

## A LA RECHERCHE DU SENS DE L'ACCOMPAGNEMENT DE NOS AÎNÉS DÉPENDANTS

**Dr Laurent MARTIN, gériatre, fondateur d'Esprit OKIMA ([www.esprit-okima.fr](http://www.esprit-okima.fr)).**

### **Notre manière d'accompagner nos aînés a-t-elle du sens ?**

Cette question n'est pas destinée à être provocatrice, mais doit pouvoir être posée. Médecin généraliste en libéral, puis médecin gériatre, coordonnateur en EHPAD et formateur en gérontologie, je travaille au quotidien auprès des personnes âgées dépendantes institutionnalisées. Lorsque la revue SAPIENS m'a proposé la rédaction d'un article pour ce numéro dont une partie est consacrée au vieillissement, c'était dans l'idée de proposer mon regard sur le « bien vieillir » qui, nous le savons aujourd'hui,

passé par une alimentation saine, une activité physique adaptée et le maintien de relations sociales... Tout cela est légitime. Et pourtant, en réfléchissant au sujet, cela ne me « parlait » pas tout à fait. Qu'avais-je à dire qui n'avait pas été dit, par d'autres que moi et mieux que par moi ? Et assez rapidement m'est apparue, comme en boomerang à ma réflexion actuelle sur le « sens » de ma pratique en EHPAD, une autre question : la manière dont notre médecine (par ailleurs formidable, là n'est pas la question), accompagne les pathologies du grand âge a-t-elle du sens ?



# Projections de population pour la France métropolitaine à l'horizon 2050

## La population continue de croître et le vieillissement se poursuit

Isabelle Robert-Bobée, division Enquêtes et études démographiques, Insee

Au 1<sup>er</sup> janvier 2050, en supposant que les tendances démographiques récentes se maintiennent, la France métropolitaine compterait 70,0 millions d'habitants, soit 9,3 millions de plus qu'en 2005. La population augmenterait sur toute la période, mais à un rythme de moins en moins rapide. En 2050, un habitant sur trois serait âgé de 60 ans ou plus, contre un sur cinq en 2005. La part des jeunes diminuerait, ainsi que celle des personnes d'âge actif. En 2050, 69 habitants seraient âgés de 60 ans ou plus pour 100 habitants de 20 à 59 ans, soit deux fois plus qu'en 2005. Ces résultats sont sensibles aux hypothèses retenues, mais aucun scénario ne remet en cause le vieillissement, qui est inéluctable.

### La prise « en charge » des aînés

On sait que le sujet de la prise en charge (surtout financière !) de nos aînés est d'actualité... Les chiffres parlent d'eux-mêmes. Concernant le sujet qui nous intéresse prioritairement (les personnes âgées dépendantes), la problématique est évidente également : « Deux fois plus de personnes âgées dépendantes en 2060 - Dans l'hypothèse intermédiaire, le nombre de personnes âgées dépendantes serait multiplié par 1,4 entre 2010 et 2030, et par 2 entre 2010 et 2060. En 2060, 2,3 millions de personnes seraient ainsi dépendantes, contre 1,1 million en 2010. Les écarts entre les différentes hypothèses restent modérés jusqu'en 2030, puis s'accroissent jusqu'en 2060 ». (source DREES, Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques). Il nous faudra donc parvenir à financer cette dépendance future, et nous ne pouvons que souhaiter que les stratégies de prévention et les progrès de la science atténueront la réalité de ces chiffres...

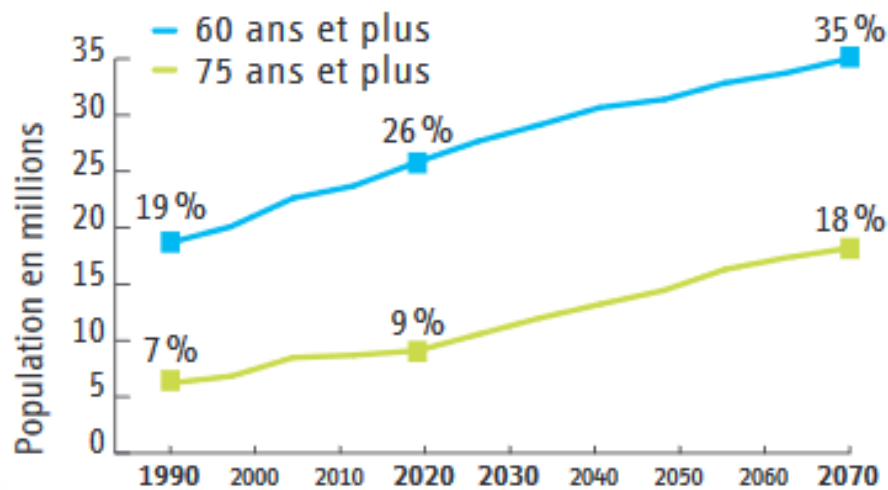
Mais revenons à la situation actuelle. Il est de notoriété publique que le secteur des EHPAD (Établissement Hébergeant des Personnes Âgées Dépendantes) n'a pas « bonne presse ». On assiste ces dernières années à un « EHPAD bashing » assez éloquent dans les médias, même si, dans le même temps, la population prend

conscience des difficultés de ce secteur d'activité (faiblesse des effectifs, des rémunérations, difficultés à recruter et à former...).

Nous avons donc, d'un côté des résidents et des familles, légitimement inquiets du sort réservé aux personnes âgées dépendantes, de l'autre des professionnels majoritairement impliqués et responsables, mais eux aussi légitimement inquiets des difficultés de leurs secteurs, et enfin des politiques conscients des données démographiques et légitimement inquiets du financement actuel et futur de la dépendance. Mais qui interroge le sens de l'accompagnement proposé ? Et s'il est évident qu'il n'y a pas de réponse toute faite, est-ce une raison pour ne pas se poser la question ? Essayons simplement d'être pragmatiques. Si l'on en croit le plan national « bien vieillir » 2007-2009, les mesures préconisées pour « bien vieillir » sont les suivantes (résumé) :

- Promouvoir une alimentation équilibrée pour rester en forme.
- Promouvoir une activité physique et sportive.
- Prévenir les facteurs de risques et les pathologies influençant la qualité de vie (au premier rang desquels, les chutes).
- Promouvoir le bon usage du médicament.
- Promouvoir la solidarité entre les générations : l'intergénération et le « vivre ensemble », creuset du bien vieillir.

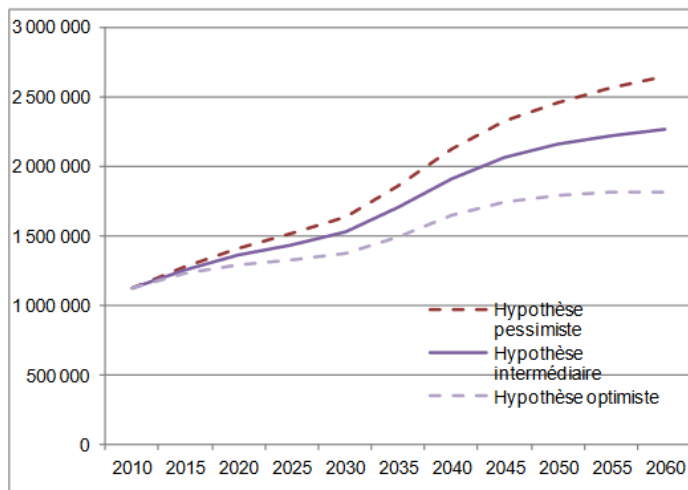
### \* Vieillesse de la population française



Source : Projection de population à l'horizon 2070, INSEE 2016.

GRAPHIQUE 3

Effectifs de personnes âgées dépendantes projetés à l'horizon 2060 selon trois hypothèses de projection



Champ • France métropolitaine.

Sources • DREES, données individuelles anonymisées des bénéficiaires de l'APA, 2006-2007 ; INSEE, projections de population 2007-2060 ; calculs DREES.

La ministre des Solidarités et de la santé, Agnès Buzyn, a déploré vendredi « une forme d'Ehpad bashing » à propos des « dysfonctionnements » dans les maisons de retraites médicalisées, largement médiatisés à l'approche d'une grève nationale mardi. « Les familles sont inquiètes, je veux les rassurer, il y a une forme d'Ehpad bashing dans la presse, qui pointe des dysfonctionnements », a déclaré Mme Buzyn. « Je ne veux pas les nier, ce sont des réalités, mais ce ne sont pas non plus des généralités », a ajouté le ministre à l'issue d'une visite à l'hôpital gériatrique de Chevreuse (Yvelines), qui abrite un établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (Ehpad). (source le Figaro économie 26/01/2018).



La population accueillie en EHPAD est déjà dépendante, et ne répond donc pas à la définition du « bien vieillir », mais on imagine que ce qui est bon avant l'EHPAD, doit à minima l'être toujours en EHPAD... Alors évaluons ces recommandations sous le prisme de ce qui se fait en EHPAD.

1/ Promouvoir une alimentation équilibrée pour rester en forme.

Malgré tous les efforts, les recommandations (toujours excellentes mais malheureusement souvent peu réalistes) et l'engagement des professionnels, que constate-t-on en EHPAD :

- Une alimentation de collectivité (mais comment faire autrement pour 80 personnes ou plus, avec des normes d'hygiène de plus en plus contraignantes et des budgets serrés ?) ; une alimentation par conséquent forcément au détriment du goût (mais au bénéfice de la sécurité sanitaire...).

- Une alimentation globalement homogène même si des efforts sont faits pour répondre aux désirs et habitudes des résidents (mais comment répondre aux désirs de 80 personnes différentes ?).

- Des textures alimentaires pas toujours adaptées aux capacités de mastication, déglutition, pour les mêmes raisons que citées plus haut.

- Une aide à la prise alimentaire largement insuffisante, non par manque de volonté, mais par manque de moyens dans nos EHPAD (l'aide à la prise alimentaire étant réalisée par les soignants insuffisamment nombreux).

Et au final ...

- Des résidents à qui « l'ont fait croire » que le repas « reste l'un de leurs seuls plaisirs » mais qui nous expriment leur perte d'appétit, leur perte d'appétence, et leur désir de « manger dans leur chambre plutôt qu'avec des personnes « qui ne parlent pas », et à qui « je n'ai pas grand-chose à dire ».

Comment s'étonner dès lors de la dénutrition des personnes âgées dépendantes, et de la cascade d'événements qui lui est liée : fonte musculaire, chute, fracture, encombrement bronchique par alitement... ?

2/ Promouvoir une activité physique et sportive  
Qui a déjà visité un EHPAD sait que les activités physiques et sportives, à part la « gym douce » et les éventuels (quand on a de la chance) passages du kiné sont pauvres, voire inexistantes. Là encore, il ne s'agit pas de polémiquer, mais de constater : manque de temps, manque de moyens, manque de sensibilisation à l'importance du besoin aussi sans doute. Pire, les sorties en extérieur sont anecdotiques et il n'est pas rare de trouver des résidents qui n'ont pas

mis « le nez dehors » depuis plusieurs mois voire années... Ce déficit d'activité physique a des conséquences : les muscles fondent, d'où chute, fracture ... etc.

3/ Prévenir les facteurs de risques et les pathologies influençant la qualité de vie (au premier rang desquels, les chutes)

Qui a déjà travaillé en EHPAD sait la difficulté, sinon l'impossibilité, d'une prise en charge chez le dentiste, ou d'un bilan chez l'ophtalmologiste lorsqu'on est au fauteuil et en EHPAD, et encore moins (80 % au moins de nos résidents), atteints d'une maladie de type Alzheimer... Ces difficultés d'accès aux soins ont des répercussions sur les pathologies et la qualité de vie. De plus, comme nous l'avons vu précédemment, la nutrition insuffisante, le manque d'exercice physique, entraînent la

fonte musculaire, la chute ... etc.

**« Si la personne est âgée, son cœur ne l'est pas » - Proverbe chinois.**

4/ Promouvoir le bon usage du médicament

La prise de conscience est indéniable ; il faut prescrire mieux... et moins ! D'ailleurs les thérapeutiques « non médicamenteuses »

et les approches relationnelles sont chaudement recommandées. La plus médiatisée de ces approches relationnelles fait souvent l'objet de reportages télévisés ; et à en croire ces reportages, il suffirait de former des équipes à cette approche du soin pour réduire l'absentéisme, et diminuer de manière importante les prescriptions médicamenteuses. En théorie, oui. En pratique, ce n'est pas ce que l'on constate dans les établissements formés à cette approche (ou à une autre). Non pas que la méthode soit mauvaise. Mais avec toujours un petit effort de réalisme, on constate que le turn-over des personnels (et donc l'arrivée régulières de professionnels non formés), et la charge de travail toujours importante rendent difficile la mise en application dans la durée de ces approches. En désespoir de cause, et devant les troubles du comportement, que font les équipes ? Elles appellent le médecin, qui est donc sollicité pour « faire quelque chose », c'est-à-dire : « si vous pouviez nous prescrire quelque chose... »

5/ Promouvoir la solidarité entre les générations : l'intergénération et le « vivre ensemble », creuset du bien vieillir

Le GAG (groupement des animateurs en gérontologie), toujours plein d'humour et de bon sens, ne peut que constater la « non traitance » de fait des personnes âgées en





► *Qui a déjà visité un EHPAD sait que les activités physiques et sportives, à part la « gym douce », sont pauvres, voire inexistantes.*

EHPAD. Voici un extrait de leur livre blanc : « Pour comprendre, en EHPAD, pour 80 résidents, environ 30 professionnels travaillent à accompagner les soins et les repas (4 h 30 d'une journée de résident). Les 8 h 30 restantes (entre le lever et le coucher), qui correspondent au temps libre durant lequel la vie sociale pourrait s'exprimer, sont sous la responsabilité... d'un seul animateur ! » Alors malgré leur dévouement, leur implication, leur créativité, comment promouvoir et entretenir les liens sociaux lorsque l'on est seul pour « animer la vie » de 80 personnes ?

#### **Un constat objectif**

Tous ces exemples (et bien d'autres) doivent nous inciter à prendre conscience que notre modèle d'accompagnement n'est pas le plus efficace, ni le mieux adapté aux besoins de la population dont il a la responsabilité. Étudions les réponses des autorités sanitaires à cette réalité ? Elles passent par la mise en place de recommandations de « bonnes pratiques », de référentiels qualitatifs, d'indicateurs de bientraitance, d'injonctions à la rédaction de projets personnalisés... Et au final ces réponses qui

pourraient paraître pertinentes, entraînent au contraire un effet paradoxal qui curieusement est rarement souligné. Car si vous créez des référentiels, des indicateurs et des recommandations, vous créez des temps de réunions, d'élaboration de traçabilité. Et si vous créez ces temps de réunion dans une organisation du travail qui fonctionne déjà à flux tendu, sans donner de moyen supplémentaire, alors temps de réunions deviennent non seulement inopérants, mais surtout contraires aux objectifs poursuivis. En effet, on assiste alors à ces situations ubuesques où l'on fait des réunions « autour du résident » (et sans lui), mais que l'on a plus de temps à passer « avec le résident ». Les professionnels soulignent bien que ces réunions « ne débouchent sur rien car nous n'avons pas le temps d'appliquer le projet personnalisé »... Il ne suffit donc à l'évidence pas de « décréter » la bientraitance comme une priorité, pour « générer » la bientraitance...

Mais existe-t-il d'autres solutions ? Est-ce utopique de penser que l'on peut accompagner la dépendance d'une autre manière ? Peut-être... Mais l'utopie rejoint parfois la réalité, alors découvrons cette belle histoire.



C'est l'histoire de Flore, racontée et filmée par son fils (voir le remarquable film FLORE, de Jean-Albert Lievre). Constatant la dégradation de l'état de santé de sa maman atteinte d'une maladie d'Alzheimer et institutionnalisée, son fils décide contre l'avis général de la sortir de son EHPAD et de la ramener chez elle, en Corse. La suite est un « conte de fée » moderne mais réel. Une résidente qui ne mangeait plus et fermait la bouche qui se remet à manger. Une femme qui ne marchait plus qui se remet à marcher. Une mère qui ne parlait plus et qui se remet à parler. Une patiente qui présentait malgré un gros traitement des troubles importants du comportement et qui disparaissent malgré l'arrêt progressif des traitements psychotropes... Pourtant, le film nous montre bien que la maladie existe toujours ; il n'y a pas de déni de son existence. Mais on a l'impression que cette femme est « à nouveau traversée » par la vie (à la fin du film, elle mange, parle, marche et se baigne même dans la mer...). Comme nous le propose le « trailer » du film, nous assistons effectivement à l'histoire vraie d'une renaissance.

### Que s'est-il passé ?

Bien sûr, on peut critiquer le choix de son fils qui n'a pas « écouté les médecins », expliquer qu'il a bien de la chance d'avoir eu « les moyens » de mettre toutes ces aides en place pour sa mère, et que cette organisation n'est pas accessible à la population générale. Bien sûr. Mais essayons plutôt de voir ce qui a marché, pour peut-être, nous en inspirer ? Car finalement, qu'a fait ce fils ? :

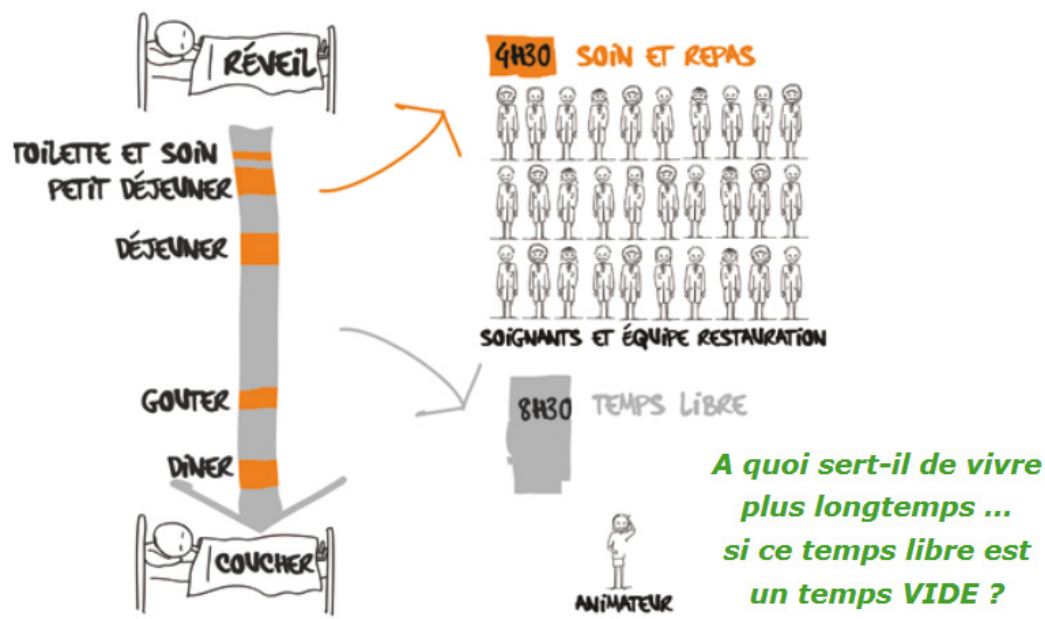
- Il a ramené sa mère chez elle, dans son univers habituel.
- Il a travaillé en concertation avec son médecin pour diminuer précautionneusement le traitement médicamenteux.
- Il a trouvé un kinésithérapeute dévoué qui a pris sa mission à bras le corps et qui a redonné envie à cette femme de bouger.
- Il a mis à son service une auxiliaire de vie de tradition bouddhiste qui l'a accompagnée avec les données de sa culture, en pratiquant des massages et des rituels liés à sa tradition.
- Il a modifié l'alimentation de sa mère et il a utilisé des compléments alimentaires pouvant avoir un intérêt (huile de coco notamment).

► **La prise de conscience est indéniable ; il faut prescrire mieux... et moins !**





## Actualités - Gériatrie, Médecine intégrative



- Il a cherché à rendre possible de continuer à faire ce qu'elle a toujours aimé faire et qui constituait sans doute sa nature profonde (la peinture).
  - Il a été présent à sa mère.
  - Réellement présent.
- Et ça a marché.

Acceptons donc au moins de retenir la conclusion évidente de cette expérience : c'est encore possible. Et nous pouvons simplement observer que, malgré les apparences, il y avait encore « quelqu'un » à l'intérieur de ce corps en souffrance et de ce « cerveau à la dérive ». Si l'on va un peu plus loin, on peut se dire que, peut-être sans le savoir, ce fils a appliqué les recommandations du plan « bien vieillir » : nutrition adaptée, activité physique, liens sociaux... Et si l'on ose aller encore un peu plus loin, que ce fils, sans le savoir, a fait de la médecine intégrative.

### La médecine intégrative

Née dans les années 90 aux États-Unis, la médecine intégrative accepte d'utiliser le meilleur de notre médecine occidentale et technique, mais en en acceptant les limites et les insuffisances, et, partant de ce constat, autorise l'ouverture à d'autres approches du soin. Il ne s'agit pas de nier l'intérêt d'un système de santé moderne et scientifique, mais de ne pas résumer le soin à une approche scientifique et technique. Certains parleront d'une vision globale, holistique du soin. Et le fils de Flore a su, sans doute intuitivement, porter ce regard global sur sa maman. Il a pris en considération sa dimension physique : les souffrances du corps. Il l'a entourée de bienveillance et de

sécurité, et a pris ce faisant en considération sa dimension psychique et émotionnelle. Il l'a réintégrée dans une appartenance au monde et dans son rôle social, et a donc pris en considération sa dimension sociale. Et il a sans doute également pris soin de sa dimension spirituelle, en redonnant du sens à son existence, et en l'inscrivant dans un futur, encore possible. Ces 4 dimensions sont résumées dans ce que Cicely Saunders, une des pionnières de soins palliatifs, avait appelé la souffrance globale. Car si la médecine moderne est très performante sur la souffrance physique, elle manque souvent d'efficacité sur les autres formes de souffrance. Et Flore nous rappelle que la guérison ne peut s'obtenir que par la prise en considération de l'être dans son entièreté (car

si dans cet exemple la maladie n'est pas guérie, la personne qui en est victime l'est peut-être).

Et puisque, médecins occidentaux, nous n'avons pas été assez formés à ces autres dimensions,

sachons au moins le reconnaître et avoir une attitude « palliative », afin de « pallier » à ces insuffisances, en essayant, avec tout notre professionnalisme et notre rigueur, d'accepter d'essayer d'autres approches de soins lorsque cela s'avère nécessaire et utile : phytothérapie, micronutrition, médecine chinoise, médecine ayurvédique, hypnose...

- Cela nécessite de l'humilité (notre médecine moderne est scientifique est formidable mais ne peut pas tout).

- Cela nécessite de l'ouverture d'esprit (la sagesse de certaines traditions et les méthodes de soins « venues d'ailleurs » ont aussi du sens et un intérêt).

**« Comprendre est le commencement d'approuver » - Spinoza.**

**« On peut ainsi être instruit de tout, et passer sa vie dans l'ignorance absolue de la vie » - Christian BOBIN.**

- Cela nécessite le « droit au risque » (on est sans doute plus vivant quand « on prend des risques » pour vivre comme on le souhaite, que quand on vit « sous cloche » attaché à un fauteuil roulant pour surtout qu'il ne nous arrive rien).

- Cela nécessite de la confiance, en l'autre et en nos propres capacités.

Et finalement, tout cela nous est accessible à tous : Professionnels, familles et malades.

L'expérience de Flore nous indique une direction, une direction qui devrait nous faire réfléchir, et pourrait bien nous inspirer. Car cette « attitude » est sans doute plus « exportable » dans nos EHPAD qu'il n'y paraît. Il existe d'ailleurs un autre modèle, institutionnel cette fois, et assez proche de cette expérience quoique très différent en apparence. C'est le modèle « Carpe Diem » au Québec (et la maison « Ama Diem » en France). Le projet est simple : une vie partagée, une véritable autonomie (auto : soi-même, nomos : la norme) avec l'acceptation du « droit au risque », une approche globale dans laquelle la dimension sociale, la vie culturelle, font partie intégrante du prendre soin. C'est donc cette vie partagée dans laquelle nous restons acteur qui donne du sens à l'existence qui nous reste. Alors osons la rencontre de l'autre, là où il est,

dans la validation de ses émotions et l'acceptation de son humanité. Osons prendre le risque de notre propre humanité, en favorisant peut-être parfois la rencontre de l'autre plutôt que la réponse aux indicateurs qualité. Osons des structures plus petites, plus autonomes, plus tournées vers la cité, qui, sans déni des difficultés, laisseraient leur place à la personne âgée dépendante, croiraient encore à son utilité ; Quand bien même la personne âgée n'est plus « productrice de valeur matérielle », peut-être peut-elle produire une valeur immatérielle encore plus précieuse ? Sachons, comme le colibri, faire notre part pour œuvrer en ce sens, à la place qui est la nôtre, mais sans jamais douter que cette remise en question est « juste » et contribue à préserver la dignité de ceux que nous accompagnons. Et peut-être que nous

**« Changer, c'est à la fois naître et mourir » - Carl Gustav Jung.**



► *Cicely Mary Saunders, née le 22 juin 1918 à Barnet, Hertfordshire (Angleterre) et morte le 14 juillet 2005 à Londres, est une infirmière, un médecin et un écrivain britannique. Elle est connue pour avoir développé le concept de soins palliatifs dans la médecine moderne et avoir fondé le premier établissement hospitalier spécialisé, le St. Christopher's Hospice de Londres (1967).*

retrouverons le goût de « l'aventure du soin », peut-être que notre créativité sera réveillée, et que l'enthousiasme que nous mettrons dans la réalisation de nouveaux projets pourra intéresser, les personnes malades, les autorités de tutelles, mais aussi pourquoi pas, des mécènes ou des investisseurs prêts à « relever le défi » de nouvelles façons d'accompagner. Nous avons le devoir de ré-interroger nos modèles, et d'essayer de les faire évoluer. Pour nos patients. Et pour nous-même. ■

Sources :

- <https://www.insee.fr/fr/information/2546485>

- <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/article43.pdf>

- [https://travail-emploi.gouv.fr/IMG/pdf/presentation\\_plan-3.pdf](https://travail-emploi.gouv.fr/IMG/pdf/presentation_plan-3.pdf)

- <http://www.non-traitance.com/livre-blanc-edition-05-2014.pdf>

- <https://alzheimer-recherche.org/4960/flore-de-jean-albert-lievre/>

**« Quand tout est brûlé, ne demeure au fond du tamis qu'un diamant incombustible »  
Christiane Singer.**