁴En amont, terme figuré signifiant avant, en remontant vers la cause, l'origine, le sommet de l'enchaînement ou de la hiérarchie.

nous dit Simone de Beauvoir, «*Utile en son temps, le vieux travailleur déchu de sa fonction productrice n'est plus qu'un individu dépendant, en instance de mourir, attendant d'arriver, à petits pas au bout du couloir, d'où l'on ne sort que les pieds devant.*»²⁵ Par cette citation on comprend que la société productive et consommatrice a du mal avec ses aînés. Peut-on mettre la personne âgée sur une voie de garage seulement parce qu'économiquement on ne voit plus son utilité?

L'entrée en maison de retraite n'est pas une chose aisée pour tout le monde. Laisser sa maison où l'on a toujours vécu et se trouver du jour au lendemain avec des étrangers, suivre des horaires de table, des jours pour le bain, ne plus avoir ses meubles ou d'autres biens personnels en sa possession... Tout cela peut déboussoler une partie de vie de la personne âgée. C'est pour cela que l'aide-soignant doit être attentif lors d'une nouvelle arrivée. D'où l'importance de l'anamnèse à l'entrée. L'anamnèse veut dire «*faire remonter les souvenirs*» c'est un peu un condensé de la vie du nouvel arrivant. Connaître l'environnement social et familiale de la personne, ses conditions de vie, son passé professionnel permettra de guider l'équipe thérapeutique. L'aide-soignant aura plus de facilité pour communiquer, pour choisir des activités adaptées et pour stimuler la mémoire (par ex avec les photos de famille). Un point aussi important de l'anamnèse, est de se rendre compte de la présence ou de l'absence de pensées dépressives.

La manière d'exécuter l'anamnèse a aussi son importance. Arriver avec un questionnaire devant la personne âgée comme si elle allait passer un examen, n'est peut-être pas un comportement rassurant. Beaucoup de personnes âgées aiment se raconter, cela leur fait beaucoup de bien.

Présenter l'anamnèse comme une invitation à la conversation serait plus agréable et faciliterait les échanges futurs. N'est-ce pas là aussi de la prévention? On pourrait introduire l'anamnèse avec une phrase telle que, "*Madame j'aimerais apprendre à vous connaître, aimeriez-vous me parler de vous, de votre vie?*". Enfin l'anamnèse facilitera l'élaboration d'un carnet de vie et d'un projet de vie (ces points seront approfondis plus loin).

J'ai essayé de décrire de manière concise les points qui me semblent les plus récurrents dans la phase de déclenchement qui est la phase la plus importante dans le syndrome de glissement.

²⁵Simone de Beauvoir, « La vieillesse », 1970.

Car oui c'est à ce niveau-là que l'aide-soignant peut intervenir avant qu'il soit trop tard. Je reviendrais sur ces différents points dans les autres parties de ce travail. En particulier dans la partie pratique en émettant des suggestions pour éviter cette phase de déclenchement. En un mot «*prévention*».

Après la phase de déclenchement due aux événements cités ci-dessus, s'en suit une phase d'intervalle libre ou de latence.

2. Phase d'intervalle libre:

Durant cette phase la personne se remet de cet «*événement*». Elle va reprendre de la vigueur, se réalimenter, faire des activités, reprendre une communication avec les soignants. C'est une phase asymptomatique. En vu du comportement positif de la personne, les soignants auront généralement la sensation que la personne est rétablie et qu'elle est sortie d'affaire. Cette phase de latence dure plus ou moins un mois. S'en suit alors l'apparition de la phase d'état. Phase qui est fatale dans de nombreux cas.

C'est là, la difficulté du travail de l'aide-soignant face à ce syndrome de glissement. Comment déceler la présence du syndrome de glissement chez la personne âgée pendant cette phase d'intervalle? La seule piste pour répondre à cette interrogation c'est la présence et l'écoute active. Ne pas croire que parce que l'individu dit «oui ça va» que tout va bien. Savoir creuser, être attentif et prendre du temps tout cela pourra faciliter l'aide-soignant à repérer la présence d'un mal-être quel qu'il soit.

Après cette phase asymptomatique vient la troisième et dernière phase, la phase d'état.

3. Phase d'état :

Durant cette phase, seuls 40% de guérison seront atteints à l'aide d'un traitement. C'est durant cette phase que les différents signes cliniques (physiques et psychologiques) vont apparaître.

Commençons par les signes cliniques d'ordre physique.

D'ordre physique :

- Dénutrition et anorexie (le plus courant)
- Refus d'ouvrir la bouche, de déglutir ou vomit l'alimentation
- Adipsie (absence de soif) entraînant la déshydratation

- L'Asthénie (état de faiblesse général caractérisé par une diminution du pouvoir fonctionnel de l'organisme)
- Rétention/incontinence.
- Escarres de décubitus
- Météorisme abdominale (ballonnement dû à un excès de gaz digestif)
- Hypotension (pression artérielle basse)

La dénutrition qui est le fait le plus récurrent chez les personnes âgées et encore plus chez les personnes souffrant du syndrome de glissement. À tout âge de la vie qu'on soit malade ou en bonne santé, bien manger pour vivre mieux est capital pour tous. La dénutrition est un sujet tabou dans notre société d'abondance où l'on nous parle plus souvent d'obésité et de gaspillage alimentaire. Il est difficile à admettre que chez nous des personnes souffrent de dénutrition. On parle de dénutrition lorsque l'on constate un amaigrissement de 5% du poids sur un mois ou 10% sur six mois. Les conséquences de la dénutrition peuvent être très lourdes.

Le professeur Bruno Lessourd, nutritionniste, constate qu'avec la croissance de la population âgée, la dénutrition devient un réel problème de société. La dénutrition atteint 2 à 4 % des plus de 65 ans et 10 % des plus de 80 ans qui vivent à leur domicile, soit 300 000 à 500 000 personnes. Pour les plus de 70 ans, elles seraient de 20 à 30 %, c'est-à-dire un million à présenter des risques de dénutrition. Lorsque des personnes âgées sont admises à l'hôpital, on constate que plus de 50 % sont dénutries.²⁶ Je tiens à préciser que ce sont des chiffres concernant la population française.

La dénutrition agit rapidement et gravement sur le physique et le psychisme des personnes. La personne âgée mangeant de moins en moins est de plus en plus faible, sa musculature diminue, elle n'a plus d'appétit, ne va plus faire son marché, son activité physique diminue de plus en plus.

La dénutrition non seulement affaiblit l'organisme mais amplifie aussi les pathologies de la personne âgée et encore plus si elle atteint du syndrome de glissement. Cela ne fera qu'amplifier l'involution²⁷ de la personne touchée. Elle a également des conséquences au

²⁶Pr Lessourd, « Nutrition du sujet âgé et troubles cognitifs, retentissement, prévention » CHU de Clermont-Ferrand.

²⁷L'involution est la diminution spontanée ou provoquée d'un tissu, d'un organe ou d'une tumeur

niveau cognitif²⁸, social avec le délaissement et l'abandon de la personne âgée. À cela s'ajoute les conséquences physiques du vieillissement comme la perte de la vue, de l'odorat, des dents. Le professeur Lessourd note que «la personne âgée trouve les aliments de moins appétissant, donc elle mange de moins en moins. Alors son alimentation devient monotone, déséquilibrée, insuffisante».

Dans la partie pratique, je parlerais des actions à mener par l'aide-soignant afin d'éviter ce phénomène de nutrition.

Passons maintenant aux symptômes psychiques de la phase d'état.

D'ordre psychique:

- État dépressif
- Mutisme
- Refus des soins (agressivité ou passivité)
- Déclin cognitif
- Régression de l'autonomie (réduction à un stade infantile qui est inhabituel pour le patient).
- Expression du désir de mourir
- Clinophilie (fait de rester au lit toute la journée sans dormir mais ne faisant rien)
- Pleurs, sentiment de ne plus être utile
- Rupture sociale (ne veut plus de contact avec les autres)

Je vais ici me concentrer sur l'état dépressif de la personne âgée qui est souvent confondu avec le syndrome de glissement. Alors que la dépression n'est qu'un symptôme de ce

²⁸L'adjectif cognitif provient du mot « cognition ». La cognition est l'ensemble des grandes fonctions de l'esprit liées à la connaissance (perception, langage, mémoire, raisonnement, décision, mouvement...). On parle ainsi des fonctions cognitives supérieures pour désigner les facultés que l'on retrouve chez l'être humain comme le raisonnement logique, le jugement moral ou esthétique.

syndrome. Comme nous dit le docteur Ploton, « *la dépression n'est pas réservée qu'aux jeunes et aux adultes. On retrouve également cette maladie en service de gériatrie.* »²⁹

Il est vrai qu'il est difficile de distinguer l'un de l'autre et je n'ai pas les connaissances en psychologie pour bien faire la distinction. Mais selon les dires du psychiatre Jérôme Pellerin, la situation d'état dépressif diffère par son désir de mort. Selon lui « *la personne souffrant du syndrome de glissement, elle, n'émettra aucun désir morbide. La personne ne dira rien, il y a quelque chose en elle qui se retire. Il n'y a pas d'opposition active, de refus d'existence. Ce n'est pas quelqu'un qui dit que la vie ne mérite pas d'être vécu, c'est quelqu'un qui se retire complètement.* »³⁰ Mais le plus important à savoir pour l'aide-soignant, c'est que la dépression de la personne âgée n'est pas irréversible.

Le témoignage d'un aide-soignant s'occupant d'une personne âgée en maison de retraite est assez explicite. Il raconte, « *Madame B., âgée de 75 ans, est très bouleversée par le décès de son mari, cinq mois auparavant. Nous la recevons en maison de retraite. Mais son état psychique s'aggravant, elle est admise en unité médicalisée. Elle est repartie à plusieurs reprises dans son appartement fermé ou dans sa famille. Mais, petit à petit, après avoir été beaucoup aidée par chaque soignant de l'équipe, en particulier par les aides-soignantes qui la stimulaient et l'encourageaient, peu à peu, elle a repris confiance en elle. Elle s'est mise de nouveau à s'occuper de ses voisines. Après quelques semaines, elle a pu revenir dans notre pavillon de personnes âgées valides.* »

Quel est l'importance de l'environnement pour la personne âgée?

L'environnement de la personne âgée a un rôle capital pour le bien-vieillir. Nous l'avons vu, l'identité de l'individu change avec le temps et en vieillissant il devient plus fragile. Ces perturbations peuvent amener un sentiment de résignation face à des activités de la vie de tous les jours. La personne âgée a plus de mal à se déplacer pour faire ses courses, elle ne sait plus s'occuper de son jardin, elle ne va plus en vacances, etc. Le sentiment de dépendance va commencer à s'installer. Et comme le disait la philosophe Jeanne Hersch, « *Être vraiment un homme, c'est faire usage à la fois de deux facultés bien particulières: celle de penser et celle*

²⁹Dr Louis Ploton, « La personne âgée, son accompagnement médical et psychologique et la question de la démence », 2003.

³⁰Intervention tirée du colloque Alzheimer et autres maladies neurologiques. Le 21 septembre 2009, au Ministère de la Santé. (France).

*de décider. C'est donc intervenir dans un monde par des actes consciemment voulus et assumés.»*³¹ Cette citation nous montre l'importance qu'il y a de lutter contre l'apparition de la dépendance chez la personne âgée. Une personne dépendante perd sa liberté. Le déclin de ses capacités d'agir peut causer une dévalorisation de l'image que la personne âgée a d'elle-même. Qui à terme sera un terrain psychologique propice pour le déclenchement du syndrome de glissement.

D'où l'importance d'un environnement sain et stimulant pour contrer ce sentiment de résignation face à la vieillesse. Il existe différents types de solutions environnementales pour accéder au bien-vieillir.

Une enquête du Consumer Science & Analytics de 2016 sur un échantillon de 2001 personnes montre que *«83% des personnes interrogées disent vouloir vieillir à leur domicile, contre 3% en maison de retraite. 14% n'ont pas de préférence et 1% ne se prononcent pas»*³². Cette solution du maintien à domicile est aussi la solution la plus reconnue par les spécialistes en gériatrie. Selon les gériatres vieillir à domicile, c'est mieux vieillir et c'est aussi vivre plus longtemps. Le maintien à domicile permet aux personnes âgées de continuer à exister comme avant sans changer leurs habitudes. Leur maison prend une place très importante dans leur vie quotidienne. Mais pour que la personne âgée puisse rester à domicile, il faut qu'elle soit soutenue par différents aidants qualifiés. Sans oublier un aménagement adéquat de son logement.

Selon une étude du Service Public Wallon (SPW) du 31 décembre 2012. *«Jusqu'à 80 ans, la plupart des séniors (96 %) restent très indépendants et n'utilisent encore que très peu les aides disponibles. La très grande majorité des personnes âgées de 60 ans et plus vivent chez elles, seules ou en famille, 48 000 (6 %) vivent en maison de repos et 1 800 (0,2 %) dans une résidence-services. À partir de 80 ans le besoin d'aide augmente, 15 % des personnes de 80-89 ans vivent en maison de repos et 10 % bénéficient d'une aide à domicile. Après 90 ans, 38 % des personnes vivent en maison de repos et 15 % reçoivent une aide à*

³¹Jeanne Hersch, Courrier de l'ONU « Le droit d'être un homme », n°1968.

³²Enquête de l'institut de sondages CSA (Consumer Science & Analytics), «Domicile et citoyen».

domicile. Mais même à ces grands âges, encore près de 46 % des personnes continuent de vivre chez elles sans recourir aux services formels d'aide disponibles. »³³

Ces chiffres montrent que la plupart des personnes vieillissent à domicile et que l'entrée en institution arrive tardivement. On observe aussi que l'utilisation des services à domicile n'est pas en adéquation avec le nombre de personnes vieillissant chez eux. L'aide-soignant par ses connaissances peut informer et guider la personne âgée afin de trouver des solutions pour son maintien à domicile.

Il y a de nombreux services à domicile disponibles tels que; l'aide et les soins (aides-soignants et infirmiers), la kinésithérapie, la pédicure, la logopédie, la coiffure, l'aide administrative, le transport, etc. Ces services peuvent permettre de maintenir le sentiment d'indépendance et de liberté.

Quand on parle de services à domicile il faut parler du Centre de coordination de Soins à Domicile. La prise en charge d'une personne peut s'avérer complexe et nécessiter l'intervention de plusieurs prestataires et services d'aide. C'est ici que le centre de coordination entre en jeu. Le centre a pour rôle d'aider la personne en difficulté en lui proposant des services selon ses besoins. L'assistant social clarifie les demandes et oriente vers les services les mieux adaptés à la situation. L'aide-soignant par ses visites, ses soins, ses conversations a un rôle essentiel à jouer. Il est le relais entre l'individu et le Centre de Coordination. Par ses observations, l'aide-soignant permet d'ajuster les services mis à disposition afin de maintenir une vie harmonieuse à domicile.

Le meilleur hébergement pour la personne âgée reste son domicile. Mais certaines personnes sont obligées d'entrer en institution collective. Il en existe différentes sortes. Dans notre histoire il y a une grande évolution dans l'humanisation des institutions gériatriques.

Tout d'abord l'hospice qui est l'origine de nos maisons de retraite moderne était destiné à accueillir les nécessiteux. Les personnes étaient accueillies dans de grande salle dans lesquelles ils y avaient des lits ou plutôt des paillasses. Sous Napoléon, les hospices accueillait en plus des nécessiteux, les blessés des nombreuses guerres. Les soins et les

³³Wallonie Santé n°5, « Les services pour personnes âgées en Wallonie », 2014.

bandages s'ajoutent à la nourriture et à la paille. Avec la révolution industrielle des changements s'opèrent. Les lits de pailles font place à de vrais lits et des réfectoires sont créés. À cette époque du milieu du dix-neuvième siècle dans les hospices, les personnes âgées remplacent les nécessiteux. Nombreux de ces établissements deviennent publics. Après la deuxième guerre mondiale, le nombre d'hospice publics augmentent. Les salles communes sont délabrées et sont décriés par la population. En réaction les pouvoirs publics et la Sécurité sociale se donnent comme objectif: d'humaniser ces établissements.

De nos jours, les institutions gériatriques sont devenues beaucoup plus humaines. Les dortoirs ont fait place à des chambres à un ou deux lits au confort minimum. Le plus souvent on y trouve des personnes âgées mais il y aussi des adultes handicapés.

La maison de retraite, est généralement un bâtiment récent ou ayant subi des rénovations. Cet établissement permet aux personnes âgées en perte d'autonomie de bénéficier de soutien et de soins d'un personnel permanent comprenant des aides-soignants, des infirmiers, des kinésithérapeutes, des ergothérapeutes, des animateurs et autres. Les maisons de retraites doivent répondre à des normes administratives, des normes d'hygiène, de sécurité, etc.

Elles doivent être également confortables et à avoir un programme d'animation. La personne âgée ou ses proches doivent faire une recherche minutieuse des différentes institutions avant de s'arrêter sur un choix. Il y a plusieurs caractéristiques qui entre en jeu dans le choix d'une maison de retraite. Comme par exemple: la distance avec la famille et les proches, l'état du bâtiment et des chambres, les prix, les types d'animations, la réputation, le nombre d'activités, etc. L'aide-soignant à domicile peut venir en aide dans ce choix difficile. Son expérience, ses relations peuvent être des aides précieuses.

Il y a certaines maisons de retraite qui offrent des lieux plus spécifique comme;

Le centre d'accueil de jour, qui accueille durant la journée des résidents qui y bénéficient de soins familiaux et ménagers et au besoin, d'une prise en charge thérapeutique et sociale.

Les centres de court séjour, accueille pour une durée temporaire (préalablement fixée) la personne dans une maison de repos. Le court séjour peut être choisi après une hospitalisation avant de rentrer chez soi ou encore pour une situation inhabituelle comme un départ en vacances de la famille. La durée d'un court séjour ne peut pas dépasser 3 mois.

La résidence service, est une belle alternative à la maison de repos. La résidence service est constituée de petits logements avec un séjour, une cuisine et une chambre. Le locataire de ce studio peut bénéficier des services mis à dispositions par la maison de repos. Ces résidences services permettent à la personne âgée de garder son autonomie tout en étant dans un environnement sûr et adapté. Le bémol sur ce système c'est son coût, qui n'est pas bon marché. Est-ce que les personnes âgées ont des revenus assez élevés pour se payer ce bien-être?

Le cantou, qui signifie «le coin du feu» en langue d'Oc, est un lieu qui regroupe des personnes ayant plus de difficultés psychiques et physiques. C'est un endroit familial accueillant une quinzaine de personnes, le lieu de vie est la cuisine, les repas sont préparés et consommé en commun.

Pour terminer, voici une idée qui est encore trop méconnue pour accueillir les personnes âgées. Ce sont des lieux qui regroupent différentes générations. Rassembler une maison de repos et une école maternelle est une idée pleine de bon de sens. L'échange entre un enfant et une personne âgée que ce soit pour des ateliers, des sorties, des activités ne peut être que bénéfique. L'exemple de «l'Orchidée» à Tourcoing en est un très bon exemple. Cette institution partage son terrain avec une crèche. Les bienfaits observés par les soignants sont plein d'espoir. Voici un témoignage interpellant *«Parmi eux (personnes âgées), il y avait cette dame qui s'était complètement arrêtée de parler. Un jour, les enfants se sont mis à chanter une comptine et d'un seul coup, elle les a suivis. Avec ma collègue, on s'est regardés, le temps s'est arrêté. On était complètement scotchées.»*³⁴

Ce soignant raconte *«Au contact des enfants, le résident se retrouve à transmettre. Il se rend compte qu'il est toujours capable de faire des choses. Et puis les petits ont un côté fougueux qui leur fait du bien.»*³⁵

L'Homme est un être social qui a besoin de communiquer et d'échanger. Quoi de plus stimulant que d'être avec des enfants pleins de vitalité. L'échange intergénérationnel peut être une solution pour que la personne âgée se sente utile. Le regard insouciant d'un enfant, qui ne porte pas de jugement, peut apporter beaucoup de joie et d'amour. Au lieu de se déconstruire, la personne âgée va construire de nouvelles relations qui vont stimuler son

³⁴Article de l'OBS par Henri Rouillier, « Que fait Karim, 2 ans, dans cette maison de retraite ? », 2018.

³⁵Ibid.

intellect et ainsi redonner un sens à son existence et revaloriser son image. Redonner de l'envie de vivre sans se soucier de l'âge, de l'apparence est essentiel pour le bien vieillir et éviter le déclenchement du syndrome de glissement. L'environnement ce n'est pas que l'habitat, c'est aussi toutes les interactions qui sont faites en son sein. Faire des activités, partager ses connaissances avec d'autres, sont des pistes pour retrouver le bonheur de vivre. Car comme dit le Dalai-Lama «*Le bonheur n'est pas une chose toute faite. Il découle de vos propres actions.*» Le cadre de vie de la personne âgée est aussi important que les soins qu'on lui apporte. L'une des conséquences du déséquilibre entre l'individu et son environnement est le déclenchement du syndrome de glissement. Établir un environnement harmonieux est décisif pour s'en prémunir.

Partie pratique

Comment l'aide-soignant peut prévenir l'apparition du syndrome de glissement?

La prévention

Pour l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), la prévention se divise en 3 niveaux (primaire, secondaire et tertiaire).

L'aide-soignant peut utiliser ces 3 niveaux de prévention afin d'être le plus réactif pour combattre l'apparition du syndrome de glissement chez le patient.

Qu'est-ce que la prévention primaire?

C'est agir avant l'apparition de la maladie. La «prévention primaire» est toujours selon l'OMS, *«l'ensemble des actes destinés à diminuer l'incidence d'une maladie, donc à réduire l'apparition de nouveaux cas. En agissant en amont, cette prévention empêche l'apparition de la maladie. Elle utilise l'éducation et l'information auprès de la population.»*³⁶ Autrement dit, ce sont tous les actes qui permettent d'éviter le déclenchement du syndrome de glissement. La définition de l'OMS met l'accent sur l'utilisation de l'information et de l'éducation comme outil de prévention primaire. On retrouve le rôle de pédagogie dans l'action du soignant.

La prévention secondaire?

Se déroule au début de la maladie. D'après l'OMS est, *«l'ensemble des actes destinés à diminuer la prévalence d'une maladie, donc à réduire sa durée d'évolution. Elle intervient dans le dépistage de toutes les maladies et comprend le début des traitements de la maladie.»*³⁷

La prévention tertiaire?

Lorsque la maladie est installée. L'OMS définit la prévention tertiaire, est *«l'ensemble des actes destinés à diminuer la prévalence, des incapacités chroniques ou des récurrences dans la population, donc à réduire les invalidités fonctionnelles dues à la maladie. Agit en aval de la maladie afin de limiter ou de diminuer les conséquences de la maladie et d'éviter les rechutes.*

³⁶Rapport Flajolet, «la prévention: définitions et comparaisons», annexe 1.

³⁷Ibid

Dans ce stade de prévention les professionnels s'occupent de la rééducation de la personne et de sa réinsertion professionnelle et sociale.»³⁸

En mettant des actions préventives en place, l'aide-soignant peut guider la personne âgée sur le chemin du bien-vieillir.

Voici quelques actions évitant une «amorce» du syndrome de glissement:

Prévenir les chutes

La chute est souvent vue comme la prémisse de la perte d'autonomie. Les conséquences d'une chute sont des contusions, des hématomes, des entorses et des fractures (fracture du col du fémur). Cet accident peut mener à une hospitalisation et par la suite à une entrée prématurée en institution gériatrique. À cela s'ajoute des conséquences psychiques qui sont aussi dommageables. La personne fragilisée peut entrer dans un cercle vicieux comme décrit ci-dessous^{fig1}. La peur de rechuter va amener à une diminution de l'activité physique. Ce manque de sollicitation musculaire cause une fonte des muscles qui aboutira à une perturbation de l'équilibre.

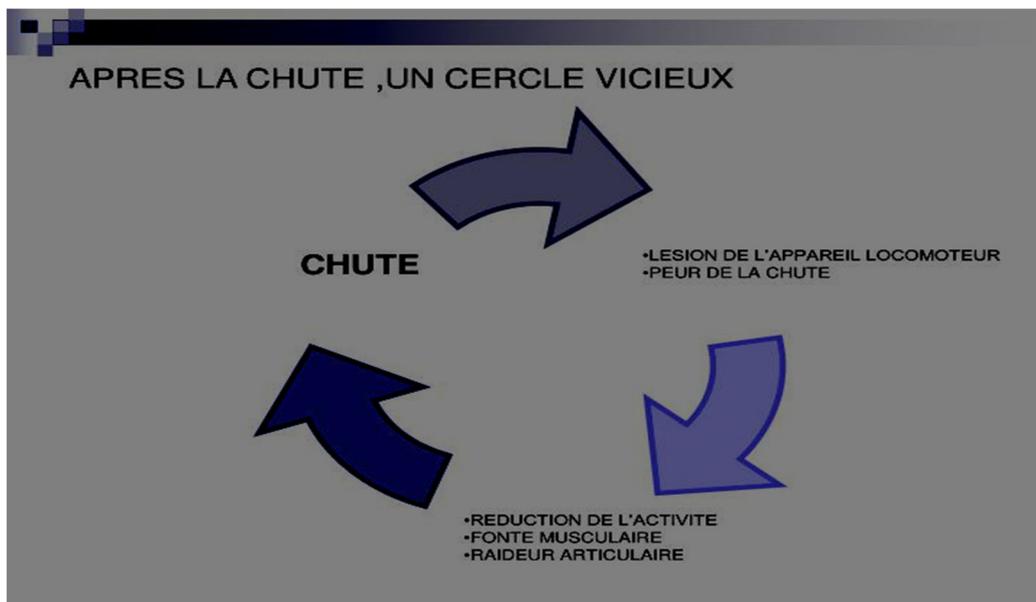


Fig.1: Image provenant de www.slideserve.com/nuwa/troubles-de-l-equilibre-chute-et-syndrome-post-chute

³⁸Rapport Flajolet, «la prévention: définitions et comparaisons», annexe 1

Les causes des chutes peuvent être divisées en deux catégories: Les causes externes et les causes internes. Les causes externes concernent l'environnement de l'habitation.

Lutter contre les causes externes;

Il faut éviter que l'habitation soit un lieu à risque. L'aide-soignant peut donner des conseils pratiques comme fixer les câbles électriques ou téléphoniques, éviter les tapis au sol (surtout dans les escaliers), bannir les éclairages trop faibles, installer de barres de soutien, utiliser des moyens de contention, etc. L'aide-soignant peut informer la personne fragilisée sur les nouvelles avancées technologiques qui permettent son maintien à domicile (exemple la télé-vigilance).

Les causes internes sont tous les facteurs intrinsèques;

Le moyen de prévention le plus efficace et le moins coûteux, c'est l'activité physique. Marcher même si ce n'est qu'une demi-heure, monter les escaliers ou réaliser des petites tâches simples de la vie courante, faire des petits exercices d'assouplissement, etc.

L'alimentation a aussi son importance dans la prévention des chutes. Pour éviter une trop grande dégénérescence de la masse musculaire et squelettique, il faut encourager une alimentation riche en calcium, vitamine D et en protéines. Le renforcement des muscles et la souplesse vont améliorer l'équilibre. Des muscles forts, un équilibre stable et une bonne souplesse, voilà autant d'éléments qui jouent un rôle clé dans la prévention des chutes.

Éviter l'apparition d'infection

Le respect des règles d'hygiène générales doivent être appliquées. L'application des règles d'hygiène a une place essentielle dans la lutte contre l'infection. Ces règles permettent de lutter contre les sources de contamination et réduire les voies de transmission. L'hygiène est un sujet vaste qui touche de nombreux aspects de notre vie. Il y a l'hygiène corporelle, l'hygiène alimentaire, l'hygiène environnementale, l'hygiène du linge, etc.

Les mains sont les outils les plus employés par les soignants et le soigné. C'est pour cela qu'il est important d'expliquer ou de réexpliquer les règles d'hygiène des mains. La simple pose d'une affiche dans la cuisine ou dans la salle de bain montrant le bon procédé du lavage des mains peut-être une action préventive simple et efficace. Sans oublier que toute action doit être accompagnée d'explications.

Il y a d'autres actions afin d'échapper aux infections comme une bonne hygiène corporelle générale, cela passe par une bonne exécution de la toilette. En suivant les règles apprises durant la formation pratique (comme utilisé des gants de toilette différents pour le haut et le bas du corps, les changements d'eau aux moments adéquats), garder les ongles coupés courts, assurer une bonne aération du logement, respecter la chaîne du froid pour l'alimentation, etc. Il est essentiel de garder en tête que ces petits actes d'hygiène peuvent avoir des résultats stupéfiants sur l'apparition ou non du syndrome de glissement. Un proverbe Wolofs³⁹ dit «*La propreté est la clé de la santé.*»⁴⁰

Prévenir la perte d'autonomie

La perte d'autonomie est un mal qui touche de nombreuses personnes âgées. Est-ce qu'on ne décide pas trop à la place de nos aînés? Si l'on retire la prise de décision à une personne, on lui retire une part de sa liberté. Il arrive que la famille ou le personnel soignant choisissent ce qui est bon pour le soigné sans prendre en compte son avis.

Comme le démontre ce témoignage, «*Madame Y. après une chute chez elle, n'a pas pu se relever seule. Elle crie en vain, toute la nuit pour appeler sa voisine. Les pompiers l'ont transportée à l'hôpital. Après divers examens, on ne trouve pas de traumatismes mais seulement une infection urinaire. Elle est admise dans une unité médicalisée d'une maison de retraite. Mise à part sa baisse de vue, elle n'a pas d'ennuis graves de santé. Après sa guérison, Madame Y. pourrait envisager sa sortie, malgré ses 95 ans elle est encore lucide et a bien récupéré. Elle a toute sa vie désiré de ne pas finir ses jours en maison de retraite. Après plusieurs entrevues difficiles avec sa fille, elle accepte enfin le placement. Sa famille est arrivée à lui faire admettre qu'en maison de retraite, elle serait bien en sécurité.*» Malheureusement selon les soignants ce témoignage n'est pas un cas isolé.

Je ne sais pas pour quelle raison mais pour certaine famille ou soignant, la personne âgée n'est plus capable de choisir sa propre vie. Décider pour quelqu'un ce n'est pas lui rendre service, c'est juste l'installer dans une forme de dépendance. Si la personne âgée se laisse trop prendre

³⁹Les Wolofs, sont des populations d'Afrique de l'Ouest vivant principalement au Sénégal.

⁴⁰Les pensées et proverbes wolofs, 1963

en charge, elle peut perdre son autonomie. Ce qui engendre une perte de son image de soi et une dépendance de plus en plus grande.

Un autre fait souvent rencontré et qui peut mener à la perte d'autonomie, c'est quand le soignant maternel trop la personne âgée. Durant mes stages, j'ai parfois été stupéfié de l'infantilisation de la personne âgée, comme si parler à une femme de 85 ans ou avec un enfant de 2 ans était semblable. L'aide-soignant doit être attentif à ne pas trop mater la personne âgée et lui laisser l'opportunité de choisir. La psychologue Sophie Laublin explique que *«Le désir d'aider l'autre est souvent la source de cette attitude infantilisante mais il peut conduire à de la maltraitance, le soignant pouvant alors s'ériger en parent tout-puissant, omnipotent et par là même, castrant, par un déni de la personne prise en charge.»*⁴¹ La personne âgée n'est pas un enfant, il faut faire preuve de respect envers elle, en la considérant comme un adulte à part entière.

Savoir observer les signes avant-coureurs de la perte d'autonomie permet d'éviter son déclenchement. Si l'aide-soignant reste attentif, il peut déceler certaines modifications qui peuvent toucher une personne âgée.

Ces changements peuvent être; une augmentation des problèmes de santé, un manque d'hygiène, une mauvaise alimentation, perte de l'envie de cuisiner, le non-paiement des factures, des pertes de mémoires, des colères irrationnelles, etc.

Voici quelques conseils qui peuvent aider l'aide-soignant afin de prévenir la perte d'autonomie;

- Aider la personne âgée le moins possible, en la stimulant pour qu'elle ne perde pas ce qui lui reste d'autonomie ou qu'elle en retrouve en partie, ne pas tout faire à la place de la personne âgée, éviter de la mater.
- Aider la personne à vivre à son rythme, à se sentir utile.
- Respecter ses habitudes. Cela peut éviter les perturbations et la régression causée par le changement.

⁴¹Sophie Laublin, « Le Journal des psychologues », 2008.

- Aider la personne âgée à satisfaire ses besoins et ses fonctions (marche, alimentation, traitement de l'incontinence...)
- Guider la personne âgée dans sa marche ou son retour vers l'autonomie.
- Faire preuve de patience.
- Aider la personne âgée à choisir les habits, les aliments,...
- La motiver pour mieux se prendre en charge.
- Observer la personne âgée et l'aider à retrouver les gestes perdus, à progresser.
- Contribuer dans l'équipe soignante à créer une dynamique pour que tous les intervenants, au service de la personne âgée, aillent dans le même sens.
- Responsabiliser la personne âgée, en lui laissant des choix, pour éviter qu'elle ne s'abandonne aux soignants et ne glisse vers la dépendance totale.
- Durant la toilette ou le soin, demander la coopération de la personne.
- Utiliser l'échelle de Katz⁴²

Prévenir la déshydratation

La déshydratation touche de nombreuses personnes âgées car le vieillissement altère la sensation de soif. Il y a aussi des personnes préférant ne pas boire par peur d'avoir des problèmes d'incontinence. L'éducation ou la culture peuvent aussi faire que certaines personnes n'ont pas pris l'habitude de boire régulièrement. L'aide-soignant est également vigilant à la prise des médicaments diurétiques chez la personne âgée favorisant la perte d'eau.

En sachant que la quantité moyenne d'eau contenue dans un organisme adulte est de 65 %. Il est aisé de comprendre que les conséquences d'une déshydratation peuvent être désastreuses pour le physique et le psychisme de la personne âgée. En effet si la déshydratation se prolonge, les cellules de l'organisme se dessèchent et meurent, en l'occurrence les neurones. Elles sont les plus sensibles à la déshydratation et entraînent dans la plupart des cas une hospitalisation. C'est pourquoi il est important que l'aide-soignant accompagne et veille à ce que la personne

⁴²Échelle de Katz, est l'une des plus anciennes mesures de la dépendance. Elle décrit les activités de la vie quotidienne : toilette, habillement, déplacement, alimentation, déplacement au WC, contrôle des sphincters.

âgée s'hydrate suffisamment à longueur de journée. Il faut inciter et éduquer à boire «sans soif», même si ce sont des petites quantités. L'aide-soignant est attentif chez la personne âgée à une sécheresse de la bouche et de la langue non habituelle, une confusion récente, une perte d'orientation.

L'aide-soignant avec les autres membres de l'équipe peut établir une fiche de surveillance de boisson pour les personnes âgées à surveiller. Cette feuille mise à jour après chaque repas, par tous les soignants pourra aider le médecin à adapter son traitement.

D'autres actions peuvent aider l'aide-soignant à prévenir la déshydratation;

- Mise en place d'un bilan hydrique.
- Mettre des boissons à portée de main.
- Stimuler les personnes à boire régulièrement.
- Alternier eau plate, eau gazeuse ou eau gélifiée.
- Proposer des boissons variées: jus de fruits, thé, tisane, café, chocolat au lait...
- Saler les plats (le sel retient l'eau dans l'organisme).
- Maintenir une bonne hygiène bucco-dentaire.
- Peser les sujets à risque : en période de canicule par exemple la pesée se fera deux fois par semaine, toute perte de plus de 2 kg en trois jours est une alerte.

Lutter contre l'isolement:

L'isolement peut conduire la personne âgée à la tristesse et à la constatation du temps qui passe. Au fil du temps, la personne se replie de plus en plus sur elle-même, elle ne sort plus de chez elle, prends moins soin de son aspect. Elle n'a plus d'appétit pour la vie. Il y a plus de sensation de joie ou de peine, la personne se trouve dans un entre deux. Elle n'a plus envie de faire des activités, n'a plus d'appétence, elle reste passive chez elle ou dans sa chambre.

L'aide-soignant peut agir contre ce sentiment d'isolement par des actes simples mais efficaces. Comme par exemple;

- Faire participer à des activités.

- Manger en groupe.
- Observer si la personne se met à l'écart des autres.
- Inciter à la communication.
- Dialoguer.
- Écouter.

Le dernier élément qui est l'écoute doit être pris dans le sens «d'écoute active». L'écoute active est une notion développée par le psychologue Carl Rogers. Cette technique a pour but d'améliorer la qualité de l'écoute. Celui qui pratique l'écoute active doit être attentif, ouvert et neutre. *«Cette écoute active repose sur cinq conditions : accepter l'autre comme il est, être centré sur le ressenti de l'autre en allant au-delà des faits, voir le problème du point de vue de l'autre, se montrer respectueux de ce que l'autre vit et enfin être le miroir de ce qu'il ressent.»*⁴³

Il y a 4 techniques pour mettre en place l'écoute active;

1. Reformulation par l'écouter de ce qu'il a entendu, en disant par exemple:

«En d'autres mots tu dis que...»

«Si je comprends bien...»

2. Clarification de ce qu'il a entendu, en disant par exemple:

«Que veux-tu dire par...»

«Pourrais-tu m'expliquer...»

3. Validation des sentiments de la personne écoutée, en disant par exemple:

«Tu es triste à cause de...»

«Tu crois avoir été injustement traité parce que...»

4. Proposer une conclusion ou un résumé de la conversation, en disant par exemple:

«En somme, ce que tu veux dire est que...»

«Est-ce bien ce que tu penses ?»

⁴³<https://les-defis-des-filles-zen.com/ecoute-active-4-cles-1-defi>.

Ces 4 techniques d'écoute sont autant d'outils qui peuvent mettre en confiance les interlocuteurs. Savoir écouter plus avec son cœur qu'avec sa raison permettra à la personne âgée de se confier sans se soucier du «qu'en-dira-t-on». *«Une oreille attentive est exceptionnelle aussi bien pour celui qui écoute que pour celui qui parle. Lorsque nous sommes reçus à cœur ouvert, sans être jugés, qu'on nous écoute d'une oreille intéressée, notre esprit s'ouvre.»*⁴⁴ Ces échanges sincères sont des moyens très efficaces pour contrer le repli sur soi et l'isolement.

Coordination de l'équipe:

En institution la coordination et la communication avec les équipes pluridisciplinaires sont des éléments essentiels pour combattre le déclenchement du syndrome de glissement. Les observations des aides-soignants qui sont transmises aux infirmiers et/ou aux médecins permettent une meilleure prise en charge de la personne âgée. Les actions que les aides-soignants peuvent mettre en œuvre sont;

- Effectuer des réunions d'équipe
- Transmissions des différentes observations
- Favoriser la bonne entente, cohésion d'équipe
- Échange de savoirs et d'informations entre soignants

Lutter contre la douleur:

La douleur est une souffrance qui touche de nombreuses personnes âgées. Il est difficile pour le soignant de se rendre compte de l'intensité et de la gêne de la douleur chez le patient. La douleur est *«quelque chose de personnelle intégrant un vécu, une culture et une expression relative à l'intégration de cette valeur par le sujet.»*⁴⁵ Mais savoir reconnaître l'intensité et le type de douleur peut permettre de déterminer l'attitude thérapeutique et d'adapter le traitement. Cela peut aussi aider les autres intervenants pour la prise en charge des patients, améliorer la relation de confiance et la coopération entre le soignant et le soigné. Il existe différentes méthodes pour évaluer la douleur;

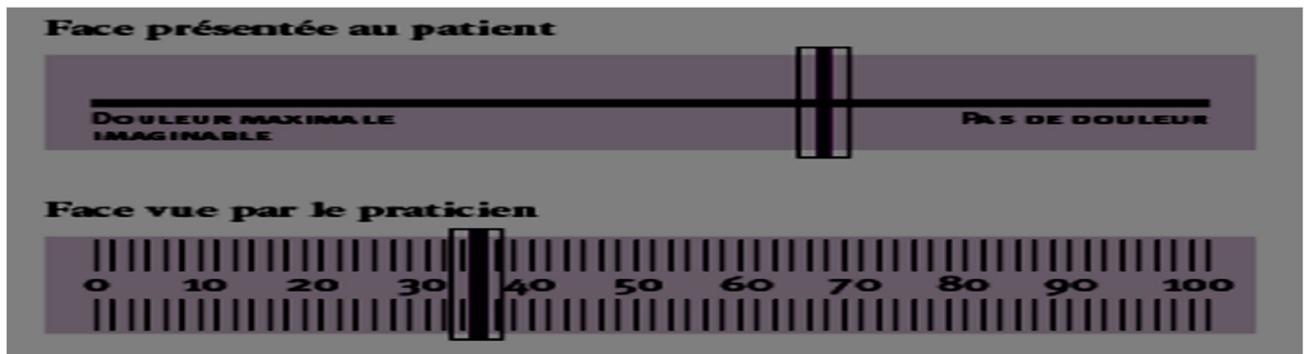
⁴⁴Citation de Sue Patton Thoele, psychologue et écrivaine américaine.

⁴⁵<https://www.infirmiers.com/etudiants-en-ifs>.

- L'échelle numérique (E.N), l'aide-soignant demande au patient d'évaluer l'intensité de la douleur au moment présent. Il peut aussi lui demander la douleur habituelle depuis les 8 derniers jours et la douleur la plus intense depuis les 8 derniers jours. L'aide-soignant demande au patient de noter sa douleur de 0 à 10. Zéro étant l'absence de douleur et dix la douleur maximum imaginable.



- L'échelle visuelle analogique (E.V.A), l'aide-soignant va demander au patient d'utiliser une réglette avec deux faces distinctes. La partie présentée au patient possède une ligne sur laquelle il va déplacer un curseur. À une extrémité il est inscrit «absence de douleur» et l'autre extrémité il est noté «douleur maximale imaginable». La partie tournée vers le soignant affiche en correspondance une échelle graduée de 0 à 10 ou parfois de 0 à 100. Le chiffre le plus faible représente toujours la douleur la moins élevée.



- L'échelle Doloplus 2, est une échelle souvent utilisée chez la personne âgée atteinte de troubles cognitifs ou en incapacité de communiquer. Elle comporte 10 catégories réparties en trois sous-groupes. Chaque catégorie est cotée sur quatre niveaux. Cette échelle nécessite une cotation en équipe afin d'être la plus précise possible. «À domicile, on peut intégrer la famille et les autres intervenants en s'aidant d'un cahier de liaison, du téléphone, voir d'une réunion au lit du malade.»⁴⁶

⁴⁶Association Doloplus, « <http://www.doloplus.fr/lechelle-doloplus> ».

Lorsque le score est supérieur ou égal à 5/30, il existe une douleur à prendre en charge. Si une des catégories n'est pas adaptée, il faut s'abstenir de le coter et en tenir compte dans la cotation finale. L'utilisation de cette échelle demande un peu d'entraînement.

Echelle DOLOPLUS - 2		EVALUATION COMPORTEMENTALE DE LA DOULEUR CHEZ LA PERSONNE AGE			
NOM :		Prénom :		Service :	
Observation Comportementale		DATES			
RETENTISSEMENT SOMATIQUE					
1• Plaintes somatiques	pas de plainte	0	0	0	0
	plaintes uniquement à la sollicitation	1	1	1	1
	plaintes spontanées occasionnelles	2	2	2	2
	plaintes spontanées continues	3	3	3	3
2• Positions antalgiques au repos	pas de position antalgique	0	0	0	0
	le sujet évite certaines positions de façon occasionnelle	1	1	1	1
	position antalgique permanente et efficace	2	2	2	2
	position antalgique permanente inefficace	3	3	3	3
3• Protection de zones douloureuses	pas de protection	0	0	0	0
	protection à la sollicitation n'empêchant pas la poursuite de l'examen ou des soins	1	1	1	1
	protection à la sollicitation empêchant tout examen ou soins	2	2	2	2
	protection au repos, en l'absence de toute sollicitation	3	3	3	3
4• Mimique	mimique habituelle	0	0	0	0
	mimique semblant exprimer la douleur à la sollicitation	1	1	1	1
	mimique semblant exprimer la douleur en l'absence de toute sollicitation	2	2	2	2
	mimique inexpressive en permanence et de manière inhabituelle (atone, figée, regard vide)	3	3	3	3
5• Sommeil	sommeil habituel	0	0	0	0
	difficultés d'endormissement	1	1	1	1
	réveils fréquents (agitation motrice)	2	2	2	2
	insomnie avec retentissement sur les phases d'éveil	3	3	3	3
RETENTISSEMENT PSYCHOMOTEUR					
6• Toilette et/ou habillage	possibilités habituelles inchangées	0	0	0	0
	possibilités habituelles peu diminuées (précautionneux mais complet)	1	1	1	1
	possibilités habituelles très diminuées, toilette et/ou habillage étant difficiles et partiels	2	2	2	2
	toilette et/ou habillage impossibles, le malade exprimant son opposition à toute tentative	3	3	3	3
7• Mouvements	possibilités habituelles inchangées	0	0	0	0
	possibilités habituelles actives limitées (le malade évite certains mouvements, diminue son périmètre de marche)	1	1	1	1
	possibilités habituelles actives et passives limitées (même aidé, le malade diminue ses mouvements)	2	2	2	2
	mouvement impossible, toute mobilisation entraînant une opposition	3	3	3	3
RETENTISSEMENT PSYCHOSOCIAL					
8• Communication	inchangée	0	0	0	0
	intensifiée (la personne attire l'attention de manière inhabituelle)	1	1	1	1
	diminuée (la personne s'isole)	2	2	2	2
	absence ou refus de toute communication	3	3	3	3
9• Vie sociale	participation habituelle aux différentes activités (repas, animations, ateliers thérapeutiques,...)	0	0	0	0
	participation aux différentes activités uniquement à la sollicitation	1	1	1	1
	refus partiel de participation aux différentes activités	2	2	2	2
	refus de toute vie sociale	3	3	3	3
10• Troubles du comportement	comportement habituel	0	0	0	0
	troubles du comportement à la sollicitation et itératif	1	1	1	1
	troubles du comportement à la sollicitation et permanent	2	2	2	2
	troubles du comportement permanent (en dehors de toute sollicitation)	3	3	3	3
COPYRIGHT		SCORE			

Il existe encore d'autres échelles permettant d'évaluer la douleur chez une personne âgée. Comme l'échelle verbale simple (E.V.S) ou l'échelle comportementale chez la personne âgée. Le choix d'utilisation d'un moyen d'évaluation de la douleur dépend de la situation, du contexte et des intervenants. L'aide-soignant choisit l'échelle qui correspond le mieux à la situation et en collaboration avec les autres intervenants. C'est un choix qui est subjectif et qui dépend de l'expérience de chacun. «Si l'évaluation de la douleur doit devenir un paramètre aussi routinier que la mesure du pouls, de la pression artérielle et de la température, elle n'est pas aisée et demande une certaine expérience, des connaissances et une remise en question

*permanente de son efficacité.»*⁴⁷ La reconnaissance de la douleur et son traitement sont autant de soutiens psychologiques et thérapeutiques pour lutter contre l'apparition du syndrome de glissement.

Relaxer la personne âgée:

La relaxation fait partie des médecines douces. C'est une forme curative accessible à tous qui pourrait combattre l'apparition du syndrome de glissement. Elle constitue une manière de se relier à son intériorité grâce à un travail sur la respiration, sur la prise de conscience, de la détente de toutes les parties du corps, ainsi que la visualisation. C'est faire le vide en soi, diminuer le stress et l'anxiété qui cause des problèmes de santé car le corps et l'esprit sont étroitement liés.

Dans un état de tension, il se produit une séparation plus ou moins importante entre le corps et l'esprit. Le mental n'est plus en harmonie avec le corps mais il est contre lui. Ce conflit interne entre corps et esprit peut donner lieu à de nombreux symptômes : cauchemars, insomnies, troubles gastro-intestinaux, problèmes respiratoires, altération du rythme cardiaque, baisse de la mémoire, etc. Pour solutionner toutes ces douleurs, il faut réinstaller une entente perdue. Le pouvoir de l'esprit est plus faible que le corps. Quand l'esprit lutte contre le corps il perd toujours car le corps est plus puissant. Comme nous l'explique le psychiatre Christophe André, *«le corps représente une source considérable d'informations et d'outils pour permettre à l'esprit de bien faire son travail»*⁴⁸

Le professeur Antonio Damasio a montré que les personnes ne ressentant plus d'informations corporelles en raison de lésion ou de maladie, ont des fonctions intellectuelles perturbées. Les techniques de relaxation agissent en tant que médiateur de paix, entre le corps et l'esprit. Quand les muscles se relâchent, les capillaires se dilatent et le sang circule mieux dans les fibres musculaires, ce qui permet d'éliminer les tensions. Les rythmes respectifs du corps et de l'esprit s'alignent et s'unissent créant une circulation harmonieuse des énergies, source de bien-être. Comme le dit la célèbre citation latine «Men sana in corpore sano».

Lorsqu'une personne est stressée, il est possible de l'apaiser par le souffle et la détente musculaire. Cela n'est pas spontané, le patient peut apprendre par des exercices de relaxation,

⁴⁷Vincent ELMER, « <https://www.infirmiers.com/etudiants-en-ifsu> ».

⁴⁸Christophe André, «Le corps et l'esprit sont très étroitement connectés », l'express du 27/09/2014

de méditation qui vont peu à peu modifier ses câblages cérébraux. L'entraînement de l'esprit modifie énormément le corps, notamment par le biais de la régulation émotionnelle. Le psychiatre Christophe André nous explique que «*depuis la fin des années cinquante, on sait que les émotions négatives comme le stress et la colère entraînent des effets délétères sur le corps.*»⁴⁹ Une étude «Nun Study»⁵⁰ porté sur plus ou moins 700 religieuses américaines démontra que les sœurs qui avaient le plus de pensées positives vivaient plus longtemps et en meilleur santé.

On entend souvent dire que les méthodes de relaxation couvrent les symptômes, les endorment mais n'ont pas d'effets sur les causes du mal, or cela n'est pas la réalité. Toutes les techniques de relaxation essaient à leur manière de produire des effets généraux tant au niveau des symptômes qu'au niveau des causes. Même s'il est vrai que dans des situations graves la relaxation ne peut pas être la solution sans être associée un traitement thérapeutique adéquat. Il ne faut pas tomber dans l'angélisme en pensant que la relaxation peut tout résoudre mais ne sous-estimons pas non plus sa puissance pour empêcher l'apparition de pathologies. En sachant que l'efficacité d'une technique de relaxation dépend de l'individu qui la pratique, il y a des personnes qui obtiennent des meilleurs résultats via une méthode plus concentrée sur l'esprit. D'autres auront de meilleurs résultats avec des techniques agissant au niveau émotionnel et pour finir, d'autres sont plus réceptifs aux techniques focalisées sur le corps et les muscles.

Avant d'expliquer les techniques de relaxation quelques point importants.

- Quelques soit les méthodes de relaxation, les positions les plus pratiques sont la position allongé et la position assise.
- Avoir les yeux fermés: cela réduit la dispersion énergétique et permet de ralentir le cerveau rationnel, source d'anxiété et de préoccupations. Mais s'il y a des risques de perte d'équilibre ou si cela demande trop d'effort. Il vaut mieux laisser les yeux ouverts et fixer un point.

⁴⁹Christophe André, «Le corps et l'esprit sont très étroitement connectés», l'express du 27/09/2014

⁵⁰Positive emotions in early life and longevity : findings from the nun study », collectif in *Journal of Personality and Social Psychology*, 2001.

- La tenue vestimentaire: les vêtements doivent être confortables, souples et qui ne sert pas la taille. Il est préférable de desserrer la ceinture, les cols, les cravates. Il est aussi préférable de retirer les chaussures, les lunettes, les lentilles de contact, les montres et autres objets. Il est aussi important de se munir d'une couverture en position allongée. La couverture renforce un sentiment de sécurité et de bien être pour l'individu.
- L'environnement: il va de soi que la pièce doit être calme, la température doit être suffisamment chaude et la lumière tamisée. Dans la mesure du possible, il vaut mieux éviter les bruits extérieurs (couper les sonneries, fermer fenêtres, les portes, etc.)

Quatre méthodes de relaxations:

La méthode Vogt

Oskar Vogt, un neurophysiologiste allemand qui s'est consacré à l'étude du sommeil et de l'hypnose. Il était particulièrement intéressé par la récupération de l'énergie, l'augmentation de la sensation de bien-être. Il mit au point en 1903 une méthode dites de relaxation fractionnée qui a servi de modèle à toutes les techniques de relaxation misent au point par la suite. Cette méthode permet aux individus qui ont des difficultés de se plonger dans la relaxation et d'y arriver en mettant toute leur attention sur ce qui se passe dans leur corps, en particulier dans les muscles. Le principe réside dans le pouvoir qu'à chaque être humain de provoquer des contractions et détentes musculaires par la force de la pensée. Cette technique est très utile pour les personnes: impulsives, agressives, stressées, préoccupées, inquiètes.

En effet cette méthode est de rendre plus calme, facilite la concentration, abaisse le niveau d'impulsivité, renforce la mémoire. Le principe est très simple, il s'agit de relaxer un à un tous les muscles du corps par l'action de la pensée.

Cela veut dire qu'il faut imaginer et sentir les parties du corps se détendre. On commence par les muscles des pieds puis on remonte petit à petit vers la tête, les nœuds vont se dénouer un par un par la visualisation et la sensation physique. C'est ce que l'on appelle la «concentration passive», cela veut dire que l'on doit être concentré sur un muscle tout en restant relaxé, calme comme si nous étions un simple spectateur.

La relaxation de Vogt peut se faire allongée ou assis sur un fauteuil. Les exercices se font trois fois par jour: le matin avant de se lever, après le déjeuner, le soir avant de dormir. Cela doit

être la dernière chose que l'on fait avant de s'endormir. La durée de l'exercice est de plus ou moins cinq minutes.

Pratique de la méthode Vogt, l'aide-soignant va être le guide de la relaxation en indiquant les actions à suivre.

L'aide-soignant peut par exemple dire ;

« Je suis allongé sur le dos »

« J'ai les bras le long du corps »

« Mes jambes sont légèrement écartées »

« Je ferme les yeux et je respire profondément »

« Je laisse mes pensées s'envoler comme des nuages »

« Maintenant, je pense à mes pieds...à mes chevilles...à mes mollets...à mes cuisses...etc. »

En continuant comme cela en remontant le corps jusqu'au visage et même jusqu'au cuir chevelu. Puis laisser la personne être attentif à toutes les sensations qui traversent son corps.

La méthode des Ballons gonflés

Cette technique fut inventée par un ingénieur-psychologue américain, Maxwell Maltz. Il analysa le fait que selon lequel la réalité objective qui nous entoure n'a pour nous aucune valeur, si elle n'est pas accompagnée d'une conscience intérieure correspondante. Il n'est pas important que je sache qui je suis, ce qui compte c'est ce que je sais qui je crois être, qui je veux être. Il n'est pas important que je sache ce que j'ai subi, ce qui est important c'est ce que je crois avoir subi. Maxwell Maltz disait «...notre système nerveux ne peut évaluer la différence entre une expérience réelle et une expérience purement inventée»⁵¹

Pour lui la réalité qui nous entoure n'a d'existence que parce qu'elle est liée à une conscience intérieure qui lui correspond. Le résultat est que si je m'imagine avoir vécu une belle expérience, mon comportement se modifie «comme si» ce que j'ai imaginé était vrai. Pour l'inconscient le «comme si» n'existe pas.

Cette méthode de relaxation est aussi utile que la méthode Vogt et s'adresse au même type de personnes, les individus stressés, anxieux et préoccupés.

⁵¹Dr. Maxwell Maltz, « Psycho-Cybernetics ».

La différence avec la technique de Vogt réside dans le fait que les personnes ayant une bonne imagination auront de meilleurs résultats avec cette méthode. Le principe de la relaxation «Ballons gonflés». La personne est allongée, imagine que le corps est composé de cinq ballons qui sont placés comme ceux-ci. Deux ballons en forme de bras, deux ballons en formes des jambes, et un pour le tronc. Ensuite, il faut imaginer que les ballons se dégonflent en commençant par le ballon du bras droit.

Le Training autogène «s'entraîner soi-même»

Cette méthode de relaxation vient d'un psychiatre allemand, Henrich Schultz. Il publia son premier ouvrage sur le Training autogène en 1932. Cette méthode est née au début du siècle dans les milieux médicaux et scientifique qui travaillaient sur les phénomènes de l'hypnose. H.Schultz fut très enthousiaste vis-à-vis de la psychanalytique de Freud. Mais il se rend compte qu'une psychanalyse était très longue et qu'elle n'était pas forcément adaptée à tout le monde. C'est pour cela qu'il voulut concevoir une méthode plus simple, plus immédiate que chacun pourrait utiliser chez lui.

C'est une technique d'auto-induction de relaxation et de concentration pour éliminer les tensions de toutes sortes. Le psychisme peut intervenir sur le corps, c'est la pensée qui réussit à mobiliser le système nerveux végétatif quand il se concentre sur un organe précis. Le «Training autogène» prend en compte le fait que l'esprit peut agir sur le corps mais au contraire de la psychanalyse il part du corps, afin de produire également des résultats au niveau mental.

L'individu qui pratique cette technique de relaxation, aura une diminution des impulsions efférentes (qui vont du cerveau au corps). Cela veut dire que l'excitabilité sensorielle de notre corps diminue. C'est comme si l'organisme était en mode veille (comme pour l'hypnose). L'activité cérébrale diminue. Grâce à une électro-encéphalographie⁵² (EEG), des scientifiques ont réussi à mesurer la production d'ondes alpha. Ces ondes signalent la phase qui précède le sommeil. Les conséquences ne sont donc pas uniquement de relaxer le système musculaire mais aussi des modifications au niveau cérébral.

Ce qui prédispose la personne à recevoir les suggestions qui sont utilisées dans le Training autogène.

⁵²L'électro-encéphalographie est une représentation graphique de l'activité électrique du cœur.

Pour qu'une suggestion puisse agir, il faut se trouver dans un état de passivité. Si on récite la formule de suggestion «je suis calme, relaxé», on le devient vraiment, si on se trouve dans un état réceptif de passivité. L'état de passivité du Training autogène signifie que le néocortex⁵², responsable de la conscience active, de la logique, de la rationalité, s'éteint. Le Training autogène est utilisé pour ceux qui: veulent renforcer leur mémoire, veulent réduire leur émotivité, doivent résoudre des troubles d'hypertension, asthme, tremblements, troubles cardiaques, problèmes déambulatoires, énurésies, inquiétudes, troubles de la coordination. Le Training autogène est en six étapes, il s'agit de six exercices consécutifs, dont deux fondamentaux et quatre complémentaires.

1. **Lourdeur:** est composée de cinq phases. Il s'agit de penser l'un à la suite de l'autre à son bras droit, gauche, jambe droite, gauche pour finir par le reste du corps des épaules aux pieds. Entre chaque phase, il faut prononcer la formule intermédiaire, cela peut être par exemple «je suis calme et relaxé».
2. **Chaleur:** elle est aussi composée de cinq phases. Après l'exercice de la lourdeur il faut se concentrer sur son bras droit et le sentir devenir chaud. Ensuite il faut continuer avec le bras gauche puis les deux jambes et le reste du corps. Là aussi il faut prononcer la formule intermédiaire entre chaque phase.
3. **Cœur:** après lourdeur et chaleur, il faut concentrer son esprit sur les battements du cœur? Entendre le cœur battre de façon calme et régulière, pendant une durée d'environ une minute. Pour finir, on récite la formule intermédiaire.
4. **Respiration:** après lourdeur, chaleur et le cœur, il y a l'exercice de la respiration. Se concentrer sur l'air qui rentre en nous. Écouter la respiration, prendre conscience du trajet de l'air dans notre corps. Avoir une respiration calme et régulière pendant un temps moyen d'une minute. À la fin il faut réciter la formule intermédiaire.
5. **Plexus Solaire:** ce sont les organes contenus dans la cavité abdominale (foie, estomac, intestin et autres). Il faut essayer de visualiser les différents organes internes. Il y aura une sensation de chaleur au niveau du ventre. Finir en récitant la formule intermédiaire.
6. **Front frais:** après les exercices précédents exécutés les uns à la suite des autres. Il faut s'imaginer qu'un courant d'air vient caresser notre front qui devient ainsi agréablement frais. En finissant comme pour les autres exercices en récitant la formule intermédiaire.

L'exécution de ces exercices prendra plus ou moins dix minutes. Les effets du Training autogène sont: la relaxation, la concentration, le détachement, la passivité.

Le Yoga

Né en Inde il y a environ 5000 ans. Les premiers écrits retrouvés datent de 200 avant J-C. Des textes écrits en sanskrit⁵³ sous forme de petits proverbes. L'auteur serait un homme nommé Patanjali. Le yoga repose sur divers principes visant à développer harmonieusement le corps afin de rendre l'esprit plus léger et l'âme sereine. Le Yoga est un enchaînement de postures ou mouvements (asanas en sanskrit). La pratique du Yoga permet de réduire la fatigue, le stress et la douleur causée par le temps. La pratique du Yoga peut aider à se sentir «plus jeune». Un corps prenant de l'âge montre souvent des signes de faiblesse. Le Yoga peut lutter contre ces différentes faiblesses en maintenant l'équilibre, la flexibilité des articulations, une masse osseuse et musculaire normale.

Il y a cinq principes fondateurs du Yoga:

1. Le choix de l'exercice: il doit être approprié. Ne pas maltraiter son corps en faisant des exercices inadéquats ou contre indiqué à l'état de santé de la personne.
2. La respiration correcte: la respiration à une place primordiale dans le Yoga. Chaque mouvement est rythmé par les respirations. Faire des exercices sans respirer de façon correcte ne servirait à rien.
3. La relaxation correcte: la pensée ne doit pas vagabonder pendant la pratique. Ceci amène une concentration sur le moment présent mais en même temps le vide mental de tout ce qui ne concerne pas l'action présente et la relaxation.
4. L'alimentation: moins répandu en occident, c'est un principe essentiel en Inde. Il a une notion de végétarisme et d'alimentation saine pour la bonne santé du corps.

⁵³Le sanskrit ou sanscrit est une langue indo-européenne de la famille indo-aryenne, autrefois parlée dans le sous-continent indien.

5. La concentration et la méditation: lier le mental à la spiritualité. Pour les personnes âgées, il est préférable de pratiquer avec une chaise. On peut faire par exemple la position de la Montagne pendant cinq à huit respirations pour renforcer l'équilibre, la position de l'arbre pour la mobilité des hanches et il y a bien d'autres postures que l'on peut adapter pour les personnes âgées.

Pour avoir plus d'informations j'ai demandé à une professeure de Yoga exerçant en France, Lola, de me donner des conseils. Elle me conseilla de pratiquer le yoga sur une chaise comme je le disais précédemment et de les emmener vers plus d'intériorité pour les connecter à un état de paix. Pour ça, selon elle, il faut effectuer des mouvements amples, simples, qui ne réveillent pas la douleur (qui peut être présente dans leur corps) donc une pratique avec beaucoup de soin et d'adaptation. Travailler sur des longues expirations, travailler sur le détachement, le lâcher prise, se libérer des rancœurs de vie... Tout cela est possible lorsque la phase expiratoire devient plus longue. Le travail ainsi effectué sur le souffle est aussi une préparation pour ce dernier moment de vie.

Ensuite, elle m'expliqua que la relaxation en sanskrit se nomme Shavasana ce qui veut dire la posture du cadavre donc c'est une préparation à ce dernier temps. Pour elle, toute la démarche du yoga est en lien avec le moment, l'âge de notre vie et en fonction de cela, une façon de pratiquer et proposer. Donc, pour ce dernier moment de l'existence, aller vers l'abandon, une reconnexion à la foi si on en a une.

Ces méthodes de relaxation sont pour moi de belles solutions pour éviter le déclenchement du syndrome de glissement. Il est certain que ce sont des choix subjectifs et peut-être que tout le monde n'est pas réceptif à ces méthodes. Chacun se fera son propre avis mais il était important pour moi de les mentionner. J'espère que ces différentes actions et techniques pourront être utiles pour accompagner et soulager les personnes âgées.

Conclusion

Tout au long de ce travail j'ai essayé d'identifier les symptômes les plus rencontrés chez une personne affectée par le syndrome de glissement. Afin que l'aide-soignant puisse les reconnaître et qu'il puisse agir en amont pour éviter la dégradation de l'état général du patient. La perte d'un proche, une hospitalisation, un accident, l'aggravation ou la multiplication de maladies chroniques sont autant d'incidents qui doivent interpeller l'aide-soignant. Par son travail de proximité, l'aide-soignant, est l'acteur numéro un pour déceler un changement de comportement.

L'aide-soignant par sa pédagogie et ses actions préventives peut éviter à la personne affaiblie de sombrer dans un phénomène de cascade l'amenant ainsi à une dépendance totale. La somme de la dépendance physique et de la détresse mentale peut aboutir à l'établissement du syndrome de glissement.

L'aide-soignant peut palier à ce syndrome de glissement par son écoute, ses soins mais aussi en sortant des sentiers battus, en lui procurant du bien être mental. Le stress et l'anxiété qui sont les maux du siècle peuvent être contrés par la relaxation, l'activité physique, la culture, l'alimentation, etc. La seule fatalité qui nous touche tous c'est la mort mais avant cette dernière étape de l'existence, il est important de vivre pleinement. Qu'on soit âgé ou pas, le reste de la vie ne devrait pas être vécu dans l'attente de ce dernier événement mais bien dans une perspective de se rapprocher d'un certain bonheur.

L'aide-soignant peut redonner ces lettres de noblesse à la vieillesse, en la valorisant. La sagesse, les connaissances, les témoignages que nous apportent les aînés sont autant d'outils qui peuvent aider toute la société à avancer. L'amélioration de l'image de la vieillesse pourrait contribuer à faciliter le «vivre ensemble» dans notre société.

L'aménagement de l'environnement des personnes en détresse joue un rôle essentiel pour le retour au bien-être. Par environnement, il ne faut pas s'arrêter à l'hygiène ou la propreté des bâtiments. Ce n'est pas parce qu'une personne vit dans un lieu propre avec une assistance médicale optimale qu'elle ne tombera pas dans une mélancolie l'amenant au syndrome de glissement. L'aide-soignant et les autres acteurs doivent valoriser les échanges avec les autres catégories de la population. Ne pas cloisonner nos aînés entre eux, dans des lieux fermés mais

ouvrir les portes de leur environnement, favoriser les échanges entre différents types de population peut aider à combattre le déclenchement du syndrome de glissement.

Ce travail m'a permis de comprendre mais il m'a surtout amené à réfléchir aux actions qui peuvent aider la personne en détresse. Comme:

- Maintenir la confiance en elle.
- Avoir une action préventive et régulière.
- Porter une grande attention à la communication verbale ou non-verbale.
- Aider à trouver de nouveaux objectifs.
- Réaliser des activités de groupe.
- L'amener à partager ses connaissances et son savoir.
- Offrir un espace d'échange.
- Donner une alimentation riche, variée et agréable.
- Aider à la relaxation.
- Mobiliser la famille.
- Favoriser la rééducation.
- Respecter les habitudes et les choix.
- Se former.
- Etc.

Le syndrome de glissement était pour moi quelque chose de totalement inconnu. Cette épreuve intégrée m'a permis d'acquérir de nouvelles connaissances et m'a également apporté un nouveau regard sur la profession d'aide-soignant. Les entretiens et lectures effectués pour l'élaboration de ce travail ont ouvert en moi un champ de possibilité d'actions, que j'espère pouvoir mettre en application. Redonner le goût de la vie pour mieux vivre.

Bibliographie

Livres

- Le Larousse médicale.
- Le poids réel, la souffrance, édition Seuil.
- Mes parents vieillissent, comment les aider à bien vieillir, édition Chronique sociale.
- On achève nos vieux, édition Oh !
- Personne âgée une approche globale démarche soins par besoin édition Maloine.
- Relaxation totale, édition des Vecchi.
- Solitude et isolement des personnes âgées, édition Eres.
- Une mort très douce édition Gallimard.

Internet

- <https://www.nouvelobs.com/rue89/nos-vies-intimes/20171114.OBS7344/syndrome-de-glissement-ces-vieux-se-laissent-mourir.html>
- <https://www.vulgaris-medical.com/encyclopedie-medicale/syndrome-de-glissement/traitement>
- <http://www.chups.jussieu.fr/polys/capacites/capagerontodocs/docpremannee/0210Aagliss2002.pdf>
- <https://maison-de-retraite.ooreka.fr/astuce/voir/621967/syndrome-du-glissement>
- <http://clicsecteur1.blogspot.com/2012/08/comprendre-certains-syndromes-syndrome.html>
- <http://www.doctineews.com/index.php/dossier/item/564-syndrome-de-glissement>
- <http://www.rifvel.org/references.php>
- http://www.arom-age.info/pages/Symptomes_psychocomportementaux_au_cours_des_demences_chez_la_personne_agee-1570213.html
- <http://campus.cerimes.fr/geriatrie/enseignement/personneagee/site/html/cours.pdf>
- <https://www.obsan.admin.ch/sites/default/files/publications/2015/ad25.pdf>
- <https://www.brunet.ca/fr/conseils/l-alimentation-chez-la-personne-agee.html>
- <https://statbel.fgov.be/fr/nouvelles/le-vieillissement-de-la-population-belge-se-stabilise-des-2040-en-raison-de-la-fin>

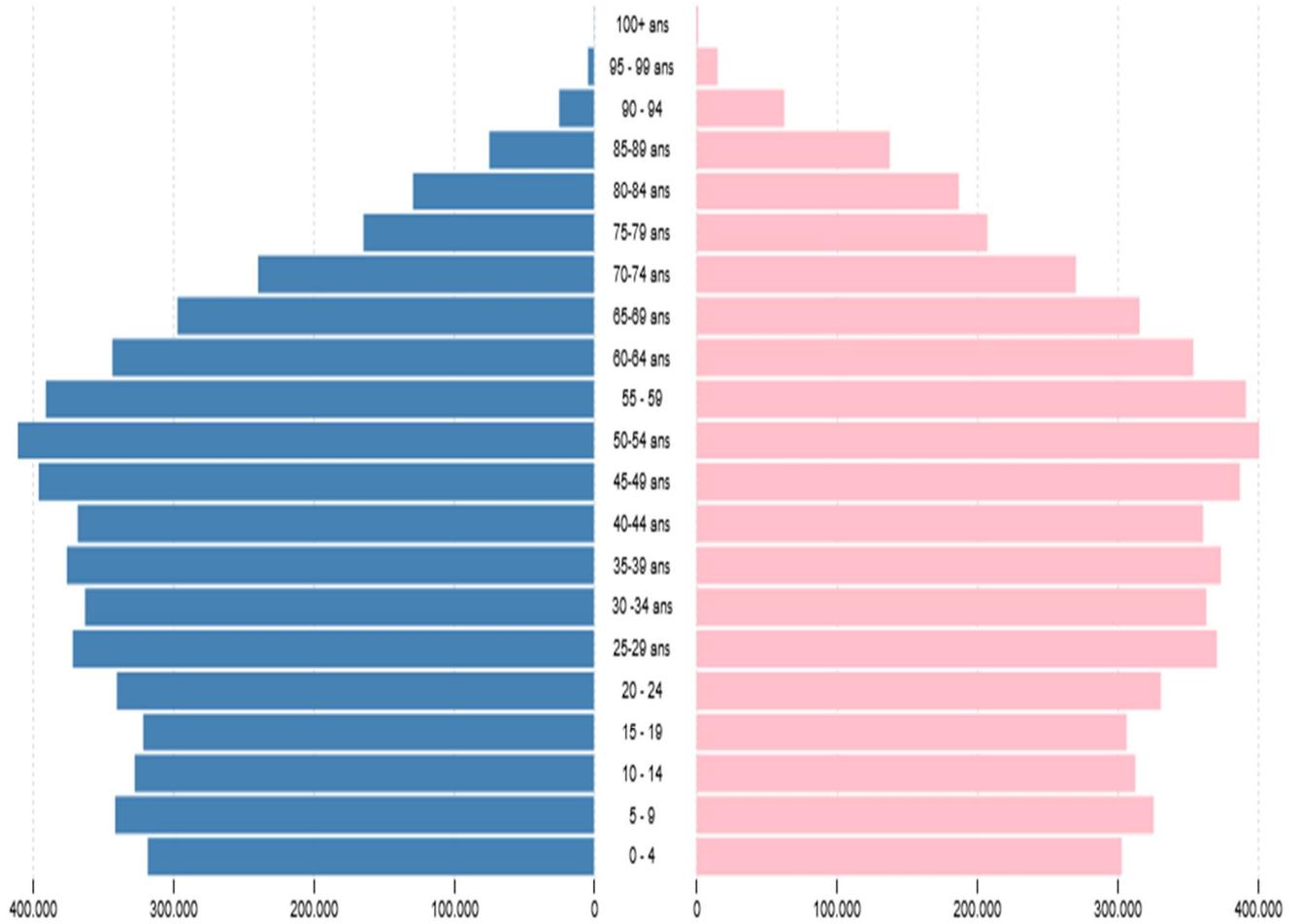
- http://www.medecine.ups-tlse.fr/dcem3/module05/54_poly_vieillessement_1.pdf
- <https://lejournal.cnrs.fr/articles/quand-le-toucher-decline>
- http://www.chups.jussieu.fr/polys/geriatrie/tome1/01_vieillessement.pdf
- <https://www.pourlascience.fr/sd/medecine/les-troubles-de-la-vision-lies-a-lage-4634.php>
- <https://www.infirmiers.com/pdf/TFE-infirmier-pauline-penon.pdf>
- <http://sante.wallonie.be/sites/default/files/OWS%20WS%205.pdf>
- http://www.reseau-memoire-allier.org/wp-content/uploads/2018/02/2014Nutrition_troubles_cognitifs.pdf
- <https://www.csa.eu/fr/survey/le-domicile-un-enjeu-citoyen>
- https://www.riziv.fgov.be/SiteCollectionDocuments/formulaire_infirmiers_echelle_evaluation.pdf
- <https://www.cairn.info/revue-le-journal-des-psychologues-2008-3-page-34.htm>
- <http://michel.cavey-lemoine.net/spip.php?article22>
- <https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/annexes.pdf>
- <http://papidoc.chic-cm.fr/13poemes1.html>
- <https://www.proverbes-francais.fr/citations-jean-jacques-rousseau/>

Cours

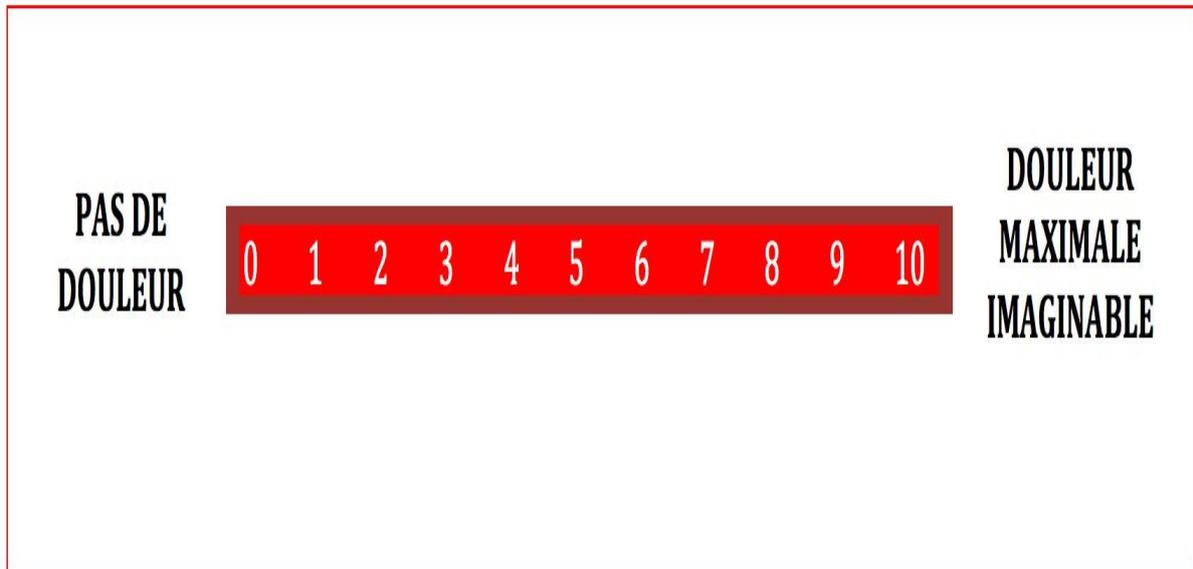
- Activités infirmières déléguées.
- Communication appliquée.
- Éducation à la santé.
- Hygiène et hygiène professionnelle.
- Nutrition
- Psychologie appliquée aux métiers de l'aide et des soins aux personnes.

ANNEXES

Pyramide des âges de la population en Belgique

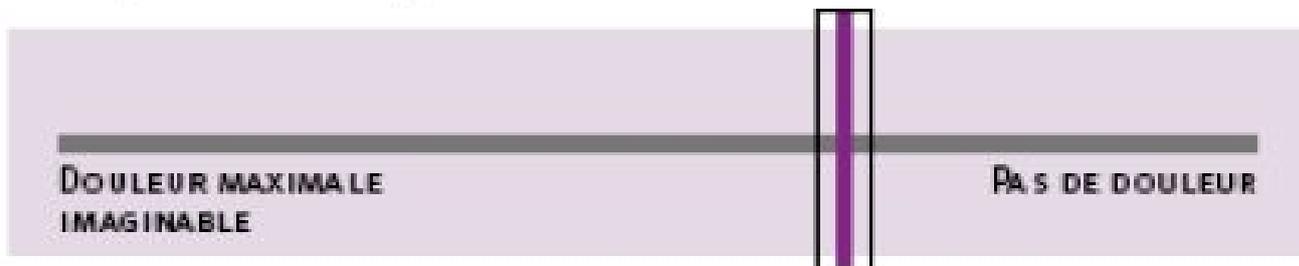


Échelle numérique de la douleur



Échelle de numérique de la douleur

Face présentée au patient



Face vue par le praticien



Échelle Doloplus 2

ECHELLE DOLOPLUS - 2

EVALUATION COMPORTEMENTALE DE LA DOULEUR CHEZ LA PERSONNE AGE

NOM :	Prénom :	Service :	DATES			
Observation Comportementale						
RETENTISSEMENT SOMATIQUE						
1• Plaintes somatiques	<ul style="list-style-type: none"> • pas de plainte • plaintes uniquement à la sollicitation • plaintes spontanées occasionnelles • plaintes spontanées continues 	0	0	0	0	
		1	1	1	1	
		2	2	2	2	
		3	3	3	3	
2• Positions antalgiques au repos	<ul style="list-style-type: none"> • pas de position antalgique • le sujet évite certaines positions de façon occasionnelle • position antalgique permanente et efficace • position antalgique permanente inefficace 	0	0	0	0	
		1	1	1	1	
		2	2	2	2	
		3	3	3	3	
3• Protection de zones douloureuses	<ul style="list-style-type: none"> • pas de protection • protection à la sollicitation n'empêchant pas la poursuite de l'examen ou des soins • protection à la sollicitation empêchant tout examen ou soins • protection au repos, en l'absence de toute sollicitation 	0	0	0	0	
		1	1	1	1	
		2	2	2	2	
		3	3	3	3	
4• Mimique	<ul style="list-style-type: none"> • mimique habituelle • mimique semblant exprimer la douleur à la sollicitation • mimique semblant exprimer la douleur en l'absence de toute sollicitation • mimique inexpressive en permanence et de manière inhabituelle (atone, figée, regard vide) 	0	0	0	0	
		1	1	1	1	
		2	2	2	2	
		3	3	3	3	
5• Sommeil	<ul style="list-style-type: none"> • sommeil habituel • difficultés d'endormissement • réveils fréquents (agitation motrice) • insomnie avec retentissement sur les phases d'éveil 	0	0	0	0	
		1	1	1	1	
		2	2	2	2	
		3	3	3	3	
RETENTISSEMENT PSYCHOMOTEUR						
6• Toilette et/ou habillage	<ul style="list-style-type: none"> • possibilités habituelles inchangées • possibilités habituelles peu diminuées (précautionneux mais complet) • possibilités habituelles très diminuées, toilette et/ou habillage étant difficiles et partiels • toilette et/ou habillage impossibles, le malade exprimant son opposition à toute tentative 	0	0	0	0	
		1	1	1	1	
		2	2	2	2	
		3	3	3	3	
7• Mouvements	<ul style="list-style-type: none"> • possibilités habituelles inchangées • possibilités habituelles actives limitées (le malade évite certains mouvements, diminue son périmètre de marche) • possibilités habituelles actives et passives limitées (même aide, le malade diminue ses mouvements) • mouvement impossible, toute mobilisation entraînant une opposition 	0	0	0	0	
		1	1	1	1	
		2	2	2	2	
		3	3	3	3	
RETENTISSEMENT PSYCHOSOCIAL						
8• Communication	<ul style="list-style-type: none"> • inchangée • intensifiée (la personne attire l'attention de manière inhabituelle) • diminuée (la personne s'isole) • absente ou refus de toute communication 	0	0	0	0	
		1	1	1	1	
		2	2	2	2	
		3	3	3	3	
9• Vie sociale	<ul style="list-style-type: none"> • participation habituelle aux différentes activités (repas, animations, ateliers thérapeutiques,...) • participation aux différentes activités uniquement à la sollicitation • refus partiel de participation aux différentes activités • refus de toute vie sociale 	0	0	0	0	
		1	1	1	1	
		2	2	2	2	
		3	3	3	3	
10• Troubles du comportement	<ul style="list-style-type: none"> • comportement habituel • troubles du comportement à la sollicitation et itératif • troubles du comportement à la sollicitation et permanent • troubles du comportement permanent (en dehors de toute sollicitation) 	0	0	0	0	
		1	1	1	1	
		2	2	2	2	
		3	3	3	3	
COPYRIGHT		SCORE				

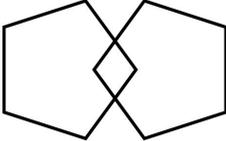
Échelle de Katz

Activités		Cotation femmes	Cotation hommes
1. Téléphone	Utilise le téléphone de sa propre initiative, compose le numéro	1	1
	Compose quelques numéros connus	1	1
	Décroche mais ne compose pas seul	1	1
	N'utilise pas le téléphone	0	0
2. Faire les courses	Achète seul la majorité des produits nécessaires	1	1
	Fait peu de courses	0	0
	Nécessite un accompagnement lors des courses	0	0
	Incapable de faire ses courses	0	0
3. Faire la cuisine	Prévoit et cuisine les repas seul		1
	Cuit les repas après préparation par une tierce personne		0
	Fait la cuisine mais ne tient pas compte des régimes imposés		0
	Nécessite des repas préparés et servis		0
4. Ménage	S'occupe du ménage de façon autonome		1
	Fait seul des tâches ménagères légères		1
	Fait les travaux légers mais de façon insuffisante		1
	Nécessite de l'aide pour les travaux ménagers		1
	Nécessite de l'aide pour les travaux ménagers quotidiens		0
5. Linge	Lave tout son linge seul		1
	Lave le petit linge		1
	Tout le linge doit être lavé à l'extérieur		0
6. Transport	Utilise les moyens de transport de manière autonome	1	1
	Commande et utilise seul un taxi	1	1
	Utilise les transports publics avec une personne accompagnante	0	0
	Parcours limités en voiture, en étant accompagné	0	0
	Ne voyage pas	0	0
7. Médicaments	Prend ses médicaments correctement et de façon responsable	1	1
	Prend correctement les médicaments préparés	0	0
	Ne peut pas prendre les médicaments correctement	0	0
8. Argent	Règle ses affaires financières de façon autonome	1	1
	Règle ses dépenses quotidiennes, aide pour les virements et dépôts	1	1
	N'est plus capable de se servir de l'argent	0	0

MMSE

MINI MENTAL STATE EXAMINATION (MMSE)

Name:
DOB:
Hospital Number:

One point for each answer	DATE:		
ORIENTATION Year Season Month Date Time Country Town District Hospital Ward/Floor	...../ 5	...../ 5	...../ 5
REGISTRATION Examiner names three objects (e.g. apple, table, penny) and asks the patient to repeat (1 point for each correct. THEN the patient learns the 3 names repeating until correct).	...../ 3	...../ 3	...../ 3
ATTENTION AND CALCULATION Subtract 7 from 100, then repeat from result. Continue five times: 100, 93, 86, 79, 65. (Alternative: spell "WORLD" backwards: DLROW).	...../ 5	...../ 5	...../ 5
RECALL Ask for the names of the three objects learned earlier.	...../ 3	...../ 3	...../ 3
LANGUAGE Name two objects (e.g. pen, watch). Repeat "No ifs, ands, or buts". Give a three-stage command. Score 1 for each stage. (e.g. "Place index finger of right hand on your nose and then on your left ear"). Ask the patient to read and obey a written command on a piece of paper. The written instruction is: "Close your eyes". Ask the patient to write a sentence. Score 1 if it is sensible and has a subject and a verb.	...../ 2 / 1 / 3 / 1 / 1	...../ 2 / 1 / 3 / 1 / 1	...../ 2 / 1 / 3 / 1 / 1
COPYING: Ask the patient to copy a pair of intersecting pentagons	...../ 1	...../ 1	...../ 1
TOTAL:	...../ 30	...../ 30	...../ 30

MMSE scoring

- 24-30: no cognitive impairment
- 18-23: mild cognitive impairment
- 0-17: severe cognitive impairment

Échelle de Norton

Annexe 2

ÉVALUATION DES FACTEURS DE RISQUE D'ESCARRE AVEC L'ÉCHELLE DE NORTON

Adapté de Norton, McLaren, Exton-Smith, 1996

Nom Prénom	Condition physique	État mental	Activité	Mobilité	Incontinence	
	• Bonne 4 • Moyenne 3 • Pauvre 2 • Très mauvaise 1	• Bon, alerte 4 • Apathique 3 • Confus 2 • Inconscient 1	• Ambulant 4 • Avec aide à la marche 3 • Assis 2 • Totalelement alité 1	• Totale 4 • Diminuée 3 • Très limitée 2 • Immobile 1	• Aucune 4 • Occasionnelle 3 • Urinaire 2 • Urinaire et fécale 1	Score total
Date						
Un score élevé (de 14 à 20) indique un risque minimum alors qu'un score bas (14 ou moins) indique que le malade est à haut risque de développer une escarre.						

Lexique de l'échelle de Norton

adapté de Lincoln et al., 1986

État général : état clinique et santé physique (considérer le statut nutritionnel, l'intégrité des tissus, la masse musculaire, l'état de la peau)

- Bon : État clinique stable, patient en bonne santé et bien nourri.
- Moyen : État clinique généralement stable, patient en bonne santé.
- Pauvre : État clinique instable, en mauvaise santé.
- Très mauvais : État clinique critique ou précaire.

État mental : niveau de conscience et orientation

- Alerté : Orienté, a conscience de son environnement.
- Apathique : Orienté (2 fois sur 3), passif.
- Confus : Orienté (1 fois sur 2) conversation quelquefois inappropriée.
- Inconscient : Généralement difficile à stimuler, léthargique.

Activité : degré de capacité à se déplacer

- Ambulant : Capable de marcher de manière indépendante (inclut la marche avec canne).
- Marche avec aide : Incapable de marcher sans aide humaine.
- Assis ou fauteuil : Marche seulement pour aller au fauteuil, confiné au fauteuil à cause de son état et/ou surprescription médicale.
- Alité : Confiné au lit en raison de son état et/ou surprescription médicale.

Mobilité : degré de contrôle et de mobilisation des membres

- Totale : Bouge et contrôle tous ses membres volontairement, indépendant pour se mobiliser
- Diminuée : Capable de bouger et de contrôler ses membres, mais avec quelques degrés de limitation, a besoin d'aide pour changer de position
- Très limitée : Incapable de changer de position sans aide, offre peu d'aide pour bouger, paralysie, contractures.
- Immobile : Incapacité de bouger, incapable de changer de position.

Incontinence : degré de capacité à contrôler intestins et vessie

- Aucune : Contrôle total des intestins et de la vessie, a une sonde urinaire ; sans incontinence
- Occasionnelle : A de 1 à 2 incontinences d'urine ou de selles par 24 heures, a une sonde urinaire ou un périlèx mais a une incontinence fécale.
- Urinaire : A eu de 3 à 6 incontinences urinaires ou diarrhéiques dans les dernières 24 heures.
- Urinaire et fécale : Ne contrôle jamais intestins et vessie, a de 7 à 10 incontinences par 24 heures.

Échelle de dépression de Hamilton

ECHELLES-PSYCHIATRIE.COM

Echelle HDRS (échelle de dépression de Hamilton)

1) Humeur dépressive (tristesse, sentiment d'être sans espoir, impuissant, auto-dépréciation)

- 0 Absent
- 1 Ces états affectifs ne sont signalés que si l'on interroge le sujet.
- 2 Ces états affectifs sont signalés verbalement spontanément.
- 3 Le sujet communique ces états affectifs non verbalement (expression facile, attitude, voix, pleurs).
- 4 Le sujet ne communique pratiquement que ses états affectifs dans ses communications spontanées verbales et non verbales.

2) Sentiments de culpabilité

- 0 Absent.
- 1 S'adresse des reproches à lui-même, a l'impression qu'il a causé un préjudice à des gens.
- 2 Idées de culpabilité ou ruminations sur des erreurs passées ou des actions condamnables.
- 3 La maladie actuelle est une punition. Idées délirantes de culpabilité.
- 4 Entend des voix qui l'accusent ou le dénoncent et/ou a des hallucinations visuelles menaçantes.

3) Suicide

- 0 Absent
- 1 A l'impression que la vie ne vaut pas la peine d'être vécue.
- 2 Souhaite être mort ou équivalent : toute pensée de mort possible dirigée contre lui-même.
- 3 Idées ou gestes de suicide.
- 4 Tentatives de suicide.

4) Insomnie du début de nuit

- 0 Absent.
- 1 Se plaint de difficultés éventuelles à s'endormir.
- 2 Se plaint d'avoir chaque soir des difficultés à s'endormir.

5) Insomnie du milieu de nuit

- 0 Pas de difficulté.
- 1 Le malade se plaint d'être agité ou troublé pendant la nuit.
- 2 Il se réveille pendant la nuit.

6) Insomnie du matin

- 0 Pas de difficulté.
- 1 Se réveille de très bonne heure le matin mais se rendort.
- 2 Incapable de se rendormir s'il se lève.

7) Travail et activités

- 0 Pas de difficulté.
- 1 Pensées et sentiments d'incapacité, fatigue ou faiblesse se rapportant à des activités professionnelles ou de détente.
- 2 Perte d'intérêt pour les activités professionnelles ou de détente, ou décrite directement par le malade ou indirectement par son apathie, son indécision et ses hésitations.
- 3 Diminution du temps d'activité ou diminution de la productivité.
- 4 A arrêté son travail en raison de sa maladie actuelle.

Échelle d'évaluation de la démotivation (EAD)

Répondez aux questions en cochant la case correspondant à votre choix.

Très souvent = 1 Souvent = 2 Parfois = 3 Jamais = 4

- | | | | | |
|---|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 1. Prend-il/elle des initiatives dans sa vie quotidienne ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. A il/elle des loisirs, des centres d'intérêts qui le/la motivent ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. Sa santé le/la préoccupe-t-il/elle ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4. Préférerait il/elle se lever au lieu de rester dans son fauteuil sans bouger ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5. Participe t-il/elle dans un groupe, sans stimulation de votre part ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 6. Prend il/elle la parole sans que l'on soit obligé de l'y inciter ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 7. S'intéresse t-il/elle à ce qui se passe autour de lui/elle ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 8. (-) A t-il/elle l'impression de perdre son temps ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 9. Prend-il/elle des décisions seul(e) sans que vous le fassiez pour lui/elle ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 10. Cherche t-il/elle à s'occuper au lieu d'attendre que le temps passe tout seul ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 11. Réagit il/elle aux événements extérieurs, heureux ou malheureux ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 12. Réagit il/elle aux informations (télévisions, journaux...)? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 13. Prend il/elle plaisir à évoquer certains événements ? (personnels, publics...) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 14. S'occupe t-il/elle de sa personne (hygiène, habillements, alimentation) ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 15. Trouve t-il/elle plaisir dans sa vie quotidienne ? | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

