

*Travail présenté par : FOUSSE Laurie-Anne
En vue de l'obtention du diplôme d'aide-soignant.*



« C'est pour ça que j'irais... Là-bas »

Où s'arrête la liberté de la personne âgée en institution ?

TABLE DES MATIERES

- INTRODUCTION	1	
- PARTIE CONTEXTUELLE		
1 - <u>Présentation des diverses institutions</u>	3	
2 - <u>Caractéristiques de ces institutions</u>	5	
3 - <u>Règles générales au sein de ces institutions</u>	9	
- PARTIE CONCEPTUELLE		
1 - <u>Définitions</u>		
1.1 – Notion de liberté théorique	13	
1.2 – Notion de liberté psychologique	13	
1.3 – Notion de liberté philosophique	13	
1.4 – Notion de liberté juridique	14	
1.5 – Indépendance & Dépendance	15	
1.6 – Autonomie	15	
1.7 – Privation de liberté	18	
1.8 – Solitude et isolement social	18	
1.9 – Fugue	18	
2 - <u>La Liberté : le développement</u>		
2.1 – Osho	20	
2.2 – Hannah ARENDT	22	
3 - <u>Pathologies associées</u>		
3.1 – Alzheimer	23	
3.2 – Démences	24	
4 - <u>Le placement en institution</u>		
4.1 – Admission, placement ou prise en charge ?	26	
4.2 - La décision du placement	27	
4.3 – La transition	28	
4.4 – L’habitat définitif	29	
5 - <u>L’importance de la liberté</u>		29
- PARTIE PRATIQUE		
1- <u>Les préventions et mesures pour protéger le résident</u>	33	
2- <u>Comprendre et anticiper les fugues délibérées</u>	33	
3 – <u>Lutter contre la solitude et l’isolement social</u>	34	
4- <u>Le rôle des soignants</u>		
4.1– Soins curatifs	36	
4.2- Soins palliatifs	40	
4.3– Soins préventifs	42	
- CONCLUSION	44	
- BIBLIOGRAPHIE	46	
- ANNEXES	48	

« Là-bas

*Tout est neuf et tout est sauvage
Libre continent sans grillage
Ici, nos rêves sont étroits
C'est pour ça que j'irais là-bas,*

Là-bas

*Faut du cœur et faut du courage
Mais tout est possible à mon âge
Si tu as la force et la foi
L'or est à portée de tes doigts
C'est pour ça que j'irais là-bas*

Extrait de la chanson « Là-bas », de Jean-Jacques Goldman

Introduction

« Devenir aide-soignante, est un rêve que je suis en train de réaliser en ce moment même. »

Comme tous, j'ai rencontré des difficultés au long de ces mois, car il est parfois difficile de reprendre l'école après l'avoir quitté. La santé n'était pas du tout mon domaine scolaire, mais plutôt un plaisir de découvrir que je pratique. Je me suis accroché à cet envie de découvrir, mais aussi à l'envie d'apporter de moi, de ma personne, de ma présence et de ma patience.

J'ai pu effectuer plusieurs stages, mais ceux qui m'auront le plus marqué, furent le premier, et le dernier, qui étaient tous deux dans la même institution. Il me semblait intéressant de commencer et de terminer ma formation pratique avec la même équipe, afin de pouvoir avoir un retour sur mon apprentissage et mon évolution.

J'ai particulièrement apprécié qu'en plus des gestes techniques, d'avoir pu évoluer dans un milieu professionnel et m'a permis ainsi de développer mon empathie, ma patience, mais aussi ma compréhension envers l'autre.

Le premier patient dont je me suis occupé, et aider était Monsieur D. Cet homme, de ma taille, mais si frêle, qui m'avait souri, alors que lors de ma première visite, j'étais stressé. L'on ne peut s'attacher à des personnes, on le sait. Malgré cela, je n'ai pu m'empêcher d'éprouver de l'affection pour lui tout au long de ces huit premiers jours de stage. Monsieur D., sans le vouloir, m'a montré et m'a fait comprendre ce que je voulais défendre par-dessus tout : **La liberté de la personne âgée au sein d'une institution.**

Alors, je vous propose à travers ce dossier de découvrir en partie contextuelle, les institutions où peuvent se dérouler les fugues, des errances, mais aussi des sentiments d'isolement.

Vous ne comprenez pas ces mots ? Ce n'est rien, nous allons les développer dans la partie conceptuelle. Nous allons également pouvoir découvrir deux écrivains philosophes : OSHO et Hannah Arendt, qui vont nous donner leurs visions de la liberté.

Enfin, en partie pratique, nous allons découvrir ensemble les techniques et les soins que nous pouvons apporter aux patients et résidents qui ont **besoin de nous**, et de notre **liberté de les soigner**.

Vous pouvez retrouver, en fin de dossier, la bibliographie qui m'a permis d'avancer mes propos, ainsi que des annexes.

Le sujet est délicat, difficile. Mais j'ai donné de ma personne pour qu'il soit le plus facile de compréhension. Commençons ensemble ce voyage au sein de **la liberté de définir d'abord les institutions.**

Partie contextuelle

I] Présentation des diverses institutions

Il existe à l'heure d'aujourd'hui plusieurs styles d'institutions pour accueillir les personnes âgées afin de leurs offrir des soins adaptés à leurs besoins¹.

Il faut savoir que ces institutions sont régies par certaines règles, notamment que toute maison de repos doit être agréée, et qu'elle est soumise à une série de norme.

Dans chaque maison de repos existe un conseil des résidents, et une convention est signée pour chaque admission, reprenant le prix, le règlement, la gestion de la fin de vie, ect.

Nous avons :

- Les maisons de repos,
- Les maisons de repos et de soins,
- Les résidences services,
- Les centres de jour,
- Les centres de court-séjour,
- Le CANTOU.

A) Les maisons de repos

Les maisons de repos sont des établissements destinés à l'hébergement de personnes âgées de 60 ans minimum. Ils y ont leur résidence habituelle et y bénéficient de services collectifs familiaux, ménagers, d'aide à la vie journalière. Au besoin, des soins infirmiers peuvent être mis en place, même si cela est plutôt rare et que dans ce cas, le patient sera généralement redirigé vers une maison de repos et de soins.

B) Les maisons de repos et de soins

Les maisons de repos et de soins sont des établissements destinés aux personnes âgées de 60 ans minimum aux besoins spécifiques. Par exemple, dont l'autonomie est réduite, nécessitant des soins ou/et atteintes d'une maladie de longue durée. Une surveillance journalière et un traitement médical spécialisé ne s'imposent pas. Toutefois, les personnes accueillies doivent

¹ Définition du besoin : Avoir besoin de quelque chose, de quelqu'un. Ressentir la nécessité de.

être fortement tributaires de l'aide de tiers pour pouvoir accomplir les actes essentiels de la vie quotidienne. Comparée aux maisons de repos, les maisons de repos et de soins ont un caractère hospitalier nettement plus accentué, elles disposent de ressources matérielles et de personnel médical plus important en vue d'assurer un traitement approprié aux pathologies lourdes.

C) Les résidences services.

Ce sont des résidences constituant un ensemble fonctionnel et comprenant des logements particuliers destinés aux personnes âgées de 60 ans minimum leur permettant de mener une vie indépendante. Les personnes peuvent être valides ou semi-valides. Chaque résidences services est rattaché à une maison de repos ou une maison de repos et de soins.

D) Les centres de jours.

Les centres de jours sont des lieux d'accueil, de traitement et d'accompagnement pour tous ceux qui désirent développer leur motivation au changement. Ces centres ciblent les personnes en incapacité de se débrouiller seul. Leurs capacités d'accueil ne sont que la journée, une ou plusieurs fois par semaine.

E) Les centres de court-séjour.

Ce sont des unités dont le séjour est temporaire. La durée est initialement fixée de commun accord entre le gestionnaire et le résident ou son représentant et ne peut excéder une durée de trois mois ou de nonante jours cumulés par année civile, que ce soit ou non le même établissement.

F) Le CANTOU

Les Centres d'Animation Naturel Tiré d'Occupations Utiles, ou CANTOU, sont des unités de vie spécialisée dans l'accueil de patients atteints de la maladie d'Alzheimer, ou de personne confuse qui déambulent.

L'objectif des CANTOUS est donc le maintien de l'autonomie et de favoriser les liens familiaux et sociaux des résidents.

Voyons donc maintenant leurs caractéristiques !

II] Caractéristiques de ces institutions

Chaque institution a ses propres caractéristiques, que nous allons énoncer.

A) Les maisons de repos

Peuvent y être intégrer des personnes dépendantes ou indépendantes, n'ayant pas besoin de prise en charge particulière.

B) Les maisons de repos et de soins

Les personnes y résidant sont les personnes valides, dépendantes, des personnes atteintes de maladies telles qu'Alzheimer ou maladies dégénératives. Ce sont des personnes nécessitant de la rééducation ou des personnes souffrant d'affection longue durée².

Les maisons de repos et de soin disposent d'équipements adaptés pour recevoir les patients ayant des troubles physiques ou psychique. Les équipements sont par exemple des lits adaptés, des appareillages spécifiques pour la rééducation mais aussi des appareils médicaux selon les besoins du patient.

Selon des projets thérapeutiques, il existe différents types de maison de repos et de soin :

- Le centre de rééducation,
- La maison de convalescence,
- La maison d'accueil spécialisée,
- La maison de repos psychiatrique,
- Les unités de soins palliatifs.

a) Le centre de rééducation.

² Affections dont la gravité et/ou le caractère chronique nécessitant un traitement prolongé et une thérapeutique particulièrement coûteuse. Peuvent être reconnus ALD : les accidents vasculaires cérébrales (AVC), insuffisance cardiaque grave, paraplégie ect.

Les centres de rééducations sont des établissements de santé où l'on règle des problèmes de déficience des capacités fonctionnelles. Ce type d'établissement a une double mission ; soigner différentes pathologies, et réinsérer le patient dans le milieu social, familial et professionnel.

Les différentes pathologies rencontrées dans ce type d'établissement de soins sont les pathologies dites polyvalentes : orthopédiques, rhumatologiques, traumatologiques, ainsi que d'autres pathologies qui concerne la neurologie, le domaine traumatique³ et médullaire⁴. Ces centres accueillent et soignent tous les patients valides ou dépendants, ainsi que les sportifs de haut niveau, souffrant de pathologies nécessitant une rééducation.

b) La maison de convalescence.

Ce sont des établissements de soins médicalisé qui assure la continuité des soins et de réadaptation au rythme de chaque patient, dans le cas par exemple ou un aidant proche qui s'occupe du patient a besoin de souffler, ou lors d'une convalescence après une hospitalisation ou un traitement exigeant. Les patients qui veulent y entrer doivent répondre à certains critères, comme une hospitalisation récente pour un traitement lourd* ou pour un traitement par dialyse. Le critère de soin sera que vous ayez besoin de l'aide ou du soutien d'une tierce personne pour les actes de la vie quotidienne.

c) La maison d'accueil spécialisée.

Ce sont principalement des institutions spécialisées concernant les personnes adultes atteintes d'un handicap⁵ intellectuel, moteur ou somatique, ainsi que les personnes polyhandicapées⁶. La personne y étant affecté demande souvent une surveillance médicale et des soins constants justifiant la présence d'une tierce personne pour les actes de la vie courante.

d) La maison de repos psychiatrique.

³ Qui touche aux traumatismes physique.

⁴ Qui se rapporte à la moelle épinière.

⁵ Déficience physique ou mentale, congénital ou acquise.

⁶ Comportant plusieurs handicaps.

Ces maisons sont des habitations collectives destinées aux personnes souffrant d'un trouble psychique chronique stabiliser⁷ ou aux personnes handicapées mentales. La durée du séjour peut être de quelques semaines jusqu'à un an selon les traitements et les troubles du patient. L'objectif principal de la maison de repos psychiatrique est d'assurer les soins continus pour redonner le goût d'une vie autonome et responsable au patient. Leur mission essentielle est d'assurer :

- Des traitements qui comprennent de la psychothérapie en individuel ou en groupe ;
- Des thérapies médicamenteuses ;
- Des sismothérapies⁸ ;
- Des activités de loisir et thérapeutiques.

e) Les unités de soins palliatifs.

Ces unités sont destinées aux personnes en fin de vie, considérée comme vivante jusqu'aux derniers instants. Le personnel est spécialement formé pour ces unités. Il faut savoir que c'est d'ailleurs une obligation légale, et qu'il y a à cet effet une infirmière référente.

L'objectif de ces unités est de soulager la douleur extrême du malade, d'apaiser sa souffrance psychique, de sauvegarder sa dignité et de soutenir son entourage dans cette épreuve douloureuse.

Les soins sont généralement établis en fonction du rythme de chaque patient et correspondre à leurs besoins spécifiques.

Les unités de soins palliatifs peuvent également se trouver en milieu hospitalier. Il s'agit souvent d'unité d'une dizaine de lit, totalement dédiés à la pratique des soins palliatifs et à l'accompagnement des patients. Ils accueillent les patients aux situations les plus difficiles et pour une durée limitée.

Les unités peuvent également se trouver à domicile, dans le cas où les personnes malades préfèrent passer leurs derniers instants chez eux auprès de leurs proches. Il est cependant nécessaire que le patient bénéficie d'un environnement favorable, d'une équipe mobile de soins palliatifs, et d'un médecin traitant.

⁷ Dans ce sens, on peut comprendre que grâce à son traitement, il n'est plus un « danger » pour lui ou pour les autres. Il est stabilisé par médicaments, ou thérapie.

⁸ Ce sont des électrochocs.

C) Les résidences services.

La résidence-services est constituée d'un ou plusieurs bâtiments, constituant un ensemble fonctionnel, géré par une personne physique ou morale, qui, à titre onéreux, offre à ses résidents des logements leur permettant de mener une vie indépendante ainsi que des services auxquelles ils peuvent faire librement appel⁹.

D) Les centres de jours.

La différence entre les résidences services et les centres de jours, est que les résidences services sont pour le jour et la nuit, tandis que les centres de jours sont seulement pour la journée. Ils permettent d'accueillir les patients pour un séjour temporaire d'une durée de trois mois maximums par année civile.

E) Les centres de court-séjours.

Ces centres permettent à la personne âgée de rester le plus longtemps possible à domicile, en lui offrant un accueil provisoire dans diverses circonstances¹⁰.

Souvent, on choisit ces structures pour un séjour temporaire en maison de repos ou en maison de repos et de soins dont la durée est initialement fixée de commun accord, qui ne peut excéder une durée de trois mois ou de nonante jours cumulés par année civile, que ce soit ou non dans le même établissement. Les dispositifs relatifs aux maisons de repos et aux maisons de repos et de soins s'appliquent dès lors également au court-séjour.

F) Les cantous.

C'est l'endroit idéal pour des personnes âgées dépendantes auxquelles on a fait la promesse qu'elles ne seront pas oubliées. Ils sont regroupés en petites unités qui peuvent être indépendantes ou alors directement rattachées à une maison de repos. On y accueille des patients qui ont perdu leurs autonomies ainsi que leurs repères spatio-temporels. Pour la maladie d'Alzheimer, une unité a été spécialement conçue pour subvenir à leurs besoins tout au long du développement de leur maladie.

⁹ Via le téléphone mis à disposition, par exemple.

¹⁰ Une chute, un traitement médical qui doit être surveillé ect.

Ils se composent de 12 à 15 lits maximum, avec un espace de vie commune. Les chambres sont par contre individuelles.

Exemple de structure d'un cantou :

Jardin	Chambre indiv.			Le Snoezelen*
	Chambre indiv.	Vie commune	Cuisine Salon TV	
	Chambre indiv.			

Nous l'avons donc vu, chaque structure à ses caractéristiques bien propre, et dans certaines, nous allons voir que la personne « placée » ou « malade », sera plus ou moins libre de ses mouvements... ou non.

Mais pourquoi présenter ces structures ? Etant dans le métier, nous savons qui elles sont, mais il est important de tout reprendre dans l'ordre, et de pouvoir partir sur des bases solides afin de comprendre la thématique aborder dans ce dossier. Nous allons donc suivre avec les règles de ces institutions, de façon générales.

III] Les règles générales au sein de ces institutions

Il faut savoir qu'une entrée au sein d'une institution, quel qu'elle soit, ne se fait pas aussi simplement que l'on pourrait le penser. Il y a tout un cheminement à faire avec la personne qui souhaite pouvoir entrer dans une maison de repos. Nous allons pouvoir voir et détailler cela plus loin dans ce dossier. Il est cependant ici primordial de parler des règles qui régissent les institutions.

Chaque institution est régie par un règlement d'ordre intérieur, que le résident doit lire et signer. Il pourra ainsi prendre connaissance de ce qu'il pourra faire, ou non, ainsi que des règles fondamentales qui régissent la maison de repos.¹¹

Lors de mes recherches sur les règlements des institutions, un article m'a interpellé.

Article 8, page 6 du règlement du CPAS de Fleurus.

Le résident est libre de circuler tout en respectant la propriété personnelle.

Le résident peut sortir à leur convenance, sauf :

- *Avis médical*
- *Interdiction fondée et motivée par la famille, direction, personne responsable du nursing*

Le résident doit prévenir de leurs absences ou non-participation aux repas.

Pour les absences de plusieurs jours, il doit prévenir la direction avec les coordonnées du lieu de séjour.

Sauf autorisation, le résident doit réintégrer la maison de repos avant 19h30.

On comprend bien que ces mesures imposées sont pour le bien du résident, mais qu'advient-il alors de ce que lui désire le plus ? Il est important de savoir où se trouve un résident, ne serait-ce que pour la gestion des médicaments, mais est-il indispensable de cloisonner ainsi une institution, surtout si le résident est encore libre de décider de lui-même ?

Ces règles, même pour sa sécurité, vont alors à l'encontre même de la Charte Européenne des droits et des responsabilités des personnes âgées nécessitant des soins et une assistance de longue durée qui stipule :

¹¹ Vous pouvez retrouver en première annexe un modèle de règlement intérieur type d'une maison de repos.

DROIT A L'AUTODETERMINATION

Lorsque vous vieillissez et que vous pouvez être amené-e à dépendre des autres, que ce soit pour une aide ou pour des soins, vous conservez votre droit à faire vos propres choix et au respect de votre volonté. Ce droit s'étend à la désignation d'un tiers par vous-même.

Article 2 – Liberté de choix

2-1 Vous avez le droit de mener une vie aussi autodéterminée et indépendante que le permettent vos capacités physiques et mentales, et de recevoir des conseils et une aide à cette fin.

Il faut donc comprendre que parmi ces institutions, certaines sont plus libre que d'autres. Nous entendons par libre, que selon les besoins du patient, elle offre un peu plus de liberté que d'autres. Un CANTOU n'offre pas autant de liberté qu'une maison de repos par exemple, mais elle valorise cependant la sécurité de son patient. Nous allons commencer le débat ici.

La sécurité est-elle plus importante que la liberté ?

Où s'arrête la liberté de la personne malade ?

Où devrais-je même dire... Où s'arrête la liberté de la personne âgée au sein de ces institutions ?

Nous parlerons bientôt de l'importance de la liberté pour le résident, et ce qui peut en découvrir de lui « retirer » ce droit.

Partie conceptuelle

Nous allons définir certaines notions, dont nous aurons besoin pour faire avancer le débat.

I] Définitions

A) Notion de liberté théorique

La notion de liberté est la faculté d'agir selon sa volonté suivant les moyens dont on dispose sans être entravé par le pouvoir d'autrui. Elle est la capacité à se déterminer soi-même à des choix, contingents¹². Elle est définie, et est perçue différemment selon la psychologie du sujet.

B) Notion de liberté psychologique

En psychologie, la liberté se retrouve en deux positions bien distinctes :

- Négativement : Elle se manifestera par l'absence de soumission, de servitude et de contraintes.
- Positivement : Elle sera dans l'autonomie et la spontanéité du sujet relationnel. Les comportements humains volontaires se fondent sur la liberté et sont qualifiés de « libre ». Ils sont dans le respect de la loi et de la liberté d'autrui.

Cette notion est à la fois conçue comme une valeur abstraite¹³ et normative¹⁴ de l'action humaine et comme une réalité concrète et vécue. Ces deux perspectives se recoupent de diverses manières et peuvent provoquer des erreurs de catégories. Il existe ainsi de nombreuses confusions envisageables à propos du terme de liberté. Il faut par conséquent prendre soin de distinguer les différents sens de ce mot.

C) Notion de liberté philosophique

¹² Quelque chose qui peut se produire, ou non.

¹³ Opposé à concret.

¹⁴ Qui désigne, qui contient le nom.

Sémantiquement¹⁵, la liberté est perçue comme un ensemble de possibilités ou de contraintes qui sont physiquement ou socialement applicable à un individu, mais excluant d'autres possibilités, ou faisant simplement disparaître d'autres contraintes.

Pour expliquer ce propos, cela veut dire qu'obligatoirement, l'attribution d'une possibilité d'agir, rend impossible une ou plusieurs autres possibilités d'agir et modifiera par conséquent le champ de libertés d'un individu. Ou formulé de manière inverse, poser des contraintes permet d'atteindre de nouvelles possibilités.

Il existe une infinité de tels ensembles, ce qui désigne au mot liberté des notions quelques fois forts différentes dans l'espace et le temps. On peut prendre par exemple, pour illustrer ce propos, la philosophie des lumières. Cette dernière pose comme contrainte que « la liberté des uns s'arrête à l'endroit où débute celle des autres ». Ou, autrement dit de manière positive « La liberté des uns débute à l'endroit où elle confirme celle des autres. »

La liberté peut par conséquent former un attribut de l'être humain, de sa volonté, et être la condition de droits naturels ou positifs, mais également de devoirs ; la réalisation effective de l'acte volontaire peut néanmoins comporter une dimension vécue qu'on ne saurait diminuer à ce qui précède. Ces deux plans de l'existence humaine ne sont pas obligatoirement compatibles : par exemple, l'existence des libertés juridiques est constatable, tandis que la réalité (son existence dans nos actes) et l'essence (la conception que nous nous en faisons) de la liberté posent problème.

D) Notion de liberté juridique

La liberté juridique représente l'ensemble des droits ou libertés essentiels pour l'individu, assurés dans un état de droit et une démocratie. Elles recouvrent en partie les droits de l'homme au sens large. Dans le domaine juridique, le concept est relativement récent et il existe plusieurs façons d'appréhender la « fondamentalité¹⁶ » d'un droit ou d'une liberté. L'idée même de fondamentalité revient à prioriser et hiérarchiser les droits ou les libertés en fonction de leur essentialité.

¹⁵ Qui concerne le sens, la signification.

¹⁶ Qui sert de fondement, de base à un système, à un ensemble.

E) Indépendance & Dépendance

Ces deux notions sont complètement différentes, mais intrinsèquement¹⁷ liée. L'une est l'antagoniste de l'autre, cependant, nous pouvons comprendre que l'un ne va pas sans l'autre. Par exemple, pour être indépendant, il faut pouvoir être exempté¹⁸ d'une certaine dépendance ! Une personne âgée en maison de repos, qui est malade, est dépendante à partir du moment où elle a besoin d'aide pour faire une action qu'elle faisait seule avant, quand elle était encore indépendante. La dépendance est un état de besoin, alors que l'indépendance est un état de ... « **liberté** ». L'on retrouve chaque terme de la problématique assez souvent, ce qui prouve que tout est lié !

F) Autonomie

L'autonomie peut être définie comme une **indépendance** de territoire, ou une **liberté** pour une communauté de s'administrer elle-même. Dans le sens philosophique, c'est la capacité à entreprendre des actions par soi-même en se donnant ses propres limites et règles de conduite. On se rend alors compte que lorsque l'on entend le mot autonomie, c'est bien souvent la définition psychologique de celle-ci qui nous vient.

1) Les différentes formes d'autonomie

Il existe différentes formes d'autonomie :

- Physique,
- Psychique,
- Sociale,
- Juridique.

a) L'autonomie physique

¹⁷ Qui est intérieur et propre à ce dont il s'agit.

¹⁸ Préservé.

La personne a les capacités d'effectuer seule les actes de la vie quotidienne, comme marcher, se déplacer, faire sa toilette, éliminer, se reposer ect.

b) L'autonomie psychique

La personne a des capacités cérébrales qui lui permettent de maîtriser des actes de la vie, mais aussi d'être capable de décider par elle-même et de prendre des distances par rapport à des évènements.

c) L'autonomie sociale

La personne a des capacités lui permettant de pouvoir entretenir des relations, communiquer avec autrui, avoir des loisirs, être capable de vivre en société.

d) L'autonomie juridique

La personne a des capacités mentales lui permettant d'être responsable aux yeux de la loi, de ses actes, comme par exemple faire valoir ses droits, ou assurer ses devoirs de citoyen, signer un acte de vente, ect.

On peut évaluer ces autonomies afin de pouvoir comprendre quels seront ses besoins, mais aussi de pouvoir le comparer à d'autres patients et de le situer par rapport à une population témoin. Pour se faire, on peut prendre la grille d'évaluation de Géronte¹⁹. Cette échelle permet de définir des « groupes iso-ressources », rassemblant des individus ayant des niveaux proches de besoins d'aides.

2) L'autonomie dans le domaine médical

En médecine, on peut évaluer l'autonomie d'un patient avec plusieurs échelles :

- L'échelle de Katz
- L'échelle de Norton

¹⁹ Si elle vous intéresse, elle se trouve en annexe !

- L'échelle de Doloplus
- L'échelle EVA
- L'évaluation risque de chute²⁰

a) L'échelle de Katz

Cette échelle permet de déterminer le degré de dépendance d'un patient. Elle est utilisée comme un questionnaire évaluant ses capacités dans six domaines de la vie quotidienne, tel que la toilette, les vêtements, se déplacer et se transférer, aller aux toilettes, la continence et se nourrir.

Le score obtenu permet de justifier le type de prise en charge²¹ du patient.

b) L'échelle de Norton

Cette échelle permet aux soignants d'évaluer le risque d'escarres chez un patient. Elle facilite considérablement la communication entre les différents acteurs du soin.

En additionnant les résultats, nous obtenons une note sur 20. Plus le résultat sera faible, plus le risque d'escarre sera donc important.

c) L'échelle Doloplus

Il s'agit là de l'échelle d'évaluation comportementale de la douleur chez les personnes âgées, présentant des troubles de la communication verbale.

Le score final est sur 30. La douleur sera clairement affirmée pour un score supérieur ou égal à 5 sur 30.

d) L'échelle EVA

²⁰ Vous pouvez également retrouver toutes ces échelles en annexes !

²¹ Quel genre de toilette faire, par exemple.

L'échelle EVA, ou échelle visuelle analogique est une échelle d'auto-évaluation. Elle se présente sous la forme d'une réglette en plastique de 10 cm graduée en mm, qui peut être présentée à un patient horizontalement ou verticalement.

e) *Evaluation des risques de chute*

Cette grille permet de pouvoir évaluer le risque de chute d'une personne âgée. La note totale est sur 15.

G) Privation de liberté

La privation de liberté, c'est tout simplement l'emprisonnement, ou la sensation d'emprisonnement. On prive de liberté un individu en le mettant en prison par exemple, la peine étant qu'il n'a plus la liberté de faire ce qu'il a envie de faire.

H) Solitude et isolement social

Définissons d'abord ces deux termes.

La solitude est la situation d'une personne qui est seule de façon momentanée ou durable.

L'isolement est l'état de quelqu'un qui vit isolé ou qui est moralement seul. On peut aussi parler de la séparation d'un individu – ou d'un groupe d'individus – des autres membres de la société.

Tout le monde a tendance à confondre ces deux notions, et pourtant, elles sont bien différentes.

Si on devait pouvoir différencier les choses, l'isolement social signifie que vous n'avez pas assez de personne autour de vous afin d'interagir, tandis que la solitude, c'est que vous percevez de la situation. Ce sentiment de solitude peut persister lorsque la diminution des capacités physiques et cognitives empêche les personnes âgées de saisir des occasions de se sociabiliser. Malheureusement, cette solitude joue sur la santé, puisqu'elle favorise l'isolement.

I) Fugue

La fugue est l'action de s'enfuir momentanément du lieu où l'on vit habituellement.

Voici la définition théorique, mais nous savons qu'il peut exister deux sortes de fugues : délibérées et non délibérées. Prenons un exemple :

Jacques à 60 ans. Il est indépendant et en maison de repos. Il s'est disputé ce matin avec Clémence, une aide-soignante, et décide de partir sans prévenir personne, car il ne supporte plus sa manière de lui parler.

Dans ce cas-ci, le patient n'a aucun souci psychologique, son état de santé n'est pas altéré par une quelconque maladie. Il est donc pleinement conscient de ce qu'il fait, et de ce fait, il fugue. Par contre, prenons un autre exemple, mais changeons un peu le contexte :

Jacques à 60 ans. Il est dépendant, car il est dément. Il est placé en maison de repos. Il a l'impression d'oublier quelque chose, et il songe alors qu'il a tout simplement oublié d'aller faire les courses pour la visite de ses petits-enfants. Il est en pleine crise de démence. Il s'en va alors de la maison de repos, persuadé qu'il doit y aller.

Là, c'est une fugue non délibérée, car la personne ne se rend pas compte de ce qu'il fait. D'ailleurs, peut-on réellement parler de fugue ?

Dans le cas d'une personne atteinte d'Alzheimer ou de démence, ce n'est pas une fugue. Mais bien une **errance**. Le mot fugue est à proscrire dans le cas d'une personne malade.

Qu'est-ce qu'une errance ?

Et bien, une errance, c'est l'action de marcher sans cesse.

Qu'est-ce que déambuler ?

Et bien, c'est pareil ! C'est de marcher sans s'arrêter, selon sa fantaisie et sans but précis.

Certains médecins pensent que c'est parce que la personne âgée atteinte d'Alzheimer marche afin de se sentir plus autonome dans ce qu'elle fait, puisqu'ils cherchent leurs repères. Il faut donc savoir faire une distinction :

Une FUGUE, c'est VOLONTAIRE.

Une ERRANCE, c'est INVOLONTAIRE.

II] La liberté – Le développement

Nous l'avons expliqué, et vu, la liberté peut avoir différentes formes, ou façon de s'exprimer. Dans mes nombreuses recherches, j'ai pu ainsi lire deux grands philosophes : OSHO²², et Hannah ARENDT²³. Je vais vous expliquer ce qu'eux, pense de la liberté.

A) OSHO

Selon OSHO, il y a trois niveaux de liberté :

- Physique
- Psychologique
- Spirituelle

Il explique que pour la liberté physique, c'est l'exemple de l'esclave : c'est le fait de ne pas être libre de ses mouvements. Il n'y a plus aucune distinction avec la liberté. Mais cette liberté physique peut également toucher le sexe de l'individu. Une femme pourrait avoir moins de liberté physique que l'homme.

Pour la liberté psychologique, il explique que c'est ce qui concerne la religion, ou la manière éducative. La façon dont les parents apprennent aux enfants, conditionnent tellement ces derniers qu'ils ne sont plus libres psychologiquement de penser ce qu'ils veulent.

La liberté spirituelle est apparentée à une liberté ultime : c'est-à-dire qui ne concerne ni le corps, ni le mental, mais seulement la conscience.

Pour lui, la collectivité n'a pas besoin de liberté, il faut alors oublier cette notion de collectivité. La vision de la liberté, c'est d'être soi-même, et de pouvoir le rester. Mais la vraie liberté, c'est

²² Gourou Indien, créateur de la méditation dynamique.

²³ Politologue, philosophe et journaliste Allemande, connue pour ses travaux sur l'activité politique, le totalitarisme, la modernité et la philosophie de l'histoire.

quand notre conscience est neutre, sans désirs, sans dépendances des choses extérieures, enraciné dans le soi²⁴.

Il explique d'ailleurs, qu'il ne faut pas associer la liberté de l'indépendance, qui elle, existe par rapport à quelque chose ou quelqu'un. D'ailleurs, il dit également que la liberté, ce n'est pas non plus faire ce que l'on veut, puisque dans ce cas-là, le mental est emprisonné dans ses désirs et ses attentes.

Dans une partie de son livre, il tente d'expliquer les racines de l'esclavage, il cite l'histoire de Diogène.²⁵

OSHO explique que même dans une grande pauvreté, il faut prendre ses responsabilités, car même dans la souffrance ou emprisonné dans une cellule, nous sommes capables de rester maître de nous-même. La liberté vient avec la responsabilité. Les religions rendent dépendant de Dieu, du sort, de la destinée, mais ce ne sont que des noms différents pour quelque chose qui selon lui, n'existe pas. La seule chose qui soit vraie, c'est l'esclavage ou la liberté. Si l'on choisit la liberté, il faut alors détruire toutes les stratégies qui vous ont rendu esclave.

Dans une seconde partie, il définit les chemins de la liberté. Il prend alors l'exemple du rebelle et du révolutionnaire.

Le rebelle est celui qui ne réagit pas contre la société. Il observe, comprend tout le manège et décide simplement de ne pas en faire partie. Il est indifférent à ce qu'il se passe. C'est la beauté de la rébellion : la liberté.

Le révolutionnaire n'est pas libre. Il est constamment en train de se battre, de lutter avec quelque chose. Il est systématiquement en train de réagir contre quelque chose. Il n'y a donc pas de liberté dans la réaction mécanique à des choses extérieures.

La liberté naît de la compréhension. Par exemple, le rebelle pardonne, et oublie, il se contente de prendre de la distance par rapport à la société, sans liens d'amour ni de haine pour elle.

Il faut prendre en compte qu'il y a deux aspects de la liberté :

²⁴ Par exemple, l'individu qui se désigne lui-même.

²⁵ Vous pouvez retrouver ce petit bout d'histoire en annexe.

- Par rapport à.
- Pour.

Beaucoup de gens atteignent juste le premier niveau, qui concerne l'aspect du « par rapport à » l'extérieur. Attention que ce niveau, et ce rapport à l'extérieur, est une liberté négative. Ce n'est pas la « vrai » liberté, puisqu'elle est rattachée à quelque chose, l'extérieur.

Pour atteindre le « pour », il faut savoir se détacher de ce premier niveau. Je suis libre, car je le suis « pour » moi, je ne le suis pas « parce que » ou « par rapport à ».

B) Hannah ARENDT

De son côté, Hannah Arendt parle davantage de la liberté politique. Elle commence par expliquer un peu que les révolutions sont simplement les libertés des personnes à penser, mais aussi, à dire leurs mécontentements. Elle dira alors « Ces rues, ces bâtiments et ces places, tout cela est à vous, c'est votre propriété et donc votre fierté. » Selon elle, c'est ce qui se passera finalement lors de la révolution française, où le peuple s'est levé pour la liberté d'être fier de leurs terres, et de se battre pour elles. Elle appuie alors, que le terme de révolution à plusieurs définitions, dans un sens politique, et elle termine en disant que si le terme de révolution s'est radicalement transformé, il s'est passé une chose similaire, avec la signification de la liberté.

De la liberté restaurée par la grâce de Dieu, qui était en fait des droits et des libertés qu'on associe aujourd'hui aux droits civiques, nous sommes passés à côté de la liberté du droit politique, celui de participer aux affaires publiques. Aucun des droits y étaient au départ associé. Ce qui était révolutionnaire à ce moment-là, ce n'était pas de se dire « la vie, la liberté et la propriété », mais l'affirmation qu'il s'agissait de droit propre à toutes les êtres humains, dans quelques endroits où ils se situent. Et même dans cette nouvelle extension, la liberté ne signifiait guère plus que la libération d'une contrainte. Les libertés au sens des droits civiques sont le résultat d'une libération, mais ne sont en aucun cas le contenu réel de la liberté, dont la définition est l'admission dans le domaine public et l'autorisation à participer aux affaires publiques.

Ce que nous avons coutume d'appeler « l'histoire de l'humanité », est essentiellement l'histoire de quelques privilèges de liberté. Seuls ceux qui ont été délivrés de la nécessité peuvent pleinement apprécier ce que c'est qu'être libre de toute peur, et seuls ceux qui sont libérés du

besoin ET de la peur sont capable de concevoir une passion pour la liberté publique, et de développer le goût de l'égalité de la liberté. Schématiquement, on peut dire que chaque révolution passe d'abord par le stade de la libération avant de parvenir à la liberté, qui est la seconde étape décisive de la fondation d'une nouvelle forme de gouvernement.

La nouvelle notion de liberté, qui reposait sur la libération de la pauvreté, modifia à la fois le cours et le but de la révolution. La liberté désormais signifiait avant tout « le vêtement, la nourriture et la reproduction de l'espèce. » Pour Hannah, la révolution française a connu une fin désastreuse, contrairement à sa cousine, la révolution américaine, qui elle, a rencontré un franc succès quant à la révolution politique en elle-même. Une comparaison entre les deux premières révolutions, dont les débuts furent si semblables et l'issue si remarquablement différente, démontre clairement que la maîtrise de la pauvreté est un prérequis à la fondation de la liberté. Il faut également comprendre que la liberté de la pauvreté ne peut pas être traitée de la même façon que la liberté de l'oppression politique.

En conclusion, Hannah déclare que l'idée de la liberté et l'expérience réelle de lancer un mouvement commencement dans le continuum historique doivent coïncider, pour avoir un réel impact sur la liberté politique.

Maintenant que nous avons eu l'avis d'OSHO et d'Hannah ARENDT sur la liberté, nous allons définir les maladies que l'on rencontre dans les institutions, afin de mieux comprendre d'autres aspects.

III] Pathologies associées

A) La maladie d'Alzheimer

Elle se traduit par une dégénérescence nerveuse d'évolution inéluctable²⁶ causée par une diminution du nombre de neurones avec atrophie cérébrale et présence de « plaques séniles », ce qui veut dire, du dépôt. Les causes de cette maladie sont encore inconnues. Il y a plusieurs hypothèses néanmoins, donc une qui porte sur la neurochimie, qui viserait à voir une diminution

²⁶ Qu'on ne peut empêcher, ou éviter.

des taux d'une enzyme²⁷, la choline-acétyltransférase²⁸, dans différentes zones du cerveau. On peut également trouver une hypothèse immunologique²⁹ qui repose sur la diminution globale du nombre de lymphocytes³⁰ circulants et la présence accrue d'anticorps. Mais cette hypothèse n'est pas propre à la maladie d'Alzheimer, puisqu'on remarque cette diminution chez des patients âgés, en dehors de toute démence.

L'évolution de cette maladie est très progressive. Dans sa phase la plus avancée, le malade a perdu toute **autonomie** et doit être assisté dans tous les actes de la vie quotidienne tels que marcher, se lever, manger ou faire sa toilette. Après un temps, une incontinence totale est souvent inévitable. Même si cette maladie d'Alzheimer relève de causes variées, certaines formes familiales à début précoce, donc avant 65 ans, semblent avoir pour origine un facteur héréditaire. Il suffit à cet effet que le gène soit transmis par l'un des deux parents, pour que la maladie se développe.

B) Les démences

Les démences sont des états qui sont définies par la perte totale ou partielle des capacités cognitives³¹ pour la personne âgée atteinte. Elles affectent la mémoire, le raisonnement, l'orientation, la compréhension, le calcul, la capacité d'apprentissage, le langage et le jugement.

Les démences sont souvent des causes d'ensemble de maladies et de traumatismes qui affectent principalement ou dans une moindre mesure le cerveau, comme la maladie d'Alzheimer ou l'Accident Vasculaire Cérébral.

On peut compter trois stades dans les démences.

- Stade initial.
- Stade intermédiaire.
- Stade final.

²⁷ Substance organique produite par des cellules vivantes, qui agit comme catalyseur. Elles favorisent les réactions chimiques de la digestion, par exemple.

²⁸ Enzyme principale de la synthèse de l'acétylcholine (qui est un des nombreux agents de transmissions des messages nerveux présent dans le cerveau.)

²⁹ Qui se rapproche du système immunitaire

³⁰ Globule blanc jouant un rôle dans le système immunitaire.

³¹ Ensemble des processus mentaux qui se rapportent à la fonction de connaissance, et mettent en jeu la mémoire, le langage, le raisonnement, l'apprentissage, l'intelligence, la résolution de problème, la prise de décision, la perception ou l'attention.

1) Le stade initial

Il passe bien souvent inaperçu, puisque la maladie apparaît alors graduellement. Les symptômes seront :

- Tendance à oublier,
- Perte de la notion du temps,
- Perte des repères des endroits familiers.

2) Le stade intermédiaire

On va voir ce stade à partir du moment où les signes et symptômes se précisent. On va observer principalement :

- Une tendance à oublier les événements récents et le nom des gens,
- La personne se perd dans sa maison,
- Des difficultés à communiquer,
- Besoin d'aide pour les soins d'hygiène personnelle,
- Elle va présenter des changements de comportement, par exemple errer ou répéter les mêmes questions.

3) Le stade final

Il est caractérisé par une dépendance et une inactivité presque totale. Les symptômes seront alors :

- Perte de la notion du temps et du lieu,
- Difficulté à reconnaître les proches et les amis,
- Besoin d'une aide active pour les soins d'hygiène personnelle,
- Difficulté à se déplacer,
- Des changements de comportement, allant jusqu'à l'agression.

Il existe diverses formes de démence, la maladie d'Alzheimer représentant 60 à 70% des cas. Les autres formes répandues sont, notamment, la démence vasculaire³², la démence à corps de

³² Perte de la fonction cognitive due à la destruction du tissu cérébral, car son apport en sang est réduit ou bloqué. La cause est habituellement un AVC, soit un AVC important ou plusieurs petits.

Lewy³³, et la démence fronto-temporal³⁴, qui est la conséquence de plusieurs maladies. Les frontières des différentes formes de démence ne sont pas nettes, et il peut y avoir des formes mixtes.

Après avoir pu définir toutes les notions dont nous avons besoin, il est temps à présent de pouvoir décrire la mise en place de la prise en charge du patient... Ou du moins, la procédure.

Maintenant que nous connaissons les diverses pathologies, nous allons voir comment se déroule un ... « placement ».

IV] Le placement en institution

D'ailleurs, faisons une petite parenthèse. On peut dire beaucoup de chose qui pourrait remplacer le « placement ». Comme l'admission par exemple, ou la prise en charge. Nous allons pouvoir nous pencher sur ces trois termes, et voir s'il pourrait y en avoir plus. Ces termes ont toutes leur importance dans notre problématique, puisque nous allons pouvoir voir que certains sont plus péjoratifs que d'autres, et qu'il en coûtera la liberté de la personne... « placée » !

A) Admission, placement ou prise en charge ?

Si l'on regarde un peu les sens théoriques de ces mots, et bien d'autres terme que nous allons voir, comme « l'accueil », il est évident qu'ils sont presque des synonymes, mais c'est en creusant un peu plus qu'on se rend compte que certains mots sont plus violents que d'autres. Prenons l'exemple de « l'admission ».

L'admission est une étape-clé et déterminante pour les usagers comme pour les établissements. Il est nécessaire de pouvoir établir des repères des différents aspects de l'admission. L'admission peut être aussi dites comme « un accueil³⁵ ». Si nous faisons un peu plus de recherche sur ce dernier mot, on peut conclure qu'il peut y avoir plusieurs sens possibles. Le

³³ La démence à corps de Lewy est un type de démence qui partagent des caractéristiques avec la maladie de Parkinson et la maladie d'Alzheimer. C'est une accumulation anormale de protéines qui se développent à l'intérieur des cellules nerveuses.

³⁴ Groupe de maladies neurodégénératives caractérisées par des troubles du comportement et du langage associés à une détérioration intellectuelle.

³⁵ Une manière de recevoir quelqu'un.

verbe accueillir vient du latin « *accolligere* » qui veut dire « rassembler ». D'ailleurs, plusieurs questions se posent alors. Faut-il se ressembler pour pouvoir s'accueillir mutuellement, par exemple. Il s'agit donc d'une notion qui va dans le sens d'aller vers les autres, de pouvoir aider et soutenir la personne qui est accueillie.

Un patient résident préférera alors qu'on parle d'une prise en charge, qui revient à dire que l'on prend soin de. Cette notion va donc inconsciemment les rassurer. La notion du placement va plutôt les enfermer dans l'idée que l'on soit « obligé » de s'occuper d'eux, qu'on les « place » comme des objets. Bien souvent, lorsqu'ils sont contre l'idée, ils parlent bien plus vite d'être placé, plutôt que d'être pris en charge.

B) La décision

Il faut cependant prendre parfois la décision de pouvoir laisser son proche dans une institution qui le prendra en charge. Et il y a plusieurs raisons, un logement inadapté à la perte d'autonomie du senior, sa sécurité, l'isolement et la solitude suite au décès du conjoint. Notre proche aura alors besoin d'assistance de plus en plus importante.

La personne âgée peut décider elle-même de changer de « maison », car elle a conscience que le maintien à domicile n'est plus adapté à ses besoins et ses souhaits. C'est l'idéal, car elle pourra plus vite s'intégrer à sa nouvelle vie. Cette décision lui permettra de se préparer, de s'informer si elle ne l'a pas déjà fait et de choisir un établissement répondant à ses habitudes de vie, ses attentes.

Malheureusement ce choix n'est pas souvent pris par la personne âgée, et suite à une altération physique et/ou mentale, une dégradation de l'état de santé, la décision peut être portée par la famille. Attention ! Il faut quand même souligner que le consentement du proche à accueillir est indispensable dans la limite de ses capacités à prendre une décision ! La famille ne peut pas faire ce qu'elle veut et elle doit respecter la parole et les envies de son proche.

Souvent, le refus d'entrée en maison de repos repose sur :

- Le souhait du proche de rester à domicile,
- Du refus d'accepter sa perte d'autonomie,
- D'un manque d'informations.

Il sera donc important d'aborder le projet en amont et régulièrement avec le proche, afin que son entrée en maison de repos se déroule dans les meilleures conditions. Cette décision doit être vue comme une solution d'accueil où la personne âgée dépendante se sent en sécurité et peut recevoir les soins nécessaires. En parler régulièrement permet de préparer son proche, de relever ses éventuels doutes et de pouvoir répondre à ses interrogations. C'est également l'occasion de recueillir ses attentes et de trouver l'établissement le plus adapté à ses besoins, son rythme de vie et ses envies.

C) La transition

Le processus d'admission au sein d'une institution médico-sociale n'est pas un cheminement lisse et uniforme. C'est plutôt une succession d'étapes soumises à des enjeux et logiques différents. Chacune de ces étapes a donc son fonctionnement propre et en conséquence, ses bénéfices et ses écueils particuliers ! L'une des étapes importantes est la rencontre de préadmission. Elle se situe après la réception, par l'établissement. Elle peut prendre différentes formes selon la structure bien sûr, mais les enjeux restent finalement les mêmes, puisqu'il s'agit là de proposer un espace d'échange et de rencontre entre le futur usager et l'institution. Pour la personne, il s'agira de découvrir une institution qui va lui offrir des services et des soins. Pour l'établissement, c'est l'opportunité d'étudier l'adéquation des besoins et désirs du sujet avec ses réelles possibilités d'accompagnement. Il s'agira là du premier contact relationnel entre le sujet et son éventuel futur lieu de vie. Il paraît donc important de prêter attention à ce qui se dit (et à ce qui ne se dit pas !) au sein de cette rencontre, afin de percevoir, peut-être, la manière dont les sujets donnent sens dans leur imaginaire à la situation de préadmission.

Il s'agira dès lors de commencer à rassurer le résident sur son futur lieu de vie.

Il peut y avoir, pour les personnes réfractaires ou pour simplement faciliter l'entrée, l'accueil de jour ou à l'hébergement temporaire.

L'accueil de jour offre la possibilité à la personne âgée de passer la journée au sein de la maison de retraite, de participer aux activités tout en recevant les soins dont il a besoin.

Quant à l'hébergement temporaire, il permet au senior de vivre en maison de retraite pour une durée déterminée. Elle apprendra alors la vie en maison de repos et se fera alors

progressivement l'idée de quitter son domicile et d'envisager son entrée dans une structure d'accueil.

D) L'habitat définitif

Une fois que tout cela est réuni, vient le moment où le patient doit dire au revoir à sa maison, pour entrer dans sa nouvelle vie. Il faudra pour cela de l'accueil et de l'écoute de la part de ses proches, ainsi que du soutien. Il faut comprendre que de dire au revoir à des années de sa vie pour aller à un autre endroit, peut être dur pour certaines personnes.

Lors de son accueil, les soignants devront être là pour lui, à chaque moment, pour le rassurer, mais aussi pour l'informer de ce qui l'entoure.

Maintenant que notre proche a été pris en charge, nous allons suivre avec l'importance de conserver sa liberté.

V] L'importance de la liberté

Prenons l'exemple de Tante Huguette.

Tante Huguette vient d'entrer dans une maison de repos qui lui plaît. Sauf qu'elle est un peu abasourdie puisqu'elle ne peut pas sortir quand elle le veut. Elle se sent prise au piège, elle qui adorait pouvoir sortir promener, et ne pas savoir quand elle allait rentrer. Après tout, Tante Huguette a été prise en charge parce qu'elle a des difficultés au quotidien, mais Tante Huguette sait encore se déplacer, seule, se laver, seule, elle est encore autonome.

Elle se sent détenue de sa propre maison, alors qu'au final, cette mesure a été prise aussi pour sa sécurité. Si Tante Huguette fait un malaise alors qu'elle n'est pas dans l'institution, que se passera-t-il ? Et ce genre de cas, arrive plus souvent qu'on ne pourrait le croire. Loin de là des idées des soignants à favoriser que les patients restent au sein de l'institution, mais ils doivent demander une autorisation de sortie, ou être accompagné, et cela, certains résidents n'aiment pas, tout simplement parce qu'ils auront l'impression d'être comme des enfants. J'ai recueilli

divers témoignages lorsque je demandais, lors de mes stages, comment ils se sentaient face à cette règle. « *On est plus des gosses ! Ça me manque d'aller faire un tour.* »

Il est toujours possible pour eux de le faire, mais ce n'est plus la même chose qu'avant.

Il n'y a pas de recette miracle cependant. Dans les institutions, il y a des règles à respecter, et tout le monde doit s'y plier, pour leurs propres sécurités. Mais la liberté des personnes âgées est pour moi la dernière barrière de l'autonomie que nous, soignants, pouvons garder debout. C'est à nous, soignants, de garder au maximum le résident dans sa propre liberté, de pouvoir l'écouter. Même s'ils sont ainsi pris en charge dans les maisons de repos, ils ne doivent pas pour autant se sentir presque trahis de ne pas pouvoir faire ce qu'ils ont BESOIN.

Je mets BESOIN en majuscule, parce que pour moi :

On doit les préserver de leur LIBERTÉS d'avoir BESOIN, et ils ont BESOIN d'avoir de la
LIBERTÉ !

Pour conclure toute cette théorie, passons à la pratique !

Partie pratique

Au cours de mon premier stage d'observation, j'ai pu rencontrer Monsieur D. Agréable et gentil monsieur qui était dans ce home parce qu'il « fuguait » souvent de chez lui, il avait été placé par sa fille, qui lui rendait très souvent visite. L'on m'avait confié la tâche, à moi stagiaire, de pouvoir le stimuler à se nourrir et s'hydrater souvent. Après avoir fait connaissance timidement, j'ai pu facilement être plus souvent avec lui, quand les autres soignants n'avaient pas beaucoup de temps. Il avait de l'attention, et il se sentait plutôt bien. Il semblait cependant toujours triste. J'ai un jour alors brisé la glace, et lui demandait pourquoi il avait toujours cette mine triste. Il m'a alors avoué qu'il aimerait revoir sa maison. Il comprenait que sa fille s'inquiétait quand il partait de chez lui, et qu'il perdait un peu parfois la notion du temps, mais il aimerait juste pouvoir aller chez lui. Après vérification, Monsieur D n'était pas dément. Il avait toute sa tête. Après ma discussion avec lui, je l'ai quitté pour aller m'occuper d'autres résidents. Deux heures se sont écoulés, et je ne l'ai plus vu. C'est seulement vers l'heure du midi que la question s'est posé... Où est-il ? Il semblait ne plus être dans sa chambre, puisque sa porte est fermée. Une de mes collègues soignantes a de suite penser à une fugue. J'avais fait part lors des transmissions de la tristesse de monsieur D, mais ils m'ont rassuré en me disant qu'il disait toujours cela. Et maintenant qu'il ne semblait plus être dans l'enceinte de la structure, ma transmission apparaissait comme une évidence. Il avait « fugué ». Je n'aimais pas ce terme dès le début, car après tout, le home n'est pas fermé, chaque résident est libre de partir, d'aller faire des courses à l'épicerie du coin. Ils doivent simplement prévenir de leurs départs, et de leurs retours

Monsieur D. est simplement revenu de lui-même quelques heures plus tard, tout sourire. Inquiète, c'est moi qui l'ai ramené dans sa chambre. Je ne l'ai pas disputée, car ce n'était pas mon rôle du tout après tout, mais je lui ai simplement demandé pourquoi il était « parti » sans prévenir. Il m'a avoué qu'il éprouvait du remord à ne pas l'avoir dit, mais qu'il voulait juste aller voir sa maison... Maintenant, il se sentait mieux, puisqu'il avait pu aller la voir. Cela m'a serré le cœur, car je ne comprenais pas pourquoi on avait collé l'étiquette de fugueur à monsieur D, alors qu'il voulait simplement aller voir sa maison. Oui, ses antécédents rentraient en compte, mais qui peut vraiment affirmer que cela était des fugues ? Il n'avait pas de moment de démence, il était cohérent dans ses propos... Après son retour, les soignants lui ont mis un bracelet avec son nom, son prénom, et l'adresse du home « au cas où » Mais, au cas où quoi ? Oui, il peut être perdu, mais ce ne serait pas dans sa tête qu'il sera perdu. Monsieur D. voulait avoir la **liberté** de faire **ce qu'il veut** au sein de **son institution**.

I] Les préventions et mesure pour protéger le résident

Selon un rapport de 2013, 170 personnes âgées, dont de nombreux souffrant d'une maladie mentale, disparaissent en moyenne par an. La Belgique a alors mis un projet en place : le projet « Démence ». Partant du principe qu'une personne âgée fugue car elle est désorientée, il a été créé un système qui permet, dans la demi-heure qui suit la disparition, qu'un avis de signalement apparaisse sur les ordinateurs de tous les collaborateurs de la zone de police concernée. Parallèlement, en coopération avec le centre de soin, la procédure de recherche est lancée à partir de l'endroit où la personne disparue a été vue pour la dernière fois.

Le premier réflexe à avoir pour les soignants, après avoir pris connaissance d'une disparition et après 20 minutes maximum de recherches, est de téléphoner à l'officier de garde de la zone de police la plus proche. Un des outils utilisés pour lancer les recherches est une fiche signalétique personnalisée qui peut être complétée à l'aide des données de base reprises par le service où séjourne la personne et, mise à jour en fonction des éléments relatifs à la disparition. Cette fiche est ensuite envoyée par mail à la police.

Lors de mon stage d'intégration, j'ai pu remarquer que dans la maison de repos et de soins où j'étais, ils avaient ces fiches déjà pré-remplies pour les patients fugueurs, et les portes étaient surveillées depuis l'incident de l'année passée. Ces patients dénommés fugueurs, avaient également un bracelet type hospitalisation, avec leurs noms, prénoms, et l'adresse du home. Ces bracelets sont contrôlés chaque jour.

On dénombre d'ailleurs beaucoup plus de « fugue », je dis bien fugue et non errance, dans les maisons de repos et de soins, où la liberté sera plus restrictive. Par exemple, porte fermée de telles heures à tel heure, bracelet d'identification, sortie autorisation seulement avec un membre de la famille ect.

II] Comprendre et anticiper les fugues délibérées

Il est important de savoir quels sont les mesures mises en place afin de pouvoir protéger le patient, mais également, de prévenir d'une éventuelle « fugue » (Ou errance ?). Une personne

Alzheimer ne va pas faire « exprès » de fuguer, mais elle va voir peut-être allez faire des courses, ou aller voir en proche, sans se rendre compte de son état. Il faut également comprendre que par moment, il n'y a pas vraiment de sens à ces errances.

En déterminant la cause de la déambulation, il devient alors plus simple de la prévenir. L'errance liée à la maladie d'Alzheimer peut prendre diverses formes :

- Sans but, qui consiste en une déambulation imprécise, sans véritable direction ou destination.
- Avec but, qui comporte généralement un objectif précis.
- Nocturne, qui est associée à des troubles du sommeil et à l'incapacité à distinguer le jour de la nuit.
- Complexe, qui est accompagnée éventuellement de gestes répétitifs.

Au final, est-ce que les fugues n'aiderait-elle pas pour ... lutter contre la solitude et l'isolement social ? Nous allons voir cela !

III] Lutter contre la solitude et l'isolement social

D'abord, qu'est-ce que la solitude ? La solitude chez la personne âgée se définit par un sentiment de manque, voir de tristesse. Elle est reconnue pour être à l'origine de nombreux maux chez les personnes âgées : perte d'autonomie, troubles alimentaires, dépression, troubles du sommeil ect.

L'isolement peut être représenté comme un trou, une prison, sans personne d'autres. Être isolé, c'est ne pas avoir de contact avec les autres. L'isolement découle souvent du sentiment de solitude que peut avoir le résident.

C'est un fléau d'autant plus difficile à traiter qu'il est souvent invisible. Contrairement à des maladies connues, tel que Alzheimer, la dépression³⁶, ou peut-être un peu moins connu, comme la maladie à corps

³⁶ Trouble mental caractérisé par un état dépressif persistant ou une perte d'intérêt pour tout type d'activité, ce qui produit des effets très néfastes dans la vie quotidienne.

de Lewy³⁷ dont le diagnostic n'est pas toujours facile, l'isolement et la solitude ne sont PAS des maladies. Elles font cependant souffrir et tuent, chaque année.

En Belgique, l'isolement social touche aujourd'hui près de 23% des personnes âgées. Il existe cependant des pistes de solution pour lutter contre ce fléau.

Il y a d'abord la vie associative. Il est possible de pouvoir faire des rencontres intergénérationnelles, qui favorise le bien-être des habitants par une série d'activités, encourage les rencontres entre résidents, incite à la création de projets d'animation ensemble ect.

On peut inclure aussi le progrès, de façon globale ! A leurs époques, la vie était bien différente, et maintenant qu'elles sont des personnes âgées, elles ont indéniablement plus de confort qu'avant. Elles peuvent alors se permettre de s'occuper un peu plus avec ce qui les entoure, la télévision, les tablettes par exemple. Pour illustrer mon propos, lors d'un de mes stages, certains des soignants prenaient le temps de prendre 3 ou 4 résidents en petit groupe tour à tour pour pouvoir appeler leurs proche sur Messenger, avec la caméra. Cela leur permettait de pouvoir discuter avec eux, de les voir aussi malgré tout ! Et surtout, d'interagir et de partager.

L'occupation en groupe, les animations, sont les clés pour lutter contre l'isolement ! Il faut surtout prendre le temps aussi de pouvoir écouter ce que le résident aime, et de pouvoir lui proposer des activités régulièrement.

On peut aussi retrouver dans notre liste, d'essayer de rester autonome et mobile. Pour certains résidents, c'est très compliqué, mais cela ne doit pas empêcher le résident de pouvoir garder contact avec des personnes autour de lui. Je connais des résidents qui sont en fauteuil roulant, et qui se sont fait des amis en se rendant régulièrement aux activités, ou au petit salon de leurs institutions.

Il est clair que quand tous ces facteurs sont réunis, il y a plus de chance que le résident ne souhaite pas partir de là, de fuguer si l'on préfère. Il faut rappeler que les premières impressions lors d'une fugue qui revienne souvent dans les explications, c'est qu'ils se sentaient bien seul. J'ai même un résident qui, un jour, m'a dit qu'il avait tenté de fuguer un jour car il se sentait tellement seul qu'il voulait faire cette « bêtise » pour qu'on s'occupe de lui, et pouvoir avoir des regards sur lui. C'est sur cette petite anecdote que j'aimerais enchaîner sur notre rôle, celui des soignants.

³⁷ Seconde démence neurodégénérative la plus fréquente après la maladie d'Alzheimer. C'est une maladie complexe qui emprunte certains symptômes à la maladie d'Alzheimer et à la maladie de Parkinson, donc difficile à reconnaître ou à diagnostiquer.

IV] Le rôle des soignants

A) Soins curatifs

Et non, la soif de liberté ne peut pas être guérie par des soins curatifs !

Néanmoins, des solutions peuvent être mise en place pour pouvoir apaiser le patient, qui se sent privé de liberté, se sent seul, ou est atteint de la maladie d'Alzheimer et qui a tendance à errer :

- Les habitudes d'hygiène de vie.
- La méthode Montessori.
- Les jardins thérapeutiques
- La « Doll therapy »
- Le « Snoezelen »
- « Paro le phoque ».

1) Les habitudes d'hygiène de vie

On entend par les habitudes d'hygiène de vie, de pouvoir donner aux patients des petites choses, des petites activités dans la vie de tous les jours, qui puissent aider à ne pas se sentir seul, mais à se sentir également soulager. On va alors commencer par la toilette, qui est un moment important, intime même entre le patient et son soignant. C'est le moment de toutes les confidences, c'est le moment pour le patient de pouvoir communiquer des choses simples à son soignant, afin de pouvoir être entendu, écouter.

Mais aussi au soignant de pouvoir prêter une oreille attentive, un sourire au patient. Ce sont les moments de la toilette qui, pour certaines personnes, peuvent décider de comment va se passer la journée. Si la toilette se passe bien, alors la journée sera agréable. Et c'est au soignant, de faire en sorte, que pour le patient, cela soit une bonne journée.

On parle ensuite du petit déjeuner. C'est aussi un moment où la personne va vouloir se sentir rassurée, par la présence de son soignant auprès de lui. Et s'il ne mange pas seul, alors cela va encore permettre de pouvoir échanger et discuter.

L'un des points également à ne pas négliger, est de pouvoir offrir, bien sûr dans les limites de ce que peut faire la personne, de l'exercice physique.

Le contact avec les autres, est le plus important. D'être entouré, de pouvoir discuter avec des personnes autour de lui, de pouvoir simplement partager, va réduire considérablement le mal-être que la personne peut ressentir, et de fil en aiguille, son envie de « partir », de fuguer, ou d'errer.

2) La méthode Montessori

Définissons d'abord cette méthode ensemble.

La méthode Montessori est une méthode initiée par le médecin Maria Montessori à partir de l'année 1896 pour les enfants atteints de retard mental. Elle a ensuite été reprise et adaptée par le professeur Cameron Camp pour les personnes âgées atteintes de la maladie d'Alzheimer et d'autres troubles cognitifs.

Cette méthode repose sur les principes humanistes et propose un accompagnement qui se base sur ce que la personne âgée sait encore faire. Cette méthode est principalement utilisée pour les **démences**.

La méthode Montessori présente les démences, non pas comme des maladies auxquelles il faut appliquer un traitement, mais bien comme un handicap, c'est-à-dire comme une personne âgée « normale » avec une perception qui a été changée par un handicap cognitif qui peut être un trouble de la mémoire, ou même un trouble du comportement. Cette nouvelle vision change alors considérablement l'accompagnement du patient, car on adapte son environnement dans le but de diminuer, ou parfois même dans certains cas, faire disparaître ses difficultés. Elle permet de redonner le contrôle de leur vie, en leur apportant la possibilité de choisir. Un exemple ? Et bien, ce qu'elles veulent manger le soir, ou comment elles veulent s'habiller le lendemain !

Cette méthode propose le principe de pouvoir également appeler la personne comme elle le souhaite, et non par son nom de famille.

Enfin, grâce à la méthode Montessori, le personnel des maisons de repos fait attention aux interactions de chacun avec les autres et encouragent la création d'une communauté dans laquelle chaque personne âgée à son rôle à jouer en fonction de ce qu'il sait faire.

3) Les jardins thérapeutiques

Également appelé jardin de soin, jardin de vie, jardin à visée thérapeutique. Ce sont des espaces vert extérieur spécifiquement aménagé pour s'adapter aux besoins physiques, déambulatoires, sociaux et psychologiques de ses usagers. Ils constituent un espace de vie et de liberté qui permet de sortir du cadre de l'institution. On peut également y trouver un espace d'animations et d'activités de jardinage adapté connues pour leurs effets de bien-être ou thérapeutiques. Ces jardins doivent stimuler les sens et être convivial.

Ils sont le plus souvent installés dans les établissements de soin comme les hôpitaux, centres d'accueil pour personnes handicapées, établissements d'accueil pour personne âgées, centres d'addictologie... Ils peuvent cependant trouver leur place également dans les lieux de vie et de partage. Pour mettre en place ces espaces, les soignants pourront faire appel à de l'hortithérapie, qui est l'utilisation de la culture des plantes dans le traitement des difficultés et pathologies physiques, mentales, psychiques ou intellectuelles. Thérapie non médicamenteuse, complémentaire elle intervient en complément de la médecine conventionnelle.

4) La « Doll thérapie »

La Doll thérapie est une façon pour le soignant de pouvoir communiquer avec son patient en réduisant le stress avec un objet transitionnel, tel qu'une poupée, très souvent en chiffon.

Cet objet est utile pour lutter contre les angoisses de type agressif. Les patients ont la possibilité de s'en occuper comme de vraies personnes, et de ressentir de l'empathie et développer un instinct de protection.

Ils peuvent faire des activités avec la poupée en question qui sont toutes simples et qui relèvent du quotidien. La présence de la poupée évite la prise de médicaments calmants dans le plus souvent des cas.

Attention, cette méthode n'est pas faite pour infantiliser les patients, mais bien pour leur permettre de calmer dans angoisses et de leurs redonner un sentiment d'importance pour un « objet dépendant ». Pour les proches de la personne, cette méthode peut être déstabilisante. C'est alors le rôle du soignant d'expliquer le fonctionnement de cette méthode, et de les rassurer.

5) Le Snoezelen

Il existe plusieurs institutions à l'heure d'aujourd'hui où il existe déjà des salles de Snoezelen, ou chaque séance peut se faire individuellement ou de groupe, si cela peut être nécessaire.

Le « Snoezelen » est la contraction de « Snuffelen », qui veut dire renifler, et de « Doezen », qui veut dire somnoler. Cette méthode est une stimulation multi-sensorielle contrôlée. Cette pratique vise à éveiller la sensorialité de la personne stimulée, dans une ambiance sécurisante. Elle est universelle, cela veut dire qu'elle peut s'adapter autant à une personne Alzheimer, autant à une autre personne atteinte d'autres démences. C'est une démarche qui est basée sur l'éveil de la personne stimulée au monde extérieur par le biais de son corps et de ses cinq sens, elle favorise les contacts physiques sur la base de l'atmosphère qui a été mis en place. Elle permet de prendre conscience de l'ici et du maintenant.

Elle fonctionne généralement avec des lampes proposant des jeux de couleurs, des éclairages colorés ou des guirlandes, des instruments sonores ou des matières à toucher. Dans les institutions où il n'y a pas de salle spécifique à cette pratique, ils peuvent néanmoins mettre en place des instruments diffusant des parfums et des couleurs vives comme des peintures sur les murs. Peuvent également s'y trouver des sols inégaux et des petits parcours afin de stimuler les personnes.

Les résultats apportés favoriseront la relation avec l'autre dans un cadre sécurisant, ainsi que la détente physique et/ou psychique. Elle pourra également permettre de découvrir et de mieux accepter son corps, ses ressentis et son environnement. Dans le plus grand nombre de cas, elle éveillera une plus grande capacité de communication verbale ou non-verbale et atténuera les comportements envahissants. Elle procurera alors une sensation d'apaisement qui favorisera l'attention, aux stimuli et la relation à l'accompagnement. Enfin, et le plus important, même si

cette méthode n'est pas forcément une méthode miracle, elle diminue presque intégralement l'angoisse et l'automutilation.

6) « Paro le phoque »

Paro le phoque est un robot émotionnel d'assistance thérapeutique unique dans son genre, qui vise à offrir aux professionnels de santé un outil simple d'utilisation permettant de véhiculer les bénéfices de la thérapies animalières, en en retirant également les inconvénients.

Ce petit robot à été créer au Japon en 2005, et a commencé à se répandre en 2009 aux Etats-Unis. A l'heure d'aujourd'hui, il y a plus de 6000 Paro dans 30 pays.

Il est utilisé pour les personnes atteintes d'Alzheimer, de trouble de la motricité, de polyhandicap, et de trouble autistique. On le retrouve également dans des services de pédiatrie.

Ses avantages principaux couvrent la communication et l'interaction sociale, les troubles du comportement, les soins aux quotidiens et la médication. Il faut également se dire que le fait que Paro puisse réagir lorsqu'on le touche, permet une plus grande interaction avec la personne.

Il présente également des avantages reconnus pour la zoothérapie, qui permet de baisser la pression sanguine, le rythme cardiaque, la tension musculaire, le stress et l'anxiété, la dépression, la confiance et les interactions sociales.

B) Soins palliatifs

Le soignant aura un rôle très important dans les soins palliatifs, mais également, face à un patient voulant avoir la liberté de mourir alors que son état ne prétend plus à une guérison ; l'euthanasie.

Le propre des soins palliatifs est d'accueillir des patients présentant une maladie grave en échappement thérapeutique pour lesquels le pronostic vital est plus que jamais engagé. La mort s'avère dès lors une réalité de plus en plus palpable et tangible avec laquelle chacun d'entre eux va avoir à vivre. Cependant, tant dans le cas d'un patient en soins palliatifs, que dans le cas

d'un patient voulant l'euthanasie, les soignants, les infirmières, les médecins, les proches de la famille, doivent prendre sur eux en ces temps douloureux et pouvoir pratiquer les 5 grands piliers :

- *Accompagner* : être là à leurs côtés en les laissant libres de choisir leur chemin et le rythme. Ne pas se substituer à eux, cheminer à leur côté « tout en assurant son soutien, son écoute en tentant d'aider à vivre au cœur de ce présent, en restituant autant sa valeur, son amplitude, son intensité. Réinventer les liens complexes pour permettre au malade de demeurer jusqu'au bout un sujet aimant et aimé, un être vivant. »³⁸
- *Prendre soin de l'autre* : porter attention aux besoins spécifiques, en mettant par exemple en place, pour les patients, des soins qui leur permettent de réhabiliter leurs corps (corps défaillant et délabré), de se réconcilier avec lui afin qu'ils puissent s'inscrire dans une continuité et donner du sens au temps qui reste à vivre.
- *Mettre de la vie dans le temps* : en donnant de la vie aux jours plutôt que des jours à la vie. Cela peut être en (co)construisant avec les patients et les proches certains projets, projets de vie, qui viennent donner une certaine intensité au temps.
- *Ecouter* : ce qui vient à se dire, les souffrances, les demandes, dans le silence pesant d'une rencontre et permet là de restaurer l'autre dans ce qu'il est, dans une identité encore viable. « Avec votre écoute à tous, j'ai le sentiment d'avoir encore de l'importance ».
- *Ouvrir un espace de parole* : qui vient rompre la solitude du malade et de ses proches, du tête-à-tête avec la maladie et son aggravation, Espace dans lequel chacun d'eux pourra exprimer ce qui redouble l'angoisse, les peurs, se dégager du scénario traumatique dans lequel ils se trouvent en mettant des mots sur les maux, laisser advenir le « je » subjectif pour rendre compte de soi et, permettre qu'un récit se mette en place. Récit dans lequel chacun s'intronisera comme personnage de son histoire et qui viendra rendre moins vivace l'effet de rupture suscité par l'aggravation de la maladie.

³⁸ Citation de Rusniewski M., de son livre « Face à la maladie grave », édité en 2014.

C) Soins préventifs

Afin d'éviter des fugues, ou les errances, il est important pour le soignant de :

- *Eviter les recours aux contraintes physiques.* En effet, si la personne âgée insiste pour sortir, et si c'est possible, il faut l'accompagner et une fois dehors, essayer de la distraire et de l'inciter à rentrer.
- *Eviter le recours aux traitements médicamenteux.* Certains peuvent provoquer des effets secondaires.
- *Repérer les constantes de ces errances.* Il faut noter les circonstances et l'heure où la personne est sujette aux errances pour en prévenir la répétition, en distrayant, en rassurant ou en aidant la personne âgée malade.
- *Sécurisez l'environnement de la personne.* Eviter de laisser les clés de la porte du logement, ne pas laisser la lumière de l'entrée allumée, ect.
- *Sensibiliser les voisins et amis sur la situation de la personne âgée.* Cette sensibilisation permet d'augmenter l'alerte en cas de sortie échappant à la vigilance.
- *Prévoir un moyen d'identification et des photos.*

Conclusion

Tout au long de la conception de ce dossier, j'ai pu apprendre et approfondir mon sujet, que je pensais au départ compliqué, mais pas autant. J'espère surtout avoir pu à travers ce travail, fait découvrir des choses et fait réagir.

Je suis convaincue que face au manque de liberté qu'une personne peut ressentir, nous soignants, pouvons les aider au quotidien pour se sentir mieux.

Il existe tellement de liberté à ce jour, qu'il est difficile de toutes les satisfaire. Nous aurions pu aussi parler de la liberté de partir, j'entends par là, parler de l'euthanasie, dont nous avons frôler le sujet, qui reste encore aujourd'hui un sujet complexe et qui prive la personne de sa liberté de mettre fin à sa vie, médicalement parlant. Cependant, ce débat ne rentrait pas forcément dans la vision que je voulais apporter, à savoir, **la liberté de vivre**, et non celle de mourir. Nous sommes présents au quotidien pour eux, pour qu'ils puissent vivre mieux, vivre bien, et leurs apporter du confort et des soins.

A ce jour où j'écris ces lignes, Monsieur D a prit la liberté de nous quitter. Il est parti dans son sommeil, peu de temps avant mon second stage. Je n'ai donc pas pu lui dire au revoir, et surtout, le remercier. Car sans lui, je n'aurai jamais pensé que je pouvais ainsi m'attacher à quelqu'un en si peu de temps. Il fut mon premier patient, et celui qui me fit comprendre que j'étais faite pour ce métier. En écrivant ce dossier, je voulais lui rendre aussi hommage, et le sachant un grand fan de Jean-Jacques Goldman, j'ai décidé de prendre sa chanson préférée pour référence de mon dossier.

Je prendrai encore la liberté de vous dire Merci.

- **Merci** à mes proches de m'avoir soutenue pendant ces longues soirées où je tapais sur mon clavier tard le soir alors que j'achevais mes dossiers.
- **Merci** aux professeurs de l'IEPSCF, qui ont été là durant au long du cursus, et aussi pendant les moments de doute.
- **Merci** et merci spécial à Madame Père, qui a su me remonter le moral après un énorme soucis lors d'un de mes stages. Elle a su me montrer que j'étais capable d'être au-dessus de cela.
- **Merci** à mes collègues de classe, qui m'ont aidé, que j'ai aidé, et qui m'ont apporté beaucoup.
- **Merci** à mes tuteurs de stage, qui ont été là, et spécialement ceux du CPAS de Tournai, qui ont su voir en moi plus qu'une stagiaire, car je me sentais leur égale. (Mention « Stagiaire responsable des stagiaires ! »)

Et enfin....

- **Merci** à vous, lecteurs, qui avaient lu ces lignes.

Bibliographie

Titre de la page de garde : Parole de la chanson « Là-bas » de Jean-Jacques GOLDMAN.

Photo de la page de garde : Google images.

Partie 1 :

Présentation des diverses institutions + Caractéristiques :

<https://www.agetranquille.net/maison-de-repos-et-de-soins/>

[https://www.belgium.be/fr/sante/soins de sante/services medicaux/maisons de repos](https://www.belgium.be/fr/sante/soins_de_sante/services_medicaux/maisons_de_repos)

Cours de Mme VERCAUTEREN (UE3)

Partie 2 :

Définitions :

Notion d'autonomie : <https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/autonomie/6779>

Cours de Mme DEFRAÏE (UE3), cours de Mme STALLAERTS (UE4)

Grille d'évaluation de Géronte : [http://www.tregastel.fr/IMG/pdf/09-10-projet de vie individualise suivi - fpa 2019.pdf](http://www.tregastel.fr/IMG/pdf/09-10-projet_de_vie_individualise_suivi_-_fpa_2019.pdf)

<https://www.mcmastervieillissementoptimal.org/actualite-a-la-une/detail/hitting-the-headlines/2018/07/31/comprendre-la-solitude-et-l'isolement-social>

La liberté, le développement :

Lecture du livre « La liberté, le courage d'être soi-même » d'OSHO.

Lecture du livre « La liberté d'être libre » d'Hannah ARENDT.

Pathologies associées :

Cours de Mme STALLAERTS. (UE4)

<https://www.who.int/fr/news-room/fact-sheets/detail/dementia>

Le placement en institution

L'importance de la liberté.

Partie 3 :

Prévention et mesure pour protéger le patient :

<https://pro.guidesocial.be/articles/actualites/maisons-de-repos-de-nouveaux-outils-pour-prevenir-les-fugues.html>

Comprendre et anticiper les fugues délibérées :

Lutter contre la solitude et l'isolement :

Le rôle des soignants :

Méthode Montessori : <https://www.ascelliance-retraite.fr/fr/placement-maison-retraite/montessori-ehpad-demences-seniors.html>

Méthode Snoezelen : <https://snoezelen-france.fr/snoezelen/presentation-du-concept-snoezelen>

Doll thérapie :

<https://www.passeportsante.net/fr/Actualites/Dossiers/DossierComplexe.aspx?doc=connaissance-vous-la-doll-therapy-senior-alzheimer>

Jardin thérapeutique : https://fr.wikipedia.org/wiki/Jardin_th%C3%A9rapeutique

Paro le phoque : <https://www.youtube.com/watch?v=grztbmLM5tA>

Annexes :

https://wikiagile.cesi.fr/index.php?title=Outil_d%27%C3%A9valuation_de_la_douleur

Annexes

Annexe 1 : Modèle de règlement d'ordre intérieur en maison de repos

Commission Communautaire Française (COCOF)
Rue des Palais, 42A - 1030 Bruxelles
☎ 02 800 80 00

MODELE DE REGLEMENT D'ORDRE INTERIEUR en maison de repos

1. Renseignements relatifs à la maison de repos

- nom de la maison de repos, adresse, téléphone, email;
- gestionnaire;
- statut;
- représentant(s) du gestionnaire;
- directeur;
- maison de repos agréée par la commission communautaire française sous le numéro d'agrément

2. Critères d'admission et d'interruption du séjour dans la maison de repos (y compris les degrés de validité, de dépendance et de santé des personnes admises dans la maison de repos)

3. Droits et devoirs du résident

Ceux-ci sont établis conformément à l'article 8 de l'arrêté.

- § 1^{er} : La plus grande liberté possible est garantie au résident, pour autant qu'elle ne porte pas préjudice aux autres résidents. Le résident a notamment l'obligation d'adopter des mesures d'hygiène personnelle et de se conformer aux règles de sécurité.
- § 2 : L'entière liberté de circulation et de sortie est garantie au résident, sauf en cas d'avis contraire écrit du médecin traitant et accord écrit du représentant légal du résident, à joindre au dossier confidentiel de l'intéressé. Le résident veille cependant à informer le personnel de ses absences, notamment aux heures des repas.
- Préciser les modalités et délais d'information en cas d'absence et les horaires d'ouverture et fermeture des portes de la maison de repos.
- § 3 : Le résident a le droit de recevoir les visiteurs de son choix. Les jours et heures de visite sont établis d'une manière aussi large que possible, à raison au moins de trois heures l'après-midi et deux heures après 18 heures, tous les jours de la semaine, y compris les dimanches et jours fériés; les visiteurs sont tenus de respecter les règles de fonctionnement de l'établissement.
- Préciser les horaires des visites.
- § 4. Toute mesure de contrainte à l'encontre du résident est interdite. Si une telle mesure s'avère indispensable en raison de l'état physique ou mental du résident, elle doit être proposée par l'équipe de soins, justifiée par un certificat médical à joindre au dossier médical de l'intéressé et faire l'objet d'un accord écrit du représentant légal du résident. Elle ne peut être prise que dans le respect le plus strict des droits de la personne;
- § 5. Le résident a droit au respect de sa vie privée, affective et sexuelle, notamment par l'obligation faite aux visiteurs et aux membres du personnel de l'avertir avant de pénétrer dans sa chambre.
- § 6. Le résident ou son mandataire choisit librement son médecin, hormis les cas d'urgence. Celui-ci a libre accès dans l'établissement aux jours et heures convenus avec le directeur.
- Préciser les horaires prévus pour les visites médicales (hors urgences).
- § 7. Le résident a le libre choix du personnel paramédical et de kinésithérapie lorsque celui-ci n'est pas engagé par la maison de repos dans les liens d'un contrat d'emploi. Le personnel paramédical choisi par le résident a libre accès dans l'établissement aux jours et heures convenus avec le directeur.
- Préciser les horaires prévus pour le personnel paramédical choisi par le résident.
- NB : Lorsque l'établissement dispose d'un personnel paramédical salarié ou conventionné, le règlement d'ordre intérieur le mentionne.
- § 8. Le résident a le libre choix du pharmacien, sous sa responsabilité ou celle de son mandataire. Lorsque le résident est incapable de recevoir en mains propres les médicaments qui lui ont été prescrits, la maison de repos a l'obligation de délivrer ces médicaments dans le respect des dispositions de l'arrêté royal du 31 mai 1885 approuvant les nouvelles instructions pour les médecins, pour les pharmaciens et pour les droguistes.

- § 9 L'entière liberté d'opinion philosophique, politique et religieuse est garantie au résident. Aucune obligation à caractère commercial, culturel, religieux, politique ou linguistique ne peut lui être imposée. Les ministres des cultes ou conseillers laïques demandés par le résident ont libre accès à celui-ci. Ils trouvent le climat et les facilités appropriés à l'accomplissement de leur mission. La famille, les amis et les ministres des cultes ou conseillers laïques demandés par le résident ont libre accès à tout moment, pour l'assistance à une personne mourante. Le résident s'engage à respecter le règlement de la maison de repos et à tenir compte des impératifs de la vie communautaire.

4. Droits et devoirs de la maison de repos

La maison de repos s'engage à permettre au résident de mener une vie conforme à la dignité humaine et à mettre en oeuvre les moyens nécessaires pour concrétiser le projet de vie qu'elle propose. Un exemplaire de ce projet de vie est remis au résident.

5. Horaires de la maison de repos

- Lever et coucher pour les résidents nécessitant une aide
- Repas

6. Activités organisées par la maison de repos

- Activités régulières organisées par la maison de repos
- Eventuellement modalités d'inscription

7. Introduction d'observations ou de plaintes

Toutes les observations peuvent être faites, tant par le résident, et le cas échéant, son mandataire, que par sa famille auprès du directeur.

- Préciser l'horaire des permanences du directeur
- Préciser les modalités d'introduction et d'examen des observations et des réclamations

8. Comité de participation

Conformément à l'article 17 de l'arrêté un comité de participation est constitué au sein de la maison de repos.

Chaque résident, ou le cas échéant, son mandataire, a le droit d'en faire partie.

Le comité de participation est composé des résidents ou de leurs mandataires. La liste nominative des membres du comité de participation ainsi que les modifications qui y sont apportées sont communiquées aux résidents, et le cas échéant, à leurs mandataires.

Le comité de participation adopte son propre règlement d'ordre intérieur. Une copie en est transmise pour information à l'administration ainsi qu'aux résidents, et le cas échéant, à leurs mandataires.

Le comité de participation se réunit au moins une fois par trimestre. Il dispose d'une compétence d'avis soit d'initiative, soit à la demande du gestionnaire ou du directeur de l'établissement sur toute question portant sur le fonctionnement général de l'établissement.

Un rapport relatif aux réunions est rédigé et peut être consulté par les résidents ou les membres de leur famille et leurs représentants.

Les fonctionnaires chargés de l'inspection peuvent à tout moment consulter ces rapports.

Afin d'assurer le bon fonctionnement de ce comité, celui-ci reçoit le soutien du personnel de la maison de repos. Le directeur ou son représentant peut assister aux réunions du comité.

Le calendrier des réunions est affiché trois semaines à l'avance dans un endroit bien visible de tous.

- Préciser : modalités de candidatures au comité, horaires des réunions.

9. Inspections et service d'aide aux personnes âgées maltraitées

- Le service d'inspection compétent est :

Commission communautaire française
Inspection des maisons de repos
rue des Palais 42 - 1030 Bruxelles
Tél.: 02 800 80 00
E-mail : information@cocof.irisnet.be

- Inspection de l'hygiène de l'Etat

SPF Santé Publique
place Horta 40, bte 10 - 1060 Bruxelles
Tél.: 02 524 71 11
E-mail : info@health.fgov.be

- Service d'aide aux personnes âgées maltraitées

SEPAM (Service d'Ecoute pour Personnes Agées Maltraitées)
bd Anspach 59 - 1000 Bruxelles
Tél.: 02 223 13 43
E-mail : sepam@inforhomes-asbl.be

Pour réception d'une copie du présent règlement d'ordre intérieur et accord.

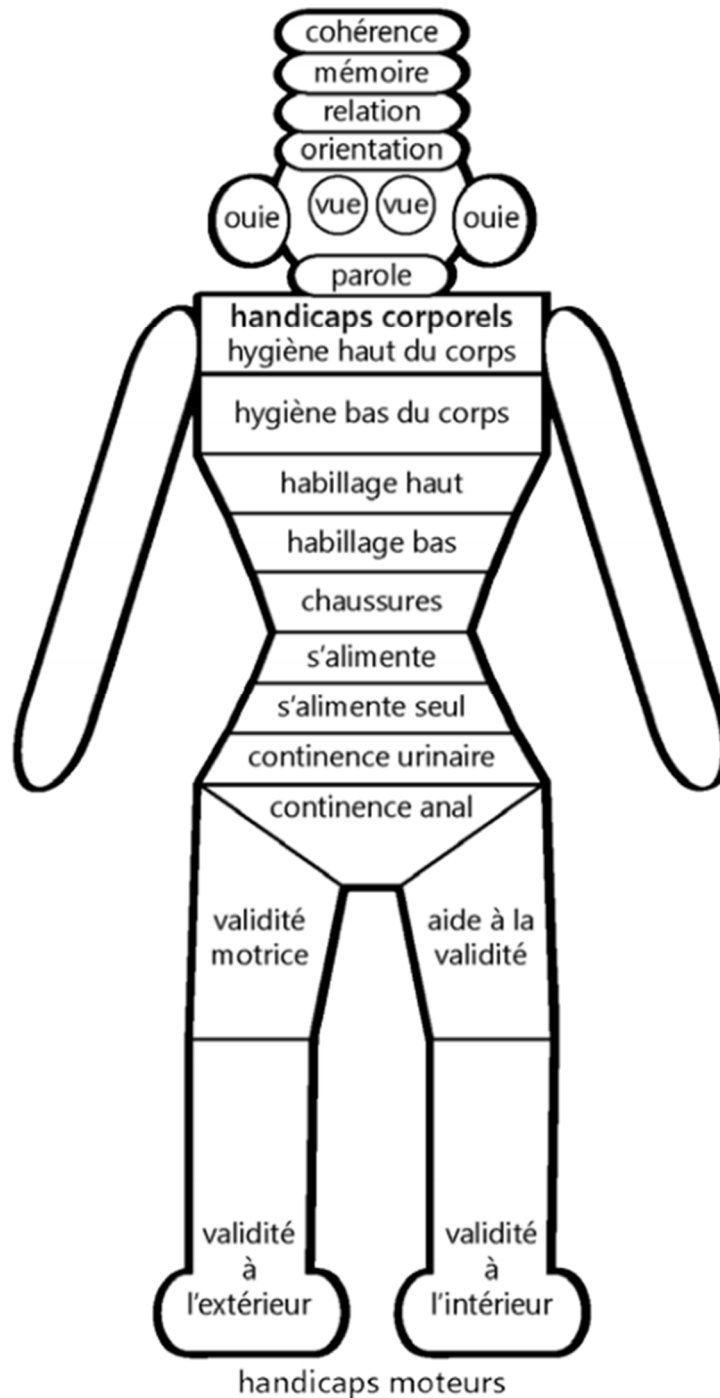
Fait à _____, le _____

Signature

Le résident : nom, prénom

Ou le mandataire : nom, prénom

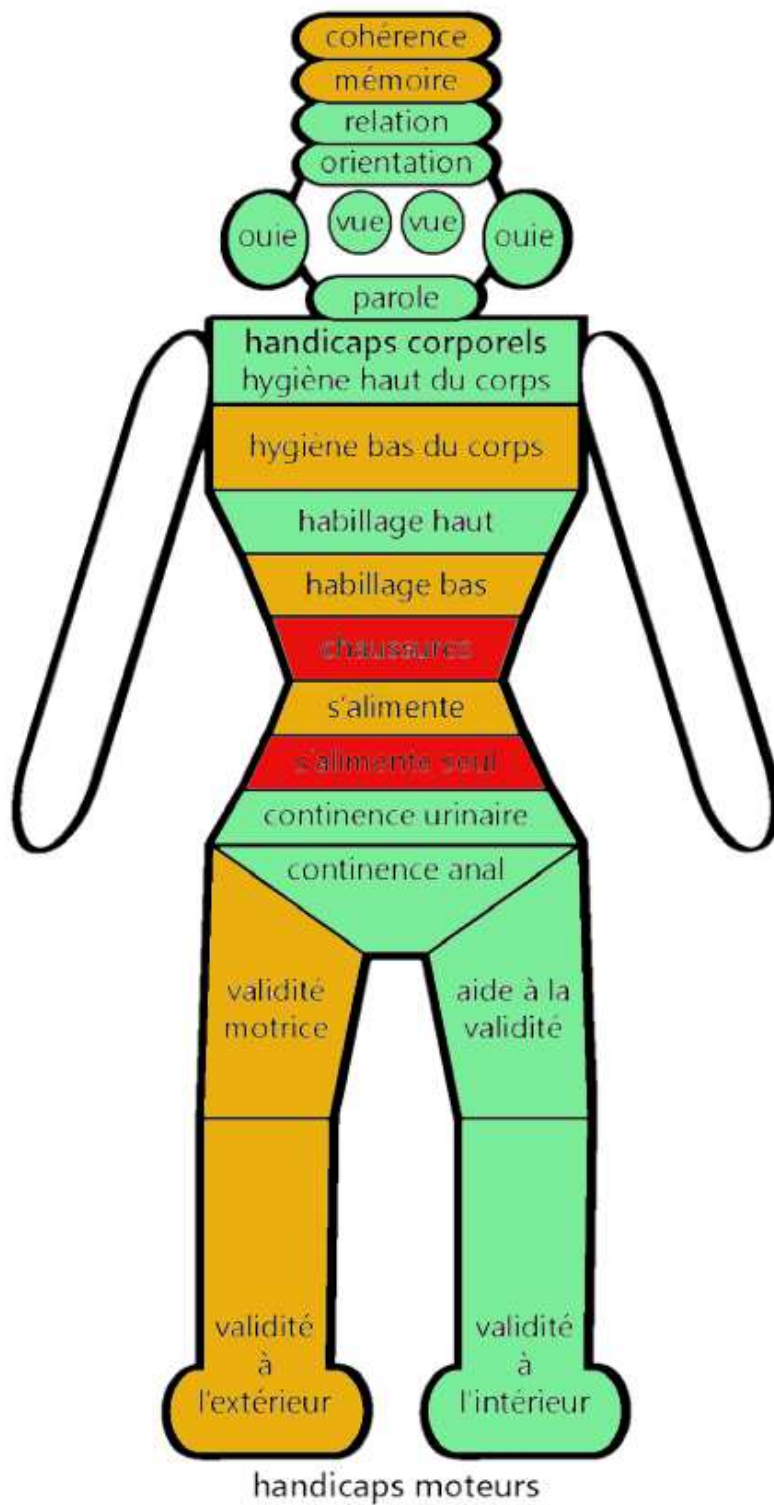
Annexe 2 : Grille d'évaluation de Géronte



Il existe deux méthodes de remplissage selon l'institution :

Coloré : bon | Rayé : moyen | Blanc : mauvais
Vert : bon | Orange : moyen | Rouge : mauvais

Annexe 2-1 :
Grille d'évaluation de Géronte : Monsieur D



Annexe 3 : Echelle de Katz

Critère	Ancien score	Nouveau score	1	2	3	4
SE LAVER			Est capable de se lever complètement sans aucune aide	A besoin d'une aide partielle pour se laver au-dessus ou en dessous de la ceinture	A besoin d'une aide partielle pour se laver tant au-dessus qu'en dessous de la ceinture	Doit être entièrement aidé pour se laver tant au-dessus qu'en dessous de la ceinture
S'HABILLER			Est capable de s'habiller et de se déshabiller complètement sans aucune aide	A besoin d'une aide partielle pour s'habiller au-dessus ou en dessous de la ceinture (sans tenir compte des lacets)	A besoin d'une aide partielle pour s'habiller tant au-dessus qu'en dessous de la ceinture	Doit être entièrement aidé pour s'habiller tant au-dessus qu'en dessous de la ceinture
TRANSFERT ET DEPLACEMENTS			Est autonome pour le transfert et se déplace de façon indépendante, sans auxiliaire(s) mécanique(s), ni aide de tiers	Est autonome pour le transfert et ses déplacements moyennant l'utilisation d'auxiliaires(s) mécanique(s) (béquille(s), chaise roulante...)	A absolument besoin de l'aide de tiers pour au moins un des transferts et/ou ses déplacements	Est grabataire en chaise roulante et dépend entièrement des autres pour se déplacer
ALLER A LA TOILETTE			Est capable d'aller seul à la toilette, de s'habiller et de s'essuyer	A besoin d'aide pour un des trois items : se déplacer ou s'habiller ou s'essuyer	A besoin d'aide pour deux des trois items : se déplacer, et/ou s'habiller et/ou s'essuyer	Doit être entièrement aidé pour les trois items : se déplacer, s'habiller et s'essuyer
CONTINENCE			Est continent pour les urines et les selles	Est accidentellement incontinent pour les urines ou les sennes (sonde vésicale ou anus artificiel compris)	Est incontinent pour les urines (y compris exercices de miction) ou les selles	Est incontinent pour les urines et les selles
MANGER			Est capable de manger et de boire seul	A besoin d'une aide préalable pour manger ou boire	A besoin d'une aide partielle pendant qu'il mange ou boit	Le patient est totalement dépendant pour manger ou boire

CRITERE			1	2	3	4
TEMPS (2)			Pas de problème	De temps en temps, rarement des problèmes	Des problèmes presque chaque jour	Totalement désorienté ou impossible à évaluer
ESPACE (2)			Pas de problème	De temps en temps, rarement des problèmes	Des problèmes chaque jour	Totalement désorienté ou impossible à évaluer

Annexe 3-1 : Echelle de Katz : Monsieur D

Critère	Ancien score	Nouveau score	1	2	3	4
SE LAVER		3	Est capable de se lever complètement sans aucune aide	A besoin d'une aide partielle pour se laver au-dessus ou en dessous de la ceinture	A besoin d'une aide partielle pour se laver tant au-dessus qu'en dessous de la ceinture	Doit être entièrement aidé pour se laver tant au-dessus qu'en dessous de la ceinture
S'HABILLER		3	Est capable de s'habiller et de se déshabiller complètement sans aucune aide	A besoin d'une aide partielle pour s'habiller au-dessus ou en dessous de la ceinture (sans tenir compte des lacets)	A besoin d'une aide partielle pour s'habiller tant au-dessus qu'en dessous de la ceinture	Doit être entièrement aidé pour s'habiller tant au-dessus qu'en dessous de la ceinture
TRANSFERT ET DEPLACEMENTS		2	Est autonome pour le transfert et se déplace de façon entièrement indépendante, sans auxiliaire(s) mécanique(s), ni aide de tiers	Est autonome pour le transfert et ses déplacements moyennant l'utilisation d'auxiliaires(s) mécanique(s) (béquille(s), chaise roulante...)	A absolument besoin de l'aide de tiers pour au moins un des transferts et/ou ses déplacements	Est grabataire en chaise roulante et dépend entièrement des autres pour se déplacer
ALLER A LA TOILETTE		2	Est capable d'aller seul à la toilette, de s'habiller et de s'essuyer	A besoin d'aide pour un des trois items : se déplacer ou s'habiller ou s'essuyer	A besoin d'aide pour deux des trois items : se déplacer, et/ou s'habiller et/ou s'essuyer	Doit être entièrement aidé pour les trois items : se déplacer, s'habiller et s'essuyer
CONTINENCE		1	Est continent pour les urines et les selles	Est accidentellement incontinent pour les urines ou les sennes (sonde vésicale ou anus artificiel compris)	Est incontinent pour les urines (y compris exercices de miction) ou les selles	Est incontinent pour les urines et les selles
MANGER		2	Est capable de manger et de boire seul	A besoin d'une aide préalable pour manger ou boire	A besoin d'une aide partielle pendant qu'il mange ou boit	Le patient est totalement dépendant pour manger ou boire

CRITERE			1	2	3	4
TEMPS (2)		2	Pas de problème	De temps en temps, rarement des problèmes	Des problèmes presque chaque jour	Totalement désorienté ou impossible à évaluer
ESPACE (2)		2	Pas de problème	De temps en temps, rarement des problèmes	Des problèmes chaque jour	Totalement désorienté ou impossible à évaluer

Annexe 4 : Echelle de Norton

CONDITION PHYSIQUE		ETAT MENTAL		ACTIVITE		MOBILITE		INCONTINENCE		SCORE TOTAL
Bonne	4	Bon, alerte	4	Ambulant	4	Totale	4	Aucune	4	
Moyenne	3	Apathique	3	Marche avec aide	3	Diminué	3	Occasionnelle	3	
Pauvre	2	Confus	2	Assis	2	Très limitée	2	Urinaire	2	
Très mauvaise	1	Inconscient	1	Totalement aidé	1	Immobile	1	Urinaire et fécale	1	

Un score élevé (de 14 à 20) indique un risque minimum

Un score bas (14 ou moins) indique que le malade est à haut risque de développer une escarre.

Lexique de l'échelle de Norton

Condition physique :	<p>Etat clinique et santé physique (considérer le statut nutritionnel, l'intégrité des tissus, la masse musculaire, l'état de la peau)</p> <p>4 – Bon : Etat clinique stable, paraît en bonne santé et bien nourri. 3 – Moyen : Etat clinique généralement stable, paraît en bonne santé. 2 – Pauvre : Etat clinique instable, en mauvaise santé. 1 – Très mauvais : Etat clinique critique ou précaire.</p>
Etat mental :	<p>Niveau de conscience et orientation</p> <p>4 – Alerté : Orienté, a conscience de son environnement. 3 - Apathique : Orienté (2 fois sur 3), passif. 2 – Confus : Orienté (1 fois sur 2) conversation quelquefois non appropriée. 1 – Inconscient : Généralement difficile à stimuler, léthargique.</p>
Activité :	<p>Degré de capacité à se déplacer</p> <p>4 – Ambulant : Capable de marcher de manière indépendante (inclut la marche avec canne). 3 – Marche avec aide : Incapable de marcher sans aide humaine. 2 – Assis au fauteuil : Marche seulement pour aller au fauteuil, confiné au fauteuil à cause de son état et/ou sur prescription médicale. 1 – Immobile : Incapacité de bouger, incapable de changer la position.</p>
Mobilité :	<p>Degré de contrôle et de mobilisation des membres</p> <p>4 – Totale : Bouge et contrôle tous ses membres volontairement, indépendant pour se mobiliser. 3 – Diminuée : Capable de bouger et de contrôler ses membres, mais avec quelques degrés de limitation, a besoin d'aide pour changer de position. 2 – Très limitée : Incapable de changer de position sans aide, offre peu d'aide pour bouger, paralysie, contractures. 1 – Immobile : Incapacité de bouger, incapable de changer de position.</p>
Incontinence :	<p>Degré de capacité à contrôler intestins et vessie</p> <p>4 – Aucune : Contrôle total des intestins et de la vessie, a une sonde urinaire et aucune incontinence. 3 – Occasionnelle : A de 1 à 2 incontinenances d'urine ou de selles par 24 heures, a une sonde urinaire ou pénilex mais a une incontinence fécale. 2 – Urinaire : A de 3 à 6 incontinenances urinaires ou diarrhéiques dans les dernières 24 heures. 1 – Urinaire et fécale : Ne contrôle jamais intestins ou vessie, a de 7 à 10 incontinenances par 24 heures.</p>

Annexe 4-1:
Echelle de Norton : Monsieur D.

CONDITION PHYSIQUE		ETAT MENTAL		ACTIVITE		MOBILITE		INCONTINENCE		SCORE TOTAL
Bonne	4	Bon, alerte	4	Ambulant	4	Totale	4	Aucune	4	18
Moyenne	3	Apathique	3	Marche avec aide	3	Diminué	3	Occasionnelle	3	
Pauvre	2	Confus	2	Assis	2	Très limitée	2	Urinaire	2	
Très mauvaise	1	Inconscient	1	Totalement aidé	1	Immobile	1	Urinaire et fécale	1	

Un score élevé (de 14 à 20) indique un risque minimum

Un score bas (14 ou moins) indique que le malade est à haut risque de développer une escarre.

Annexe 5 : Echelle de Doloplus

ÉVALUATION COMPORTEMENTALE DE LA DOULEUR CHEZ LA PERSONNE ÂGÉE

Échelle DOLOPLUS®

NOM : _____
Prénom : _____
Service : _____

DATES

--	--	--	--

OBSERVATION COMPORTEMENTALE

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

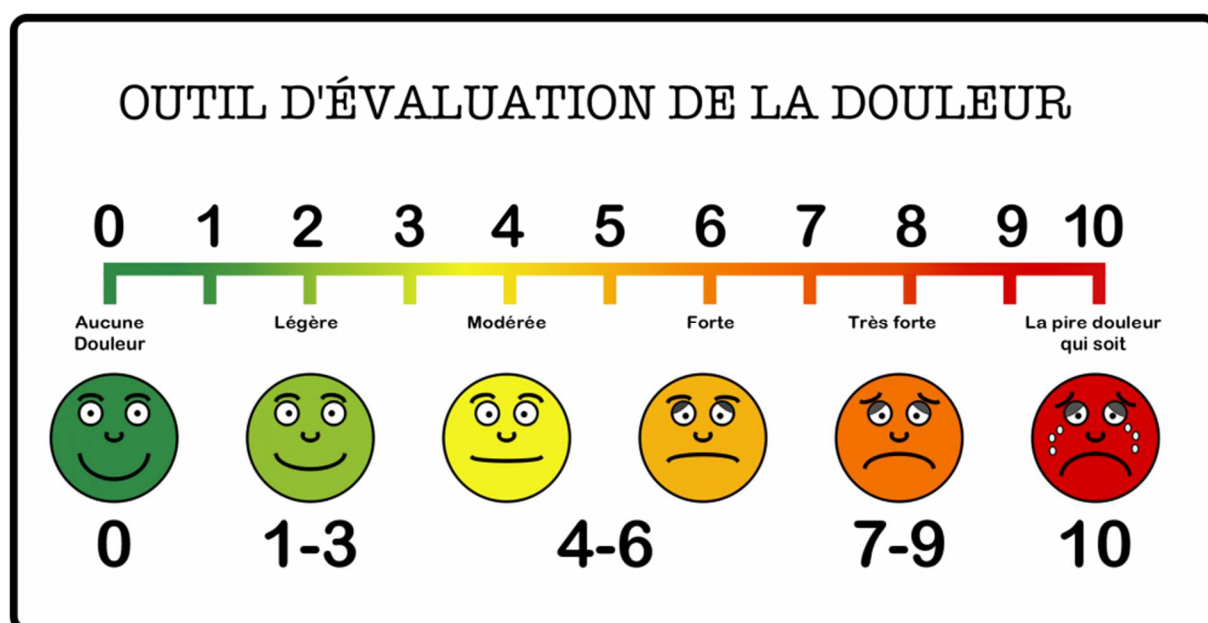
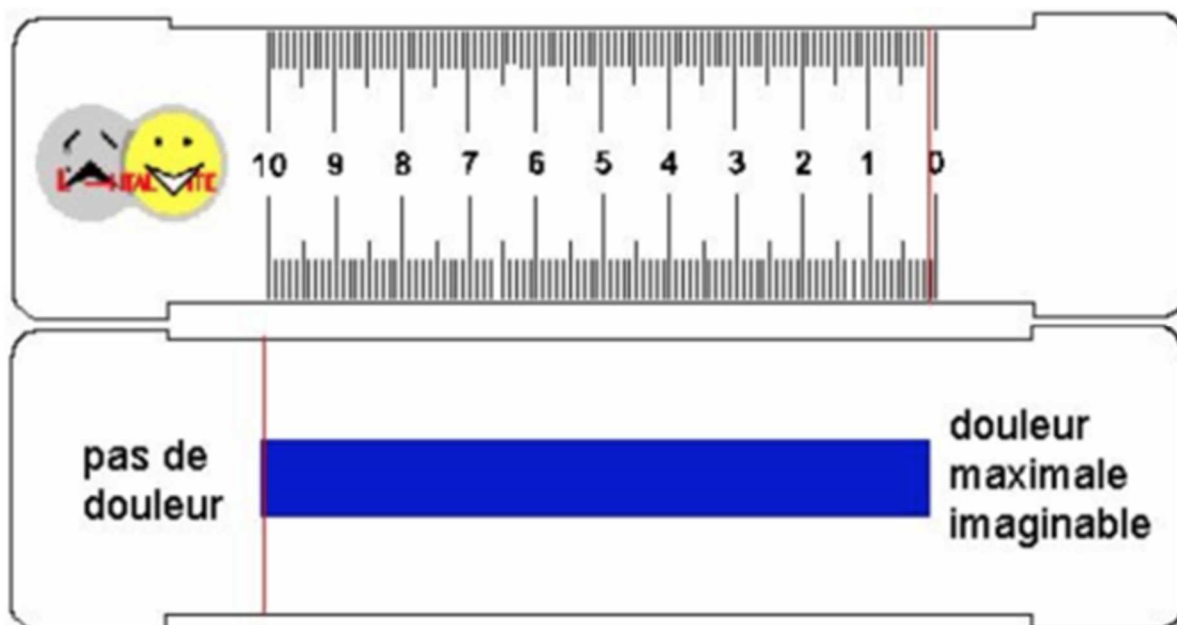
RETENTISSEMENT PSYCHOSOCIAL

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 itératifs	1	1	1	1
	• troubles du comportement à la sollicitation et permanents	2	2	2	2
	• troubles du comportement permanents (en dehors de toute sollicitation)	3	3	3	3

SCORE

--	--	--	--

Annexe 6 : Echelle d'EVA



Annexe 7 : Evaluation des risques de chute

EVALUATION DU RISQUE DE CHUTE	
	Cotation
Facteurs physiques	
Age > 65 ans	
Faiblesse musculaire clinique et/ou Dénutrition* et/ou Hypoalbuminémie*	
Antécédents de chute	
Altération de la locomotion ou des pieds	
Facteurs psychiques	
Agitation	2 si 1 facteur 4 si 2 ou 3 facteurs
Dépression	
Prise de risque (Témérité)	
Pathologies aiguës	
Fièvre / Infection	
Pathologie chroniques	
Neuro-psychiatriques (AVC/ Démence / Désorientation)	
Médicaments	
Nombre de > 7	
Nombre de médicaments à risques** > 3	
Total score	

Annexe 8 : L'explication d'OSHO, via l'histoire de Diogène

« Lorsqu'il fut mis en haut piédestal pour être vu de tout le monde, un silence de marbre envahit la foule. Les gens n'avaient encore jamais vu un tel corps, si musclé, ni bien proportionné au point qu'il semblait être fait de fer. Avant que commissaire-priseur ait dit quoi que ce soit, Diogène déclara : « Écoutez ! Voici un maître à vendre comme esclave. C'est pour aider ces quatre pauvres malheureux qui ont besoin d'argent. Commencez les enchères, mais rappelez-vous bien, vous achetez un maître. »

C'est un Roi qui l'acheta. Il avait bien sûr eu les moyens de monter les enchères. De nombreuses personnes avaient été intéressées et finalement, une somme d'argent comme on n'en avait jamais vu fut donnée à ces quatre brigands. Diogène leur demanda : « Êtes-vous satisfaits maintenant ? Vous pouvez désormais partir et moi, je vais avec cet esclave. » Sur la route du château, dans le chariot, le roi dit à Diogène : « Êtes-vous fou ou qu'est-ce qui vous arrive ? Vous vous prenez pour votre esclave ? » Diogène répondit : « Oui, je vous prends pour un esclave, mais ce n'est pas moi qui suis fou, c'est vous. Je vais vous le prouver dès maintenant. » Au fond du chariot était assise la reine. Diogène dit : « Votre reine est déjà intéressée par moi, vous ne l'intéressez déjà plus. C'est dangereux d'acheter un maître. » Le roi était sous le choc. Il n'était rien en comparaison de Diogène. Il sortit son épée et demanda à sa femme : « Est-ce que qu'il dit est vrai ? Si vous dites la vérité, vous aurez la vie sauve, je vous le promets. Mais si vous mentez et que je m'en aperçois un jour, je vous ferai décapiter sur-le-champ. »

Apeurée, tremblante, la reine dit : « Oui, c'est vrai. A côté de lui, vous n'êtes rien. Je suis éblouie, séduite par cet homme. Cet homme à quelque chose de magique. Vous n'avez l'air que d'un pauvre homme par rapport à lui. Voici la vérité. » Le roi fit arrêter le chariot immédiatement et demanda à Diogène de descendre. « Je vous redonne la liberté. Je ne veux pas que vous me posiez des problèmes dans mon château. » Diogène dit : « Merci à vous. En réalité je suis un homme qui ne peut pas être fait esclave pour la simple et bonne raison que je prends toujours la responsabilité sur moi-même. Je n'ai pas laissé ces quatre hommes se sentir coupables, ils ne m'ont pas emmené au marché des esclaves, je suis venu de mon propre gré. Ils se sont même sentis reconnaissants. Et maintenant, c'est votre chariot, si vous voulez m'en faire descendre, c'est parfait. Je n'ai pas l'habitude des chariots car mes jambes sont suffisamment robustes pour m'amener là où il faut. Et puis, je suis un homme nu, un chariot en or ce n'est pas fait pour moi. »