



# **IEPSCF-TOURNAI**

53, rue Saint-Brice B-7500 TOURNAI  
Tél. +32 69/22.48.41. - [www.iepscf-tournai.be](http://www.iepscf-tournai.be)

École d'Enseignement et de Promotion Sociale  
De la Communauté Française  
Rue Saint-Brice, 53  
7500 Tournai  
Enseignement secondaire supérieur de transition  
**Section : Aide-soignant**

**“ L’impact de l’infantilisation sur l’autonomie de la personne  
âgée institutionnalisée ”**

Travail de fin d'études réalisé et présenté par : Lescot Océanie  
En vue de l'obtention du diplôme d'aide-soignante

Année scolaire :2021-2022



## Remerciement

---

Avant d'entrer dans le vif du sujet de ce travail, il me tient à cœur de remercier certaines personnes qui m'ont permis d'arriver au terme de ces années de réorientation professionnelle.

Je tenais à remercier Monsieur Vantomme.P et Madame Père.Y, qui m'ont soutenu pour l'élaboration de ce travail, pour leurs conseils et leurs encouragements.

Aux différentes structures dans laquelle j'ai effectué mes stages et qui m'ont enrichies d'expériences et de connaissances,

aux patients et résidents que j'ai pu rencontrer, merci de m'avoir permis d'avancer dans ma réflexion et mon apprentissage au quotidien,

à ma maman qui a cru en moi, m'a encouragée et épaulée pour les enfants,

à mon compagnon qui m'a poussé vers la réussite,

à mes amis qui m'ont aidé et parfois remis sur le chemin du travail dans les moments de découragement et d'incertitude.

Un tout grand merci à toutes ces personnes qui ont contribué de près ou de loin à l'élaboration de ce travail de recherche et de réflexion.

“

*L'expérience de la vieillesse nécessite des réajustements  
continuels dans l'affirmation de son identité*

”

Marie Marchand, “ Regard sur la vieillesse ”, 2008

# Table des matières

|                                                                                |    |
|--------------------------------------------------------------------------------|----|
| INTRODUCTION .....                                                             | 1  |
| I Partie contextuelle .....                                                    | 3  |
| 1. La personne âgée.....                                                       | 4  |
| 2. La maltraitance par l'institution .....                                     | 4  |
| 3. La négligence du personnel soignant .....                                   | 4  |
| 4. L'infantilisation en institution .....                                      | 5  |
| 5. Quels moyens mettons-nous en place préserver l'autonomie ? .....            | 5  |
| 6. Vécu de la personne âgée face à l'infantilisation .....                     | 5  |
| 2. PARTIE CONCEPTUELLE .....                                                   | 8  |
| Chapitre 1: La personne âgée                                                   |    |
| 1.1 L'autonomie et la dépendance.....                                          | 9  |
| 1.1.1 Définition de l'autonomie .....                                          | 9  |
| 1.1.2 Définition de la dépendance.....                                         | 9  |
| 1.1.3 Mesure de la dépendance et de l'autonomie .....                          | 10 |
| 1.2 Le vieillissement .....                                                    | 11 |
| 1.2.1 La représentation sociale de la personne âgée et du vieillissement ..... | 13 |
| 1.2.2 Le vieillissement et la démence .....                                    | 14 |
| 1.2.3 Les droits de la personne âgée .....                                     | 15 |
| Chapitre 2: Au cœur du soin, une interaction soignant/soigné                   |    |
| 2.1 Soigner .....                                                              | 16 |
| 2.2 Soignant .....                                                             | 16 |
| 2.3 Le soigné .....                                                            | 17 |
| 2.4 La distance thérapeutique.....                                             | 17 |
| 2.5 L'humanité dans les soins .....                                            | 17 |
| Chapitre 3: De la relation dans les soins à la communication                   |    |
| 3.1 La relation dans les soins .....                                           | 18 |
| 3.2 La communication.....                                                      | 19 |
| 3.3 Les composants de la communication .....                                   | 19 |
| 3.4 Différentes formes de communication .....                                  | 20 |
| 3.5 Les facteurs pouvant influencer la relation et la communication : .....    | 21 |
| Chapitre 4: L'infantilisation                                                  |    |
| 4.1 Généralités .....                                                          | 21 |
| 4.2 Les différentes formes d'infantilisation .....                             | 22 |
| 4.3 Les facteurs qui peuvent favoriser l'infantilisation.....                  | 22 |
| 4.4 Les conséquences de l'infantilisation .....                                | 23 |

|                                                                                                                     |    |
|---------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|----|
| 4.5 Peut-on évoquer une maltraitance quand on parle d'infantilisation ?.....                                        | 24 |
| 4.6 Cas d'exception de l'usage de l'enfance .....                                                                   | 24 |
| III. Partie pratique .....                                                                                          | 26 |
| 1. Quelques clés d'une bonne communication pour aider les soignants à trouver la juste distance thérapeutique ..... | 27 |
| 2. Le partage émotionnel entre soignant/soigné, comment gérer l'empathie ?.....                                     | 28 |
| 3. Bientraitance, le respect de la personne âgée dépendante .....                                                   | 29 |
| 4. Comment prendre en charge une personne démente.....                                                              | 29 |
| 5. Les principes et dispositifs d'aide aux soignants .....                                                          | 30 |
| Conclusion .....                                                                                                    | 32 |
| Annexes.....                                                                                                        | 35 |
| Bibliographie.....                                                                                                  | 39 |

# INTRODUCTION

Afin d'achever ma formation d'aide-soignante, voici le moment où il est temps de réaliser ce travail de fin d'études dont la finalité est d'obtenir le diplôme me permettant par la suite d'entrer dans la vie active.

J'ai travaillé auparavant en tant que vendeuse et aide-ménagère, c'est après la naissance de mon premier enfant que je me suis dit qu'il n'était pas trop tard pour faire ce que j'avais toujours eu envie de faire et ainsi reprendre mes études dans le paramédical. Durant ma formation, j'ai eu l'opportunité d'effectuer des stages en maison de repos, en centre d'hébergement pour personnes handicapées ainsi qu'en milieu hospitalier. J'ai pu travailler dans différents services tels que le service de revalidation cardio-pulmonaire mais aussi dans le service de soins palliatifs. Ces stages m'ont permis de m'enrichir de diverses techniques pratiques professionnelles mais également de vivre et de partager des expériences de vies. J'ai donc été confronté à diverses situations interpellantes qui m'ont poussé au questionnement :

- En tant que soignante, comment accompagner et considérer nos patients âgés devenus dépendants ?

- Comme nous entendons souvent qu'une personne âgée retombe en enfance, devons-nous la considérer comme telle ?

Ces questions m'ont amené à la réflexion suivante qui constitue ma question de recherche : « Dans la distance professionnelle, en quoi l'infantilisation de la personne âgée institutionnalisée peut-elle avoir un impact sur son autonomie ? »

À partir de là, j'ai voulu identifier les facteurs poussant la personne à infantiliser la personne âgée et en évidence les impacts de l'infantilisation sur la diminution de l'autonomie de la personne âgée dépendante désorientée ou non. Afin d'apporter des réponses à ma question de recherches et atteindre ces objectifs, j'ai donc divisé ce travail en trois parties. Dans les pages qui vont suivre, vous retrouverez une première partie contextuelle où j'ai pu constater que l'infantilisation était appliquée et le vécu de la personne âgée. Dans la seconde partie dite conceptuelle, je développe différentes notions autour de la personne âgée et du vieillissement, de la relation soignant/soigné, de la notion de communication et de l'infantilisation. Ensuite une dernière partie pratique où je présente ma problématique, ainsi que différentes méthodes et conseils afin d'aider le personnel soignant à comprendre et à gérer au mieux leurs difficultés sur le terrain. Ceux-ci ont pour but de diminuer l'infantilisation.

La réalisation de ce travail de recherche m'a demandé beaucoup d'investissement mais il m'a aussi apporté un enrichissement qui me permettra de mieux comprendre et prendre en charge les personnes âgées durant ma carrière professionnelle. Il m'a également permis de prendre conscience que nos actes, nos paroles, nos comportements conscients ou inconscients peuvent avoir des retombées sur la personne âgée et dans sa prise en charge. Les recherches effectuées mais aussi mon immersion sur le terrain m'ont permises d'identifier les facteurs favorisant et les conséquences de l'infantilisation de la personne âgée.

# I Partie contextuelle

### 1. La personne âgée

À partir de quel âge sommes-nous une personne âgée, ou plus politiquement correct, un senior ? Selon l'O.M.S<sup>1</sup>, la personne est considérée comme âgée à partir de soixante ans, elle est dite d'un âge avancé. La personne âgée est par nature plus vulnérable, soumise au processus de vieillissement, aux transitions, au cumul des pertes<sup>2</sup>. La personne âgée peut être confrontée à des diminutions physiques, physiologiques ou neurologiques ce qui peut entraîner une dépendance vis-à-vis du personnel soignant.

### 2. La maltraitance par l'institution

L'institution peut favoriser la maltraitance par une mauvaise organisation, par des effectifs insuffisants, par une architecture inadaptée. Cette forme de maltraitance n'est pas essentiellement liée aux individus, elle est liée au fonctionnement des organisations qui privilégient l'institution par rapport aux besoins des personnes. En général, il est effectivement demandé au patient/résident de s'adapter aux contraintes de l'organisation et non l'inverse. Les contraintes institutionnelles sont largement dénoncées par les professionnels : les heures du lever, coucher, du repas, des visites ; le problème du temps pour accompagner les résidents dépendants aux toilettes et à qui nous mettons des protections. Ce qui est essentiellement mis en avant par les soignants concerne, à la fois, le manque de personnel et le manque de temps. Ils soulignent aussi le manque de formation des équipes qui occasionnent la non-bientraitance par défaut de formation et manque d'expérience. Il apparaît qu'une grande partie des problèmes liés à la maltraitance institutionnelle survient dans des établissements où l'organisation et le fonctionnement ne sont pas structurés et où la qualification du personnel est insuffisante.

### 3. La négligence du personnel soignant

Il existe également une forme de négligence « quotidienne », « passive ». Des actes de négligence quotidiens par exemple, le manque d'aide pour le lever et le coucher, le manque d'aide à la toilette, à l'habillage, à la marche, le manque d'aide pour aller aux toilettes, etc. C'est aussi l'indifférence à l'égard de la personne, c'est lui parler comme à un enfant, ne pas lui demander son avis. Faire à la place de la personne âgée pour gagner du temps peut aussi être considéré comme une forme de négligence passive. Cette forme de maltraitance

---

<sup>1</sup> Organisme Mondiale de la Santé

<sup>2</sup> Veuvages, maladie, perte de revenus...

est d'une certaine manière, mieux dissimulée parce que les personnes âgées se plaignent davantage d'un manque que d'une action violente.

#### 4. L'infantilisation en institution

L'infantilisation chez les personnes âgées peut revenir sous plusieurs formes, le non-respect de la parole et des envies, elle peut passer par l'alimentation, la prise médicamenteuse mais également par la communication. Le soutien et les interactions sociales influencent de façon fondamentale la qualité de vie des personnes âgées résidant dans une structure d'hébergement à long terme. Cependant il apparaît trop souvent que ces structures ne répondent pas aux besoins de la personne. La communication révèle une véritable absence de conversation, ce peu de conversation s'oriente vers le soin en cours ainsi qu'un langage qui encourage la dépendance. On observe assez fréquemment la mise en place d'un style de communication appelé le « parler personnes âgées » ou le « parler condescendant ». En utilisant ce type de parler, le personnel soignant peut sans réellement en prendre conscience renforcer la dépendance et favoriser l'isolement ainsi que la dépression. Il se caractérise par un rythme plus lent, un ton de voix élevé, une intonation exagérée, l'utilisation de diminutifs et de surnoms, ou encore l'adoption du tutoiement.

#### 5. Quels moyens mettons-nous en place préserver l'autonomie ?

L'autonomie des personnes âgées est un enjeu de première importance. La perte d'autonomie implique en effet un accompagnement et une prise en charge pour continuer à faire certains actes de la vie quotidienne. Il est donc essentiel de trouver des moyens pour conserver au maximum cette autonomie. L'aide-soignant a pour rôle d'accompagner sans remplacer, de favoriser avec la personne une relation de soutien permettant l'expression sur ses difficultés, sur ses choix. La personne doit être impliquée dans les soins qui lui sont prodigués, lors de la toilette, des repas. Il faut savoir respecter le refus de soins sans pour autant abandonner la personne. Des évaluations régulières permettent de mettre en place des actions de soins nécessaires afin de lui procurer une autonomie satisfaisante suivant les pathologies aux causes.

#### 6. Vécu de la personne âgée face à l'infantilisation

Afin de mieux comprendre, j'ai avec l'aide d'une amie infirmière qui travaille en maison de repos, questionné trois résidents sur leur ressenti, leur expérience au sein de l'établissement dans lequel ils vivent. Nous pouvons retenir quelques réponses clés qui nous indiquent leur état d'esprit ainsi que leur vécu.

[Interview 1:](#)

### **Avez-vous le sentiment d'être infantilisé ? Pourquoi et de quelle manière ?**

« Oui encore la semaine dernière, je discute avec la grand-mère d'à côté (ma voisine mais elle ment, elle invente) et je lui dis : « va te faire foutre » que je dis comme ça. Une infirmière a entendu et elle est venue vers moi et me dit « Roberte tu as dit un gros mot ! » Ah bon ? Que j'ai dit un gros mot ? Je lui ai répondu qu'elle me faisait penser à l'institutrice qui nous faisait la même chose à la maternelle. Je lui ai dit : tu n'es pas institutrice et moi je ne suis pas un gosse. Maintenant si vous aviez deux centimes d'intelligence, vous sauriez qu'aller se faire foutre n'est pas un gros mot. C'est vous qui ne comprenez pas. Elle me faisait répéter comme à un gosse. Du coup, elle ne savait pas quoi dire, elle est comme un petit ange parce que c'est un petit diable qui veut tout diriger, tu sais ! Après cette leçon, je pense que ça lui a fait du bien (rire de la résidente). »

« Je n'aime pas ça qu'on me prenne pour un enfant. Nous sommes de vieilles personnes mais pas des enfants. Je préfère qu'on me prenne pour une vieille personne et c'est tout. Nous parler comme à des enfants ça me blesse. Je veux qu'on me parle comme un adulte. Un adulte qui a vécu, qui a de l'expérience. On a eu une vie avant. »

### **Comment réagissez-vous face à un comportement infantilisant ? Souffrez-vous de cette situation ou cela vous reconforte-t-il ? Quel est votre ressenti ? Comment l'exprimez-vous ?**

« Hormis cette petite histoire avec le gros mot, je n'en souffre pas puisque j'ai toute ma tête mais pour les autres, je ne trouve pas ça bien. On les fait retomber en enfance si vous voulez. C'est la première bêtise que l'on fait. Par exemple lors d'activités, comme vous avez vu les dames partir en charrette là ! Ils tricotent, mettent en couleur ou n'importe quoi pour les occuper. Des tricots moi, je ne me vois pas là-dedans. Je ne me vois pas moi à mon âge à une table avec un crayon de couleur dans ma main ! Je pense que je suis à la maternelle, qu'on me prendrait pour un gosse. Et ça à notre âge ; on ne peut plus nous prendre pour des gosses. Ça nous fait diminuer, tu sais. Nous nous sentons diminués de nous prendre pour des fous en faisant les marionnettes ! (Rire). Mais tu te rends compte, vous rentrez dans une salle et il y a vingt-cinq vieux (fait les gestes avec les mains en l'air et le rire aux larmes) vous appelez tout de suite l'urgence des malheureux ! À notre âge aller faire les marionnettes et même qu'on leur fait des chansons. Écoute bien ! On aime bien les chansons. Mais les vieux pourquoi leur chanter des chansons « ainsi font les marionnettes » ! Mettez-leur des chansons de leur jeunesse ! Que les chanteurs chantent encore

maintenant où qui chantaient avant. Ça on aimera bien. Comme tous les anciennes belles chansons et d'amour comme il y a maintenant avec les jeunes. On a été jeunes aussi. On ne demande pas de nous rappeler nos trois ans à l'école maternelle ! Je dis toujours mettez de la musique de leur âge enfin du mien aussi par exemple les trois quarts d'ici ne s'en souviennent même plus. Il y a autre chose à faire quand même. »

#### Interview 2:

##### **Avez-vous le sentiment d'être infantilisé ? Pourquoi et de quelle manière ?**

« Pas vraiment mais une fois avec une aide-soignante qui se mêlait de mes affaires personnelles et de mes visites. Ça, je ne supporte pas qu'on décide pour moi. Un jour, mon fils adoptif était passé en vitesse pour me dire bonjour cinq minutes. J'étais en train de lui dire au revoir quand l'aide-soignante est venue exprès pour me changer et mettre ma chemise de nuit. Mon fils partait de lui-même et ça, ça ne me plaisait pas. Elle me dit qu'il devait rester car il était venu exprès pour me voir et estimait qu'il devait rester près de moi. Mais ça ne lui regarde pas et si elle recommence, cette fois, c'est fini. J'ai encore toutes mes facultés et je sais ce que je dois faire avec mon fils. C'est la seule fois qu'on s'est mêlé de mes affaires. »

##### **Comment réagissez-vous face un comportement infantilisant ? Souffrez-vous de cette situation ou cela vous reconforte-t-il ? Quel est votre ressenti ? Comment l'exprimez-vous ?**

« Je n'ai jamais eu le cas donc je ne sais pas dire comment je réagirais. Je ne souffre pas d'infantilisation sauf lors de cette histoire avec l'aide-soignante. »

#### Interview 3:

##### **Avez-vous le sentiment d'être infantilisé ? Pourquoi et de quelle manière ?**

« Non. On m'a donné de bonnes bases qui font que je suis devenu un adulte. Grâce à ces bases que l'on m'a données dans ma jeunesse, je suis comme ça. »

##### **Comment réagissez-vous face à un comportement infantilisant ? Souffrez-vous de cette situation ou cela vous reconforte-t-il ? Quel est votre ressenti ? Comment l'exprimez-vous ?**

« Je discute pour que la personne change de comportement. Qu'elle considère l'autre comme un adulte. »

# **2. PARTIE CONCEPTUELLE**

## Chapitre I : la personne âgée

### 1.1 L'autonomie et la dépendance

#### 1.1.1 Définition de l'autonomie

Une personne est dite autonome si elle a une capacité de jugement qui lui permet de se gouverner elle-même. Elle a donc la liberté de pouvoir agir, accepter ou refuser en fonction de son propre jugement. Il faut aussi qu'elle puisse se gérer tant physiquement que socialement.

Dans notre métier, il est important de donner une autonomie adéquate à chaque patient par rapport à sa pathologie.

#### 1.1.2 Définition de la dépendance

La dépendance de la personne âgée peut se définir comme le soin d'une aide extérieure afin d'accomplir certains actes essentiels de la vie quotidienne. Elle peut être liée à l'état de santé mais aussi à l'environnement matériel.

Elle est perçue de manière positive et normale quand il s'agit d'un échange ou d'une relation<sup>3</sup>, mais elle est perçue négativement lorsqu'elle est appliquée à la personne âgée.

En gériatrie, la dépendance se définit ainsi : « situation *d'une personne qui en raison d'un déficit anatomique ou d'un trouble physiologique ne peut remplir des fonctions, effectuer des gestes essentiels à la vie quotidienne sans l'aide d'autres personnes ou le recours à une prothèse, un remède, etc.* »<sup>4</sup>

Elle correspond donc à l'impossibilité partielle ou totale pour une personne d'effectuer sans aide les activités de la vie. La dépendance est engendrée par une perte de l'autonomie : si le concept d'autonomie se définit comme la liberté de pouvoir agir, accepter ou refuser en fonction de son propre jugement, nous pouvons donc en conclure qu'elle survient lors d'un problème d'ordre fonctionnel. C'est une perte tant au niveau physique que psychique dans la réalisation de certaines activités de la vie quotidienne mais c'est aussi la perte de la liberté de pouvoir les réaliser sans avoir recours à une aide extérieure pour y arriver.

---

<sup>3</sup> Comme par exemple dans la relation parents-enfant

<sup>4</sup> Les concepts en sciences infirmières, sous la direction de Momiques Formarier et Ljiljana Jovic-Lyon : Edition Mallet Conseil, 2009, P137

### 1.1.3 Mesure de la dépendance et de l'autonomie

Mesurer la dépendance a pour objectif d'évaluer :

- La personne elle-même,
- la charge des soins,
- son coût.

Ces mesures peuvent être utilisées pour établir les statistiques d'une population et comme méthode de tarification en institution. En Belgique, elles permettent aussi d'établir l'intervention de l'assurance maladie et aussi le montant de l'allocation attribuée en « Aide à la Personne Âgée » (A.P.A). Afin d'évaluer le degré de dépendance d'une personne, il existe différentes échelles d'évaluation. Elles comprennent les activités de la vie quotidienne sous forme de grilles et affectent des scores en fonction des activités que la personne peut faire seule ou pas. Un score global est alors obtenu en faisant la somme des scores pour chaque activité. En Belgique, deux grilles sont principalement utilisées : l'échelle de Katz dans le cadre de l'assurance maladie et l'échelle A.P.A <sup>5</sup>.

#### Exemple 1, la grille A.P.A:

Elle est définie en 6 points dont l'évaluation permet l'obtention d'une aide financière délivrée à la personne par le ministère des affaires sociales. Elle est composée d'éléments suivants à savoir la possibilité de :

1. se déplacer
2. absorber ou préparer sa nourriture
3. assurer son hygiène personnelle ou s'habiller
4. assurer l'hygiène de son habitat et accomplir les tâches ménagères
5. vivre sans surveillance, être conscient des dangers et être en mesure de les éviter
6. communiquer et avoir des contacts sociaux

Pour chaque point, une cotation de 0 à 3 est alors attribuée :

- 0 : pas de problème
- 1 : difficultés minimales
- 2 : difficultés importantes
- 3 : activité impossible sans aide ou sans accueil en institution

---

<sup>5</sup> Allocation pour l'aide aux Personnes Âgées

L'addition des scores aboutit à un résultat entre 0 et 18. À partir de 7 points, la personne peut obtenir une aide suivant sa catégorie :

De 7 à 8 : catégorie 1

De 9 à 11 inclus : catégorie 2

De 12 à 14 inclus : catégorie 3

De 15 à 16 inclus : catégorie 4

De 17 à 18 inclus : catégorie 5

### Exemple 2, l'Échelle de Katz :

C'est une mesure usuelle établie sous la forme d'un questionnaire. Cette échelle permet d'évaluer la capacité de la personne âgée à réaliser six activités de la vie quotidienne. Elle détermine donc son degré de dépendance. Elle est utilisée en maison de repos, en maison de repos et de soins ou encore dans les soins à domicile. Elle est composée d'éléments suivants :

1. Soins corporels (Se laver seule sans aucune aide)
2. Habillement (S'habiller seule sans aucune aide)
3. Le transfert (Se transférer et se déplacer seule sans aide)
4. La toilette (Aller à la toilette seule et s'essuyer)
5. La continence (Contrôle fécale et urinaire complet)
6. L'alimentation (Manger ou boire seule)

Pour chacun de ces six domaines un score variable allant de 1 à 4. Ce score peut aller de l'absence complète d'aide (on attribue un score de 1) à la nécessité d'une aide totale (on attribue un score de 4). Une personne est dite dépendante si elle obtient un score égal ou supérieur à 3 dans un domaine selon les critères concernés. Chaque score attribué permet d'indiquer le type de toilette (exemple T2=2 toilettes/semaine ou T7=7 toilettes/semaine) ou le type de forfait (A, B, C, palliatifs).

### 1.2 Le vieillissement

Selon l'Organisation Mondiale de la Santé qui a fixé l'âge de la vieillesse à partir de soixante ans et plus<sup>6</sup>, le vieillissement est un phénomène planétaire. D'après un rapport publié en 2015, la population mondiale des personnes âgées va doubler d'ici 2050. Donc elle passera de 12% à 22%. On dit qu'une population est vieillissante « *quand la proportion des*

---

<sup>6</sup>Ce qui correspond plus ou moins à l'âge de la retraite

*personnes âgées par rapport aux plus jeunes augmente* »<sup>7</sup>. De manière générale, le vieillissement entraîne une altération de l'ensemble de l'organisme. Mais cependant ces altérations dues à un processus normal de vieillissement nous permettent d'optimiser la prise en soins de la personne âgée. En revanche, un vieillissement s'accompagnant d'une pathologie est anormal et est appelé vieillissement pathologique. Pour chaque individu, vieillir est un phénomène inévitable mais varie d'un individu à l'autre. Chacun vit et vieillit d'une manière qui lui est propre, en étroite relation avec l'évolution de son métabolisme, psychisme et le milieu dans lequel il évolue. Avec l'avancement de l'âge, le vieillissement s'observe sur trois plans.

#### Sur le plan physique :

- Une peau qui se plisse et se fragilise, la survenue de rides sur le visage.
- Une diminution de la taille car à mesure que l'on avance en âge, il y a tassement de la colonne vertébrale.
- Une baisse de performance physique.
- Une résistance à l'effort causée par une atrophie musculaire.
- Un corps qui fonctionne au ralenti par une diminution des réflexes et une perte d'équilibre.
- Une diminution du tonus musculaire, de la souplesse articulaire.
- Une apparition de pathologies au niveau des organes des sens tels que :

La cataracte et une diminution de l'acuité visuelle même si le toucher reste intact, l'audition se dégrade, le goût et l'odorat subissent aussi l'effet du vieillissement dans le sens où la personne âgée aura tendance à préférer les aliments plus sucrés que salés.

#### Sur le plan psychologique :

Chez la personne âgée, on observe un ralentissement du traitement de l'information, on peut remarquer une baisse de l'attention, de la compréhension et de la mémorisation. À cet effet, le vieillissement peut entraîner une souffrance psychologique causée par plusieurs pertes<sup>8</sup>. La personne âgée confronte l'angoisse à la mort, l'adaptation à un nouveau mode de vie. Sur le plan psychologique, tous ces facteurs peuvent engendrer l'entrée de la dépendance, l'isolement, la solitude et ainsi induire une souffrance.

---

<sup>7</sup>Mickey.Stanley, Patricia Gauntlett Beare, « Les soins infirmiers en gériatrie, vieillissement normal et pathologique », traduction de la 2ème édition américaine par F. Hallet, révision scientifique de B. Stinglhamber et M-J.Tichon, Edition de boeck, Bruxelles, 2005, p.3

<sup>8</sup> d'un ami, le deuil, la retraite, la diminution d'une fonction comme la marche par exemple ou l'affaiblissement d'un organe des sens comme celui de l'ouïe ou de la vue.

## Sur le plan social :

Le vieillissement peut se faire sentir lorsque les enfants quittent le nid familial, à l'arrivée des premiers petits enfants. Les rôles sociaux se modifient aussi. En effet, l'heure de la retraite peut générer un sentiment d'être devenu inutile aux yeux de la société. Cette perte professionnelle, la diminution des relations avec nos semblables ou encore l'absence ou l'éloignement de la famille font que le sentiment de solitude et d'isolement est renforcé.

### 1.2.1 La représentation sociale de la personne âgée et du vieillissement

La personne âgée vieillissante semble regrouper en elle l'ensemble « des moins » qu'une société qui cultive le « jeunisme » tente de rejeter. C'est-à-dire que la personne âgée a moins qu'une beauté, moins de santé, moins de dynamisme, moins de performance, moins de responsabilités, moins d'adaptabilité. Celle-ci aussi est marquée par un ralentissement qui lui-même est associé à une faiblesse lorsque le temps à vivre est perturbé par d'innombrables pertes à tous les niveaux et en ayant le regard rivé sur l'horloge qui tourne. La façon dont le soignant porte son regard sur une personne façonne en partie la manière dont celle-ci vit son âge marqué par le temps. L'arrivée au grand âge ne détruit pas mais elle est compliquée à endosser lorsqu'on est méprisé, étiqueté, critiqué ou considéré comme devenu inutile.

Marie de Hennezel pointe du doigt les peurs de la vieillesse :

- La peur du vieillissement physique
- La peur d'être un poids pour les autres
- La peur de la dépendance
- La peur de la démence sénile
- La peur d'être transféré en maison de repos contre son gré
- La peur de la solitude ou plutôt de l'isolement
- La peur de mourir

Les personnes qui arrivent au stade de l'âge avancé avec une vision d'images négatives de la vieillesse souffriront du regard que les autres vont porter sur elles.

L'idée que la société se fait de la personne vieillissante est souvent perçue comme une personne :

- qui répète constamment la même chose,
- qui vit dans le passé,
- qui est aliénée,
- qui est méchante

L'idée d'avoir de la pitié envers les personnes âgées et l'impression qu'elles sont impuissantes car elles doivent obligatoirement se faire aider pour réaliser des soins pénibles sans tenir compte de la parole ni des souhaits de la personne âgée peut augmenter fortement leur sentiment d'inutilité, d'inefficacité et de dépendance.

De nos jours, il existe désormais différents établissements accueillant les personnes âgées pour une durée courte ou longue. Ceux-ci fournissent une prise en charge spécifique et adaptée à leur état de santé. De ce fait, ces personnes constituent un sous-groupe particulièrement fragilisé de la population âgée. L'image que ce groupe renvoie est susceptible d'activer deux composantes exprimées en stéréotypes.

-Les stéréotypes positifs voient une personne âgée comme étant sociable, ayant de l'expérience due à son vécu, de la sagesse, qui est une source de transmission de savoir et qui partage des valeurs.

-Les stéréotypes négatifs présentent la personne âgée comme étant passive, fragilisée, présentant une dépendance, une dépression, une fragilité, une impuissance face à la situation.

### 1.2.2 Le vieillissement et la démence

Il m'a semblé intéressant de parler de la démence car c'est un des effets secondaires qui est susceptible d'accompagner le vieillissement chez une personne âgée.

Selon l'organisme mondial de la santé, la démence est un syndrome, généralement chronique ou évolutif, dans lequel on observe une altération de la fonction cognitive<sup>9</sup>. Elle affecte la mémoire, le raisonnement, l'orientation, la compréhension, le calcul, la capacité d'apprentissage, le langage et le jugement. La conscience n'est pas touchée.

En effet, la démence est un danger majeur qui suit à présent le vieillissement. Quand on parle de démence, cela fait référence à la maladie d'Alzheimer et aux pathologies associées. Dans son ouvrage « la validation » Naomie Fell met en avant la relation qui existe entre ces pathologies dites « démences » et le fait que la personne ne soit pas en accord avec son passé. De ce fait, la démence exprimerait des conflits, des épisodes douloureux du passé que la personne essaie de résoudre en se réfugiant dans l'imaginaire. La personne démente reste un individu qui possède ce besoin d'aimer et d'être aimé, d'être regardé et touché, d'être écouté et respecté jusqu'à la fin de sa vie.

---

<sup>9</sup> la capacité d'effectuer les opérations par la pensée

### La démence de type Alzheimer :

Dans la démence de type Alzheimer découverte par A. Alzheimer en 1906, qui est définie comme « *une maladie neurodégénérative qui détruit les cellules cérébrales de façon lente et progressive* », la personne présente des troubles cognitifs. La perte de mémoire au sujet des événements récents. D'autres symptômes tels que la planification, l'orientation spatio-temporelle, la mémorisation, l'identification ou encore la concentration peuvent en témoigner. Au fur et à mesure de l'évolution de la maladie, la personne atteinte de cette pathologie rencontre aussi des difficultés dans le langage et dans la communication. Il est constaté une perte partielle ou totale de la capacité de communiquer. Au début, la personne cherche ses mots. Par la suite, les mots ou les phrases n'ont plus de sens et les activités de la vie de tous les jours deviennent impossibles à réaliser. Ce qui avait été acquis s'oublie peu à peu.

### Les autres exemples de types démence qui peuvent toucher la personne :

- Vasculaire : La démence vasculaire est la deuxième cause par ordre de fréquence de démence chez les personnes âgées. Elle prédomine chez l'homme et débute habituellement après l'âge de septante ans. Elle est plus fréquente en cas de facteurs de risques vasculaires<sup>10</sup> et chez les patients qui ont eu plusieurs accidents vasculaires cérébraux. De nombreux patients ont à la fois une démence vasculaire et une maladie d'Alzheimer.
- Fronto-temporale : Se manifeste à un âge précoce<sup>11</sup> que la maladie d'Alzheimer, cette pathologie touche aussi bien les hommes que les femmes. Elle atteint les lobes frontaux et les lobes latéraux du cerveau. Une personne souffrant de cette maladie présentera des troubles du comportement comme l'isolement et des troubles du langage.
- Korsakoff : C'est un syndrome que l'on retrouve chez les personnes alcooliques. Il est dû à une carence en vitamine B1. Cette VB1 permet l'assimilation d'aliment et la conversion du glucose en énergie dont le cerveau a besoin pour fonctionner. La personne souffre d'amnésie dans les faits récents, des troubles cognitifs et d'une désorientation spatio-temporelle.

### 1.2.3 Les droits de la personne âgée

La personne âgée est malheureusement souvent perçue comme décrite dans les stéréotypes négatifs que nous venons de voir dans le point précédent. La personne âgée

---

<sup>10</sup> Par exemple ; HTA, diabète, tabagisme

<sup>11</sup>Entre cinquante et soixante ans

possède des droits comme tout être humain. Ceux-ci sont repris par une charte créée en 1987 par la fondation nationale en gérontologie et qui ensuite a été réactualisée en 2007. Elle s'adresse aux aidants et aux professionnels en relation avec la personne âgée en situation de handicap ou de dépendance et, se compose de quatorze articles. Elle souligne les éléments primordiaux tel que :

*1. Choix de vie et cadre de vie (Article 1 et 2) Au-delà de son handicap ou de sa dépendance, la personne est libre d'exercer ses choix au quotidien, de choisir sa façon de vivre ainsi que son lieu de vie.*

*2. Vie sociale (Article 3 et 4) : Permettre à la personne de communiquer, de se déplacer et de participer à la vie sociale. Conserver les liens familiaux qui lui sont indispensables.*

*3. Le patrimoine, les revenus et activités (Article 5,6,7) : La personne doit pouvoir garder la maîtrise de son patrimoine et de son capital disponible. L'encourager à conserver ses activités, quelles qu'elles soient.*

*4. Autonomie et accès aux soins (Article 8 à 12) : il est nécessaire de prévenir du handicap et de la dépendance. Accompagner la personne et sa famille à chaque étape ainsi que procurer des soins qui lui sont utiles.*

*5. Protection et informations (Article 13 et 14) : la priorité et le devoir sont de promouvoir les recherches sur le vieillissement et les maladies liées à l'âge. Protéger la personne vulnérable et l'informer afin de lutter contre l'isolement.*

(cf. annexe 1)

## **Chapitre II: Au cœur du soin une rencontre soignant/soigné**

### 2.1 Soigner

Selon Virginia Henderson (1964) « *les soins infirmiers sont accomplis dans le but d'aider la personne à répondre à ses besoins, soit en maintenant son indépendance dans la satisfaction des besoins, soit en l'aidant ou en la remplaçant quand elle ne peut les satisfaire elle-même.* »

### 2.2 Soignant

D'après Yves Gineste « *un soignant est un professionnel qui prend soin d'une personne ou d'un groupe de personnes ayant des préoccupations ou des problèmes de santé, pour*

*l'aider à améliorer, à la maintenir, ou pour accompagner cette personne jusqu'à la mort. Un professionnel qui ne doit, en aucun cas, détruire la santé de cette Personne ».*

### 2.3 Le soigné

Si on se réfère à son étymologie, « patient » vient du latin (patiens-entis) qui signifie souffrir. Le patient est au cœur de notre métier et il attend une amélioration de son état de santé. Selon l'O.M.S « *La santé est un état complet de bien-être physique, mental et social et ne consiste pas seulement en une absence de maladie ou d'infirmité* ».

### 2.4 La distance thérapeutique

La distance est définie comme un espace qui sépare deux endroits ou plusieurs personnes. Dans la relation des soins, c'est un ajustement professionnel utilisé pour créer un équilibre afin d'accompagner au mieux le patient. Cette relation d'accompagnement n'est pas figée. Elle évolue au gré des situations et des rencontres. Le soignant adapte sa rencontre au patient et à partir de là, un univers intime se crée. Cependant, les soignants sont pris au piège entre le fait d'avoir de l'empathie<sup>12</sup> et le fait d'adopter une distance thérapeutique<sup>13</sup>. On l'entend dans ce sens que s'il y a un rapprochement, il y a une implication affective et à contrario, s'il y a un éloignement, il y a un désinvestissement dans les soins. L'objectif de la distance thérapeutique est que soignant et soigné trouvent tous deux une distance qui leur permette d'écouter l'autre, d'être écouté, de s'exprimer et de communiquer. Le fait de trouver et de pouvoir gérer la juste distance dans les soins sécurise d'un point de vue psychologique le patient mais aussi le soignant.

### 2.5 L'humanité dans les soins

Yves Ginest et Rosette Morescotti nous présentent une nouvelle philosophie de soins basée sur le principe de la bienveillance fondée sur l'adaptation du soignant au soigné. Dans cette relation, chacun des acteurs est vu comme une personne autonome, libre de choix.

Les quatre piliers de l'humanité

- Le regard : il s'échange face à face, yeux dans les yeux, à la hauteur du visage. C'est dans le regard de l'autre que nous construisons notre identité, l'image de nous-mêmes. Le regard

---

<sup>12</sup>Donc de se mettre à la place de...

<sup>13</sup> Donc de ne pas trop s'investir vis à vis du patient

est générateur de l'estime de soi, révélateur de l'autre et d'ouverture. Un regard tendre permet la confirmation de la dignité humaine, l'évolution et favorise l'équilibre physique et psychologique.

-Le sourire et la parole : le sourire est un signe de disponibilité. Communicatifs, le sourire et le rire sont des outils pour réduire le stress, diminuer la douleur et la souffrance. La parole annonce et permet d'expliquer tous les gestes lors de l'entrée en relation ou au cours du soin.

-Le toucher : Un toucher tendre. Le toucher est le sens qui est développé très tôt chez l'homme depuis sa vie intra-utérine. C'est le premier moyen qu'il possède pour communiquer avec le monde extérieur et avec les autres. Ce toucher permet de stimuler les récepteurs tactiles et l'état de veille, de prendre conscience d'une présence. Le toucher est un moyen de communication qui peut soulager, rassurer et permet de prendre conscience de notre schéma corporel, de le situer dans le temps et dans l'espace.

-La verticalité : c'est le fait de se tenir debout et marcher. Il est important de lever les personnes car leur verticalité est l'une des caractéristiques qui nous différencie des animaux. Elle possède de nombreux bénéfices pour l'être humain, elle réactive la circulation sanguine, permet la perception du schéma corporel<sup>14</sup>.

### **Chapitre III : De la relation dans les soins à la communication**

#### 3.1 La relation dans les soins

La relation exige une interaction, une rencontre entre deux personnes au minimum. C'est de cette interaction qu'une relation peut s'établir. Quels que soient le lieu de travail ou les personnes à prendre en charge, à l'hôpital avec les personnes malades de tout âge ou en maison de repos avec les personnes âgées ; l'aide-soignant entretient avec elles des relations qui sont toutes différentes, de la plus simple à la plus complexe car cet aspect relationnel fait partie intégrante de notre métier. Il est judicieux que cette relation soit bilatérale afin qu'il y ait un échange et pas unilatérale et qu'elle se base sur le plan émetteur. Dans une interaction qui se présente, hormis la compréhension du sens, les représentations sont les résonances émotionnelles qui vont produire chez le patient des réactions<sup>15</sup>. Un des

---

<sup>14</sup> Dans sa position, dans l'espace, perception de la gravité et précision de l'équilibre

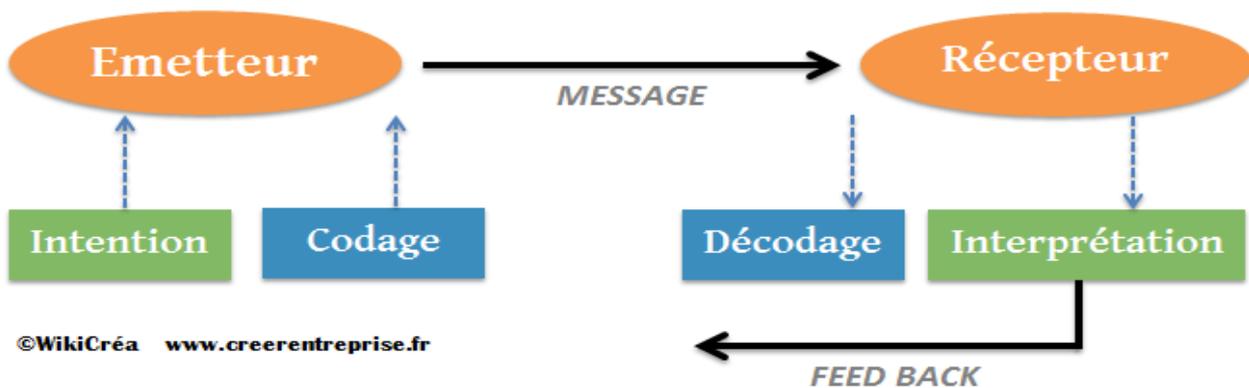
<sup>15</sup> Formes de mécanisme de défenses

objectifs parmi tant d'autres pour le soignant dans la relation soignant/soigné est de permettre de retrouver une autonomie, d'être dans l'interaction et d'avoir une relation d'égalité.

### 3.2 La communication

Elle constitue un échange d'informations, à la transmission d'un message, et attend une compréhension de l'autre. Elle se situe dans un processus dynamique car chacun des acteurs<sup>16</sup> exerce une influence sur l'autre de manière volontaire ou non. Ce processus intervient dans l'interaction via plusieurs formes de communications.

### 3.3 Les composants de la communication



(cf annexe 2)

Dans la communication, il y a un émetteur et un récepteur. L'émetteur désire transmettre un message au récepteur. Elle est composée d'éléments dont la signification est la suivante :

- Le contexte : Ce sont les éléments de la situation en dehors du message qui vont l'influencer.
- Le bruit : Ce sont des phénomènes qui viennent parasiter le message, le déforment et peuvent rendre sa compréhension difficile.
- L'émetteur : Origine, qui émet le message, l'information.
- Le récepteur : Celui qui a qui le message est destiné et qui le reçoit.
- Le codage : Permet la transformation de l'information à celui qui le reçoit.
- Le canal : C'est le moyen par lequel on fait passer l'information.

<sup>16</sup> Il s'agit de l'émetteur et du récepteur

-Le décodage : Il est possible si le récepteur peut percevoir, identifier les signes et comprendre les règles de ces signes. L'émetteur et le récepteur doivent avoir les mêmes codes et les mêmes règles de codage.

-Le message : C'est le contenu de la communication qui est constitué de signes repérables. Ces signes stimulent le récepteur et mène à l'information.

-Le feed-back : Il permet un retour à l'émetteur, permet de voir comment le récepteur a perçu le message, l'information.

Dans le monde infirmier de Virginia Henderson, diplômée en 1921 et référente des écrits sur l'art infirmier, nous développe une liste de 14 besoins fondamentaux (cf annexe 3). Le besoin de communiquer se situe en 10<sup>e</sup> position. Ce besoin de communiquer correspond à la nécessité d'avoir des relations avec autrui. Elle implique un processus verbal et non verbal permettant le partage des sentiments, des opinions, des expériences et des informations. Communiquer est un besoin fondamental pour toute personne malade ou en bon état de santé. Si chez une personne il n'est pas satisfait, il est nécessaire en tant que soignant d'y répondre en trouvant les moyens nécessaires afin d'entrer en communication avec celle-ci. Les causes de la non-satisfaction de ce besoin de communiquer peuvent être nombreuses. En effet, on remarque cette perturbation si la personne est désorientée, que la personne se trouve dans le coma, que la personne est atteinte de surdité, que la personne n'a plus ou perdu l'usage de la parole, la personne se trouve devant une langue étrangère qu'elle ne comprend pas.

### 3.4 Différentes formes de communication

#### La communication verbale

Permet de s'exprimer et d'entrer en relation par la parole ou par écrit dans le but de transmettre le message. La communication verbale est composée de signes qui forment des mots, des phrases afin de livrer une opinion, un avis, partager des connaissances. Elle permet de s'assurer de la perception et de la compréhension du message car on s'attend à un échange.

#### La communication non-verbale

Ce mode de communication intervient dans l'interaction afin de compléter la communication verbale qui est inexistante ou diminuée suite à un problème de santé. Elle passe par le

sourire, les expressions du visage, les postures corporelles, la gestuelle, le toucher, les odeurs ou encore par la tenue vestimentaire. Cette forme de communication est volontaire ou non. Cette communication non verbale permet d'exprimer des émotions, des sentiments, des valeurs. Quand elle est adaptée à la situation, elle enrichit la communication verbale.

### 3.5 Les facteurs pouvant influencer la relation et la communication :

#### Les facteurs psychologiques :

En fonction de la personnalité, de la culture et des expériences de vie de chaque personne, de perception, l'émotion qu'elle a des éléments environnants est différente et influence le besoin de communiquer.

#### Les facteurs sociaux-culturels :

Ils font référence à la catégorie d'âge, à la culture, au rôle et à la fonction aussi. Le statut social se répercute sur le développement physique, intellectuel et à la fonction. Le statut social se répercute sur le développement physique, intellectuel et psychologique d'une personne et influence sa façon de communiquer avec les autres.

#### Les facteurs physiologiques :

La détérioration des cinq sens qui permettent d'explorer et d'être à l'écoute de l'environnement altère la capacité de communiquer.

## **Chapitre IV : L'infantilisation**

### 4.1 Généralités

L'infantilisation se définit comme la non-reconnaissance de la personne âgée dans ses capacités cognitives et de ses responsabilités personnelles. C'est une sorte de dépersonnalisation qui peut engendrer la confusion et le déni de ses capacités entraînant une attitude de soumission. Elle s'apparente à l'activation implicite des stéréotypes négatifs. Nous pouvons observer l'infantilisation dans diverses circonstances et conversations. Elle se glisse dans la relation de manière inconsciente par des attitudes, des paroles et des comportements et dans la plupart des cas, elle dévalorise la personne et frôle le manque de respect. De ce fait, nous pouvons nous demander quel est le sens de cette relation tant aux yeux du soignant qu'aux yeux de la personne âgée et quels enjeux sous-entend-elle.

## 4.2 Les différentes formes d'infantilisation

L'infantilisation peut se traduire de différentes manières :

- Dans le non-respect de la parole, des souhaits ou des désirs, des prises de décisions. Cela suppose que nous considérons que la personne est inapte à décider, à faire des choix et que nous devons les faire à sa place.

-La dévalorisation des aptitudes psychiques, physiques et motrices pouvant conduire à considérer la personne comme « un mineur » incapable de prendre des décisions pour elle-même.

-Dans la communication : nous rencontrons souvent le tutoiement ou encore l'utilisation de surnoms qui ne sont pas souhaités et ni demandés par la personne âgée.

-Le vocabulaire, la manière de formuler et l'intonation utilisée qui peuvent être perçus comme enfantins.

-Au cours des activités au quotidien, on retrouve les repas, pour la personne âgée l'utilisation d'un bavoir peut être une image peu valorisante d'elle-même.

-Lors de la prise médicamenteuse : lorsqu'ils sont en sirop, en goutte ou même en suppositoire, on sous-entend qu'ils sont plus faciles à administrer.

-Les soins d'hygiène : là aussi, dans ces actes de la vie quotidienne, on retrouve des attitudes infantilisantes qui proviennent tant des aidants naturels que des soignants. Une grenouillère mise à la personne lors de la mise au lit peut provoquer une contention.

-Les animations proposées : Mettre des jeux ou des activités à l'origine prévus pour des enfants peut refléter une image dévalorisante. De ce fait, une situation d'échec peut y être associée car la motricité et la dextérité sont moins performantes.

## 4.3 Les facteurs qui peuvent favoriser l'infantilisation

Après avoir vu ces différentes formes d'infantilisation, nous pouvons nous poser cette question : Pourquoi infantiliser la personne âgée ? Dans la majorité des cas, l'infantilisation est inconsciente et peut provoquer de divers facteurs.

-Les atteintes cognitives de la personne qui altèrent ses capacités de jugement, de perception de compréhension et de communication.

-Les pertes de ses capacités motrices par la fonte musculaire, la perte d'équilibre, les hémiplésies, etc.

-Les attitudes agressives de la personne âgée avec demande de maternage.

-L'isolement de la personne qui induit parfois un sentiment de pitié, de vulnérabilité, engendrant une réaction maternante, protectrice.

-Le lien affectif qui induit un investissement particulier de la relation.

#### 4.4 Les conséquences de l'infantilisation

##### Au niveau du patient

Certaines personnes âgées adhèrent car elles trouvent des avantages et consolident l'infantilisation, surtout celles qui sont en quête d'attention ou qui manifestent des comportements de régression. Ces interactions liées aux soins réconfortent la personne et lui procurent un sentiment de sécurité, pallient le sentiment de solitude et le manque d'interaction sociale. D'autres acceptent l'infantilisation par projection d'identité car elles trouvent dans le soignant des attributs communs ou une similitude générale à elle-même. Cependant, il y a des côtés négatifs de cette relation. En effet, l'infantilisation accompagne la dépersonnalisation. La personne n'est plus elle-même, on ne la voit plus. Il peut y avoir une confusion d'identité et parfois une perte d'autonomie avec une attitude de soumission. Face à l'infantilisation, la personne éprouve un sentiment de colère, de révolte et d'agressivité. Ceci peut amener une certaine violence verbale, physique ainsi que des troubles du comportement tel que jouer avec les selles, une agitation, des troubles du sommeil, l'apparition de démence. De plus, le langage infantilisant renforce les stéréotypes négatifs associés au vieillissement. Cela peut nuire la perception que la personne âgée a d'elle-même, de sa fonction sociale et de son utilité.

##### Au niveau du soignant

Le soignant est sollicité pour plusieurs rôles :

- Le rôle d'assistance en raison de la dépendance de la personne
- Le rôle de protecteur de la personne devenue vulnérable
- Le rôle de soigner et de répondre aux besoins perturbés

C'est l'envie d'épauler la personne qui est souvent à l'origine de comportements qui infantilisent. Cependant, cette envie peut entraîner de la maltraitance. En effet, la personne qui aide peut s'imposer en parent de substitution et de ce fait, ne pas considérer la personne âgée dans cette prise en soins. Se trouver en face d'une personne âgée nous projette à notre fin future. Ce qui est douloureux et fait naître des sentiments d'impuissance et de frustration. Pour se protéger de toute identification à la personne, une série de mécanismes, de défenses se met en place de manière inconsciente. Certains soignants vont éviter ou

encore banaliser la situation lors des différentes rencontres. D'autres seront hyper protecteurs afin d'échapper à ce futur qui est angoissant.

#### 4.5 Peut-on évoquer une maltraitance quand on parle d'infantilisation ?

Il existe bien de nombreuses définitions et de formes de maltraitance. Je vous présente celle en lien avec l'infantilisation de la personne âgée. Hormis le souhait que leurs douleurs soient soulagées, les personnes âgées demandent parfois tout simplement d'avoir une bonne qualité de vie comme tout un chacun. Une qualité de vie qu'elles ne sont plus en mesure d'assumer elles-mêmes. L'infantilisation fait partie de la maltraitance psychologique qui est l'utilisation de mots, d'actes ou d'autres moyens pour provoquer un stress ou une angoisse. Lors des divers contacts, elle englobe :

- La menace
- Les insultes
- Les décisions prises malgré les capacités de la personne à décider
- L'ignorance
- Le silence
- La privation
- La punition
- L'isolement

Dans cette infantilisation, le soignant considère de manière inconsciente que la personne âgée est un enfant.

#### 4.6 Cas d'exception de l'usage de l'enfance

Bien que l'infantilisation ait une représentation négative quand on parle de personnes âgées, l'enfance est très présente dans le domaine de la gérontologie<sup>17</sup> pour expliquer la démence. Concernant les personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer ou de maladies apparentées, nous trouvons trois concepts : l'enfance maternée, la première enfance et l'enfance inversée.

##### L'enfance maternée

L'enfance maternée est définie comme l'ensemble des soins donnés à une personne dans un climat protecteur et affectif qui évoque le comportement d'une mère à l'égard de son enfant. En réalité derrière ce terme, « enfance maternée » se cache celui de la régression. En effet toute personne en situation de difficulté physique ou psychique peut manifester des

---

<sup>17</sup>Étude des phénomènes de vieillissement et des problèmes particuliers aux personnes âgées

attitudes psychologiques régressives qui sont un retour de comportement infantiles. La personne âgée perd peu à peu son statut d'adulte.

### La première enfance

Certains gestes des personnes âgées sont comparables à ceux de la première enfance surtout si ces personnes sont atteintes de la maladie d'Alzheimer ou de maladie apparentées. Par exemple l'image d'un senior qui suce son pouce évoque celle d'un nouveau-né. Si ce geste est normal lorsque l'on est enfant, il représente un symptôme lorsqu'il s'agit d'une personne âgée, ce qui conduit à le différencier.

### L'enfance inversée

On retrouve ici le fait de comparer puis de différencier le vieux de l'enfant. En effet, on compare souvent une personne atteinte de la maladie d'Alzheimer comme un retour à l'enfance, alors que contrairement à l'enfant, cette personne va perdre petit à petit son autonomie et son indépendance.

# **III. Partie pratique**

## 1. Quelques clés d'une bonne communication pour aider les soignants à trouver la juste distance thérapeutique

L'acquisition d'une aisance à communiquer n'est pas contradictoire avec la gestion de ses propres émotions et la prise de conscience. L'un renforce potentiellement l'autre. Au début d'une rencontre entre le soignant et le soigné, il convient d'abord d'instaurer un cadre de confiance de la part du soignant qui demande certaines qualités telles que :

- Une solidité pour accueillir ce que le patient vient déposer, avec toute la charge émotionnelle que cela peut impliquer
- Une attention bienveillante, à maintenir malgré les débordements éventuels
- Une disponibilité interne, une écoute, signes d'une acceptation du patient tel qu'il est.

Lorsque le soignant entre en communication avec le patient, trois grandes stratégies sont opérantes, et souvent s'associent dans la rencontre :

- L'évaluation qui vise à détecter, clarifier ou vérifier des informations
- L'éducation qui cherche à répondre aux attentes du patient et à structurer l'entretien et la relation
- Le soutien qui favorise la confiance et permet au patient de se sentir rassuré, compris et accepté tel qu'il est.

Une fois le cadre posé, le soignant est apte à établir de bonnes règles de communication

- L'accueil est un moment important : un mot de bienvenue, une poignée de main, un sourire sont des signes de bienveillance. S'asseoir en face du patient, au même niveau que lui, le regarder, être ouvert sont des clés incontournables d'une bonne relation.
- Vérifier d'emblée ce que souhaite le patient, ce qu'il sait déjà, comment il se représente, quel est son ressenti personnel face à ses pathologies et ses traitements.
- Être attentif à ce que dit le patient, en parole et avec son corps<sup>18</sup>.
- Poser des questions ouvertes, permettant au patient d'exprimer son point de vue, ses interrogations et ses besoins
- Prendre le temps. Le temps d'écouter les besoins du patient, de l'informer mais également de l'éduquer.

---

<sup>18</sup> La communication non verbale représente 70 % de la communication globale entre êtres humains

-L'information doit être claire, sincère, compréhensible et adaptée à la demande, aux besoins mais également à ce qu'il est prêt à entendre au moment donné.

-Vérifier que l'information a été comprise. Reformuler et/ou faire reformuler si nécessaire.

-Favoriser l'expression des émotions

- Rester en harmonie avec soi-même, c'est-à-dire en adéquation avec ses propres pensées et ressentis. Cette cohérence favorisera la même attitude chez le patient.

-S'autoévaluer et se remettre en question.

En mettant ceci en place, l'aide-soignant aura ainsi à sa portée des outils de communication qui favoriseront une relation chaleureuse et éthique avec le patient tout en gardant une bonne distance thérapeutique.

## 2. Le partage émotionnel entre soignant/soigné, comment gérer l'empathie ?

L'excès d'empathie peut aussi être coûteux pour les soignants exposés à de vives émotions négatives au sein d'environnements stressants. Ils peuvent développer une fatigue de compassion et un épuisement psychoaffectif grave qui peuvent entraver la prestation de soins et majorer le risque d'erreurs. Leur difficulté majeure devient alors de trouver le juste équilibre entre les attitudes empathiques et le détachement. Cet équilibre s'appuie sur leur capacité de gestion émotionnelle. Grâce à elle, ils régulent de manière plus efficace leurs réponses affectives et libèrent davantage leur empathie pour les autres. La gestion des émotions est un travail qui consiste d'abord à se poser certaines questions :

- Pourquoi cette situation me touche ?

-Quelle émotion entraîne-t-elle chez moi ?

-Quel besoin cela m'indique-t-il ?

Si l'aide-soignant se rend compte qu'il éprouve de la difficulté à supporter les manifestations de souffrance, s'il réalise que les plaintes l'exaspèrent ou le laissent indifférent, il faut comprendre qu'il est en « panne d'empathie » et que, dans ces conditions, exercer son rôle de soignant devient difficile. Il doit alors constater la nécessité d'une aide bienveillante de ses collègues à qui il peut déléguer certaines tâches devenues compliquées. La mise en place d'un psychologue au sein de l'établissement peut jouer un rôle primordial afin de se sentir compris et écouter. Si nécessaire le soignant doit se mettre au repos afin d'éviter la surcharge émotionnelle.

### 3. Bienveillance, le respect de la personne âgée dépendante

Respecter le vécu, le passé, les envies et les choix de la personne sont importants pour que celle-ci se sente prise en considération comme un être à part entière. La bienveillance commence par mettre en place tout une série de choses qui aideront la personne âgée ainsi que l'aide-soignant à établir une relation saine où la bienveillance règne.

-Prendre le temps de parler à la personne âgée et de l'écouter

- Prendre le temps de solliciter l'autonomie des personnes âgées, même si cela prend plus de temps, et même si elle est minime.

-Respecter le souhait de la personne quant à son heure de lever et de coucher. La collectivité ainsi que la charge de boulot ne permettent que peu de laisser vivre la personne avec son propre horaire. Nous pouvons imaginer que les toilettes qui s'effectuent de 7heures à 9h30 soient faites de 7h à 11h. Cela pourrait permettre de laisser dormir les personnes qui le désirent.

-Ne pas imposer des activités ou au contraire exclure les patients ou résidents. Une prise en charge personnalisée aurait pour objectif de demander à la personne ce qu'elle aime faire et ce qu'elle aimerait découvrir et surtout de répondre à ces aspirations.

-L'image de soi est aussi une facette du respect, la personne âgée doit avoir le choix de ses vêtements le matin, l'apparence doit aussi être soignée, raser les hommes et maquiller les femmes pour celles qui le désirent. Concernant la coiffure, il est important que celle-ci soit faite dans le respect des choix des résidents.

-Les programmes de télévisions et de musiques doivent être choisis en fonction du désir des résidents.

-Le résident a des besoins fondamentaux, le besoin d'éliminer doit également être respecté. Le soignant ne peut pas obliger un résident à aller aux toilettes ou au contrario, lui refuser cet accès et privilégier les besoins dans la protection. Cela engendre une frustration et est considéré comme une maltraitance.

-S'abstenir de donner des surnoms, utiliser le vouvoiement permet également à la personne se se sentir valoriser et de garder la bonne distance professionnelle.

### 4. Comment prendre en charge une personne démente

Les principes de prise d'une personne démente répondent à trois objectifs principaux à savoir le respect de l'identité de la personne, la conservation de l'autonomie et la participation à des activités qui structurent la vie quotidienne. Le premier objectif vise à considérer la personne démente comme une personne à part entière. Cette personne est caractérisée par ses traits de personnalité, ses qualités, ses défauts, ses envies, ses besoins mais non par sa pathologie. Elle doit être prise en charge dans sa globalité malgré

sa démence. Afin de conserver l'autonomie du soigné, l'aide-soignant doit stimuler au maximum la personne démente dans les activités de la vie quotidienne. Il est essentiel que la personne continue à faire ce qu'elle sait faire. Les activités de la vie quotidienne vont donner un rythme aux journées du patient. Elles permettront de lutter contre la perte de repère spatio-temporaux<sup>19</sup> mais également de conserver certaines capacités par le plaisir que procurera l'activité. Afin que la prise en charge soit complète, il est important d'inclure la famille dans ce processus. Les visites régulières favoriseront le bien-être du patient. La prise en charge de la personne démente passe également par le travail de l'équipe pluridisciplinaire. L'observation du personnel soignant doit être transmis de façon orale et écrites lors des transmissions, chaque décision prise doit être transmise et respectée afin de définir la meilleure prise en charge.

#### 5. Les principes et dispositifs d'aide aux soignants

Le rôle de l'équipe soignante vise à comporter une mission de restauration de l'image dégradante que la personne âgée a de soi. Pourtant, tout ce qu'il va vivre comme abus de familiarité va opérer au contraire dans le sens d'un surplus de détérioration de l'image. Ensuite, la personne âgée qui ne peut plus se défendre contre les abus va devenir plus vulnérable. Le danger qui guette la personne âgée, c'est d'adhérer complètement aux formes de familiarité. À partir de cela, celui-ci va participer activement à la relation fusionnelle cherchée par le soignant et engendrera une dépendance affective d'autant plus forte car il se sait déjà dépendant matériellement du personnel soignant. Quelques principes sont à mettre en application :

- Ne pas commettre l'erreur de les comparer à des formes acceptables, voire souhaitables de familiarité
- Fixer les limites entre la bonne et la mauvaise familiarité. Le soignant a besoin d'introduire un minimum d'affectivité et de proximité dans la relation avec le résident afin de donner un sens humain à sa pratique tout comme la famille apprécie de voir que leur proche attire la sympathie du personnel.
- Ne jamais dépasser les limites qu'impose le respect mais aussi les règles déontologiques en vigueur dans la profession d'aide-soignant.

---

<sup>19</sup>Qui permet de se situer dans l'espace et dans le temps

Pour identifier et fixer les limites entre la bonne et la mauvaise familiarité, il est indispensable d'aider les soignants. Il y a d'abord la formation, initiale et continue qui mettra en garde le soignant contre les différentes formes d'abus. La formation aidera le soignant à comprendre,

le sensibilisera aux risques associés et lui fera assimiler les principes à mettre en œuvre pour les éviter. La formation doit comporter une réflexion quant à sa propre pratique. L'équipe soignante a comme rôle d'aider et de relayer les soins si un soignant a des difficultés pour mettre le bon frein. Un psychologue au sein de l'institution peut également être rencontré pour en entretien individuel, celui-ci l'aidera à comprendre et à trouver des solutions en dehors du jugement. Nous pouvons constater qu'une véritable aide doit être mise en place dans les établissements afin d'éviter les abus de familiarité envers les résidents.

## Conclusion

Nous constatons que la perte d'autonomie rend la personne âgée dépendante. Nous avons vu une augmentation de la population vieillissante d'ici 2050 qui s'accompagne dans la majorité des cas de pathologies telles que la maladie d'Alzheimer pour lesquelles il n'y a pas encore de traitement curatif. De plus, la vieillesse est perçue la plupart du temps par des stéréotypes négatifs qui dénigrent, cataloguent et isolent encore plus la personne âgée de la société et de ses semblables. L'infantilisation s'infiltré inconsciemment dans diverses occasions au cours de la relation de soins et est considérée comme une maltraitance psychologique. Celle-ci est vue comme une atteinte à la dignité et engendre une diminution de l'autonomie, car elle touche la personne âgée dans l'estime et l'image qu'elle a d'elle-même. Lors de mes stages, j'ai pu constater des petits surnoms attribués aux personnes âgées et le tutoiement qui semble être généralisé. Ces choses sont faites sans l'accord des résidents qui semble y être favorables. L'infantilisation est présente dans les attitudes pour s'adresser aux résidents, dans la non réponse à la demande, dans les remarques qui peuvent être comprises comme des remontrances et sur certains conseils qui peuvent être mal pris par la personne âgée. Dans cette relation soignant/soigné, l'infantilisation est la plupart du temps inconsciente en supposant répondre aux attentes non-exprimées ou sous-entendues de la personne âgée. Ces sous-entendus proviennent de la dépendance qui touche la personne qui devient âgée. Ce travail a pour but de faire réaliser à quel point chaque acte a son impact chez le résident. L'aide soignant doit instaurer un cadre de confiance afin que la personne âgée ai un sentiment de sécurité, d'intégrité et d'identité. Ce cadre de confiance est délimité par une adaptation de la communication face à la personne qui se trouve devant nous. L'aide-soignant reste humain et certaines situations nous affectent plus que d'autres. Il est important de gérer ses émotions et d'avoir une réflexion sur soi-même afin de comprendre et d'agir de façon à ce que la personne âgée se sente épauler et soutenu dans la compréhension de ses sentiments, dans le partage de ses émotions, mais avec une juste distance qui est avant tout professionnelle. L'aide-soignant requiert un côté humain et doit répondre non seulement aux besoins physiques mais également physiologiques. Des démarches de bientraitance pousseront à offrir des soins et une présence de qualité. N'oublions pas que la formation continue et le rôle de l'équipe pluri-disciplinaire joueront à mettre en place divers actions nécessaires afin que la personne âgée soit dans une position de bien-être et se sente prise dans sa globalité. La réalisation de ce travail est terminée et m'a apporté tant au niveau professionnelle qu'au

niveau personnel. Je terminerai par ces trois questions qui me semblent importantes afin de lancer des pistes pour limiter le risque d'infantilisation sur la personne âgée.

- Ne serait-il pas judicieux, de considérer, d'individualiser les soins et les rencontres tels que le préconise la philosophie de l'humanité de Yves Gineste et Jérôme Pellissier ?
- Ne serait-il pas judicieux d'aider le personnel soignant travaillant dans une ambiance émotionnellement difficile en leur offrant la possibilité d'être informé et formé dans l'accompagnement des personnes âgées ?
- Ne serait-il pas judicieux de privilégier les moments de rencontre où la personne âgée et le soignant puissent s'exprimer au sujet de leur ressenti, de leur relation auprès d'un professionnel compétent tel qu'un psychologue au sein de l'institution ?



# Annexes

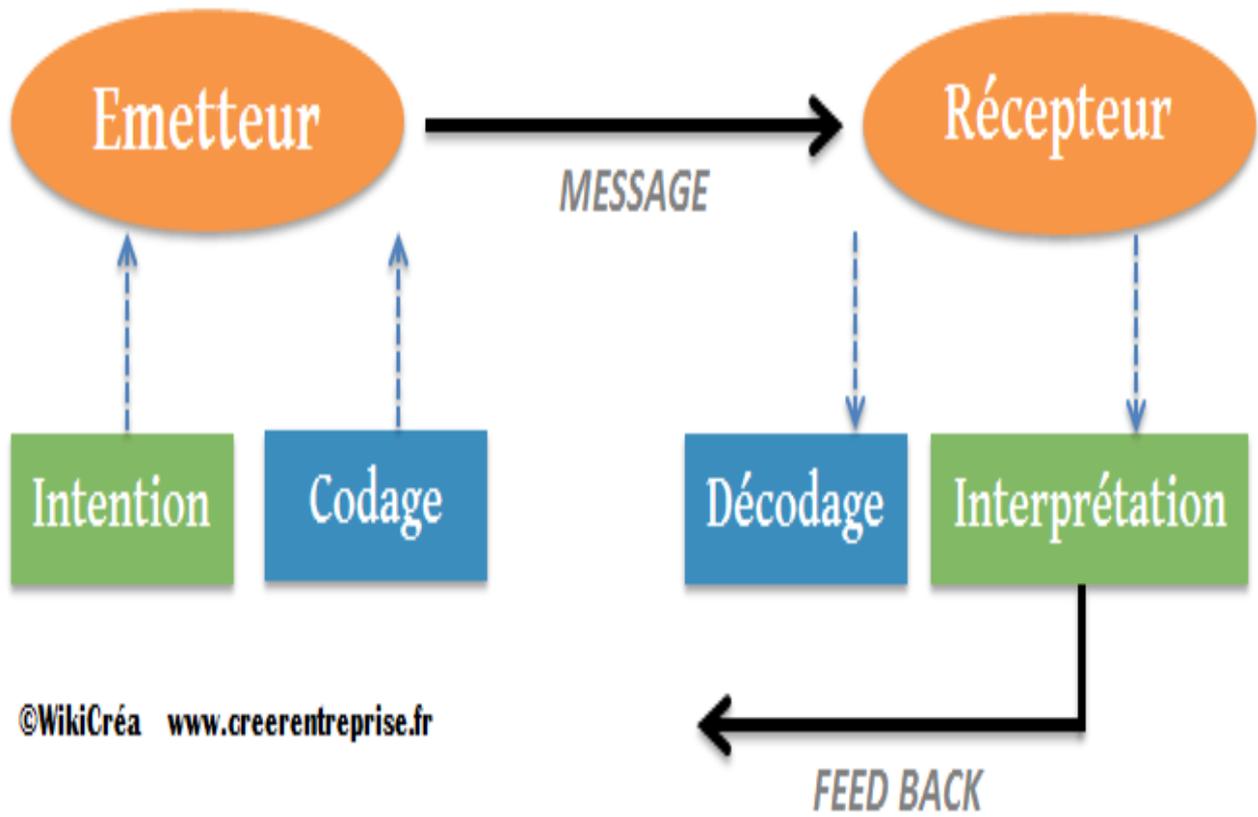
## Annexe 1



### Charte des droits et libertés de la personne âgée dépendante

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

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



©WikiCréa [www.creerentreprise.fr](http://www.creerentreprise.fr)

## LES 14 BESOINS FONDAMENTAUX de VIRGINIA HENDERSON \*



**1 : BESOIN DE RESPIRER :** Respirer est une nécessité de l'être vivant qui constitue à capter l'oxygène indispensable à la vie cellulaire et à rejeter le gaz carbonique, produit de la combustion cellulaire. Les voies respiratoires perméables et l'alvéole pulmonaire permettent de satisfaire ce besoin.

**2 : BESOIN DE BOIRE ET DE MANGER :** Boire et manger est une nécessité pour tout organisme d'ingérer et d'absorber des aliments de bonne qualité , en quantité suffisante pour assurer sa croissance, l'entretien de ses tissus, et maintenir son énergie indispensable à son bon fonctionnement.

**3 : BESOIN D'ELIMINER :** éliminer est la nécessité qu'a l'organisme de se débarrasser des substances nuisibles et inutiles qui résultent du métabolisme. L'excrétion des déchets s'opère principalement par l'urine et les fèces, et aussi par la transpiration et l'expiration pulmonaire. De même, la menstruation est une élimination de substances inutiles chez la femme nubile non enceinte.

**4 : BESOIN DE SE MOUVOIR ET MAINTENIR UNE BONNE POSTURE :** Se mouvoir et maintenir une bonne posture est une nécessité pour tt être vivant d'être en mouvement, de mobiliser toutes les parties de son corps par des mouvements coordonnés et de les garder bien alignées pour permettre l'efficacité des différentes fonctions de l'organisme. La circulation sanguine est favorisée par les mouvements et les activités physiques.

**5 : BESOIN DE DORMIR ET DE SE REPOSER :** dormir et se reposer est une nécessité pour tt être humain de prendre du sommeil et du repos dans de bonnes conditions, en quantité suffisante afin de permettre à l'organisme d'obtenir son plein rendement.

**6 : BESOIN DE SE VETIR ET DE SE DEVETIR :** se vêtir et se dévêtir est une nécessité propre à l'individu de porter des vêtements adéquats selon les circonstances (temps du jour , activités) pour protéger son corps de la rigueur des climats(froid, chaud, humidité) et permettre une liberté de mouvements. Pour certaines sociétés, c'est par pudeur que l'on s'habille. Si le vêtement permet d'assurer le bien-être et de protéger l'intimité sexuelle des individus, il représente aussi une signification d'appartenance à un groupe, à une idéologie ou à un statut social. Le vêtement peut aussi devenir un élément de communication par l'attrait qu'il suscite entre les individus.

**7 : BESOIN DE MAINTENIR LA TEMPERATURE CORPORELLE DU CORPS DANS LES LIMITES NORMALES :** Maintenir la température du corps dans les limites normales est une nécessité pour l'organisme de conserver une température à un degré à peu près constant (l'écart normal chez l'adulte en santé se situe entre 36,1° et 38°) pour maintenir dans un état de bien-être.

**8 : BESOIN D'ETRE PROPRE , SOIGNE ET PROTEGER SES TEGUMENTS :** être propre, soigné, et protéger ses téguments(peau et muqueuses) est une nécessité pour l'individu de garder son corps propre,d'avoir une apparence soignée et de maintenir la peau saine afin qu'elle puisse jouer son rôle de protection contre toute introduction dans l'organisme de poussières, de microbes, etc....

**9 :BESOIN D'EVITER LES DANGERS :** éviter les dangers est une nécessité pour l'être humain de se protéger contre toute agression interne ou externe pour maintenir son intégrité physique et psychologique. 1

**10 : BESOIN DE COMMUNIQUER :** le besoin de communiquer est une nécessité qu'a l'être humain d'échanger avec ses semblables. Il met en branle un processus dynamique verbal et non verbal permettant à des personnes de se rendre accessibles l'une à l'autre, de parvenir à la mise en commun de sentiments, d'opinions, d'expériences et d'informations.

**11 : BESOIN D'AGIR SELON SES CROYANCES ET SES VALEURS :** Agir selon ses croyances et ses valeurs est une nécessité pour tout individu de poser des gestes, des actes conformes à sa notion personnelle du bien et du mal, et de la justice, et à la poursuite d'une idéologie.

**12 : BESOIN DE S'OCCUPER EN VUE DE SE REALISER :** s'occuper en vue de se réaliser est une nécessité pour tout individu d'accomplir des activités qui lui permettent de satisfaire ses besoins ou d'être utile aux autres. Les actions que l'individu accomplit lui permettent de développer son sens créateur et d'utiliser son potentiel au maximum. La gratification que l'individu reçoit à la suite de ses actions peut lui permettre d'en arriver à un plein d'épanouissement.

**13 : BESOIN DE SE RECREER :** Se récréer est une nécessité pour l'être humain de se divertir par une occupation agréable dans le but d'obtenir une détente physique et psychologique.

**14 : BESOIN D'APPRENDRE :** apprendre est une nécessité pour l'être humain d'acquérir des connaissances, des attitudes et des habiletés pour la modification de ses comportements ou l'acquisition de nouveaux comportements dans le but du maintien ou du recouvrement de la santé.

\* Virginia Henderson (30/11/1897 USA 19/03/1996), infirmière américaine à l'origine du modèle des quatorze besoins fondamentaux. Son prénom lui vient de ses origines familiales de l'État de Virginie. Elle obtient son diplôme d'infirmière en 1921 et a contribué par ses enseignements et son travail de référencement de tous les écrits infirmiers à développer la conception de la profession infirmière. Docteur Honoris Causa de l'université Yale, Virginia Henderson publia en 1960 une théorie relative aux besoins des individus et aux soins infirmiers.

© <http://ifcs.jeun.fr/t846-les-14-besoins-fondamentaux-de-virginia-henderson>

# Bibliographie

## Livres :

A.Manoukian et A.Massebeuf «Pratiquer...la relation de soignant/soigné », Edition Lamarre, 1995 ;

Y.Ginneste et J.Pellissier, « comprendre la vieillesse, prendre soin des Hommes vieux », Humanitude nouvelle édition, Armand Colin, 2007 ;

M.Formarier et L.Jovic, « Les concepts en science infirmiers », Edition Mallet conseil, Lyon, 2009

## Internet :

<http://alzheimer.be/la-maladie-dalzheimer/>

[https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2018-03/ane-agees-souffrance\\_psychique\\_bat\\_2018-03-19\\_10-59-4\\_630.pdf](https://www.has-sante.fr/upload/docs/application/pdf/2018-03/ane-agees-souffrance_psychique_bat_2018-03-19_10-59-4_630.pdf)

<https://www.infirmiers.com/ressources-infirmieres/nos-collegues/qu-est-ce-qu-une-personne-agee.html>

<https://www.ouihelp.fr/conseils/sante/infantilisation-personnes-agees/>

<https://www.evolute.fr/relation-aide/infantilisation-personnes-agees>

[https://epione-simusante.fr/ecampus/pluginfile.php/331522/mod\\_resource/content/1/Accompagnement%20dans%20la%20dignit%C3%A9.pdf](https://epione-simusante.fr/ecampus/pluginfile.php/331522/mod_resource/content/1/Accompagnement%20dans%20la%20dignit%C3%A9.pdf)

<http://droit-medical.com/textes/chartes/126-charte-des-droits-et-libertes-de-la-personne-agee-dependante>

<http://www.prendresoins.org/wp-content/uploads/2013/11/Relation-qui-apaise-personnalite%CC%81-soignante-et-usure-de-la-capacite%CC%81-dempathie.pdf>

<https://www.cairn.info/revue-gerontologie-et-societe1-2003-1-page-115.htm>

<https://www.cairn.info/revue-le-journal-des-psychologues-2008-3-page-22.htm>

<https://www.cairn.info/revue-champ-psychosomatique-2001-4-page-23.htm>

<http://www.agisme.fr/spip.php?article87>

<https://www.cairn.info/revue-recherche-en-soins-infirmiers-2008-3-page-63.htm>

<https://www.cairn.info/revue-recherche-en-soins-infirmiers-2007-2-page-33.htm>

Annexes :

<https://nozeroy.chi-hautecomte.fr/charte-des-droits-et-libertes-de-la-personne-agee-dependante-noze-roy.html>

[https://www.psychanalyse.com/pdf/psychologie\\_14\\_BESOINS\\_FONDAMENTAUX\\_VIRGINIA\\_HENDERSON.pdf](https://www.psychanalyse.com/pdf/psychologie_14_BESOINS_FONDAMENTAUX_VIRGINIA_HENDERSON.pdf)

<http://blog.capitecorpus.com/fondamentaux-schema-de-la-communication/>

Cours :

Madame Père. Cours de communication et de déontologie