

STÉRÉOTYPES SUR LES PERSONNES ÂGÉES ET CONSÉQUENCES SUR LEUR PRISE EN CHARGE

LE LIEN ENTRE LA DÉPENDANCE ET L'ÂGISME

La société vs les personnes âgées

Pour définir ou comprendre le monde et essayer d'y trouver notre place, nous avons recours à la catégorisation : nous mettons les gens dans des cases en les classant selon certaines caractéristiques (traits de caractères, particularités physiques, idéologiques ou encore le mode de vie). Petit à petit, les ressemblances sont surestimées et par le phénomène naturel d'assimilation, les personnes sont rangées dans une même catégorie. C'est alors que les stéréotypes apparaissent. Habituellement négatifs, les stéréotypes permettent d'effectuer des comparaisons favorables pour soi (selon la Théorie de l'identité sociale de Tajfel et Turner, 1979).

Comment imaginez-vous un *vieux* ? Quelle est votre représentation de la vieillesse ? Généralement, on pense à une personne aux cheveux blancs, avec des rides, des lunettes, un dentier. D'ailleurs, un enfant mimant un *papy* se courbera en deux, tremblera, marchera à petit pas avec une canne. Pour ceux d'entre vous œuvrant dans le milieu médical, s'ajoute une part de dépendance, qu'il s'agisse d'une canne, d'un fauteuil roulant, de troubles de la vue, voire de formes de démence. Notre représentation sociale est bien ancrée autour de cette idée.

Avant, les *pépés et mémés* étaient considérés comme des sages, les porteurs de l'histoire familiale et de savoirs [3]. Ils imposaient le plus grand des respects. Avec l'évolution de notre société, les rapports familiaux et le mode de transmission des connaissances ont été modifiés [3]. Les *antiquités*, reléguées au silence, ne sont plus consultées sur leurs opinions, ils ne sont plus "dans le coup" et sont devenus une charge affective et financière [3].

Ces stéréotypes sur les *ainés* démontrent un malaise vis-à-vis de la vieillesse et particulièrement de notre propre vieillesse. L'âgisme est un comportement

discriminatoire envers nos *ancêtres* induit par tous les stéréotypes qui nous bercent depuis l'enfance. Notre attitude et notre regard sur les *retraités* en sont alors modifiés. Nous n'aborderons pas les comportements maltraitants générés par l'âgisme, mais nous mettrons en lumière un versant moins connu : le lien entre la dépendance et l'âgisme.

Les comportements induits

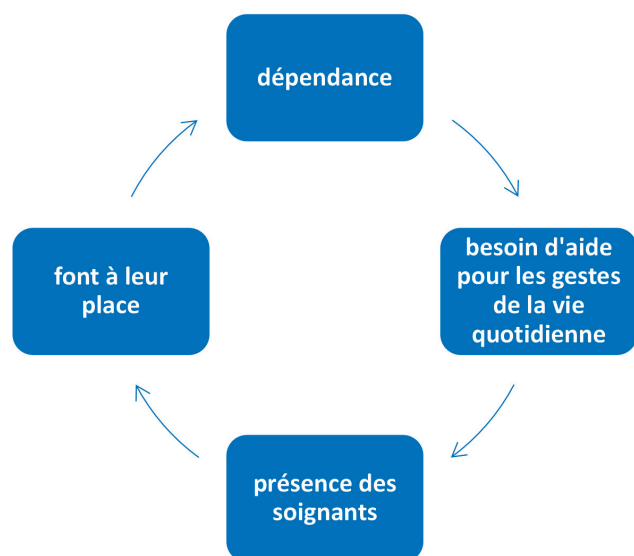
Chez la personne âgée

C'est un fait, avec l'âge, les capacités physiques et psychiques déclinent progressivement. Les *vétérans* ont besoin d'aide pour certains travaux requérant de la force physique, pour se déplacer et certains doivent utiliser des stratégies compensatrices pour répondre à la diminution des entrées sensibles. On peut citer ici la routine de placement des objets en réponse à des troubles de la vue. La dépendance s'installe alors progressivement.

Le corps est de moins en moins source de plaisir ou de désir. Les interactions sont de plus en plus rares car de plus en plus difficiles comme cela peut-être le cas avec les troubles de l'audition. Il arrive que nos *dinosaures* s'isolent par peur du jugement de l'autre. D'ailleurs, le stress amplifie les difficultés qu'ils rencontrent : ils se sentent diminués et définissent leur santé comme étant fragile. La perte de contrôle de leur vie devient un sentiment omniprésent.

Une crise identitaire survient et atteint le narcissisme, diminuant le sentiment d'auto-efficacité, l'estime de soi et la confiance en soi.

Dans ces situations de dépendance et d'isolement, deux phénomènes s'observent. Le premier est l'effet Pygmalion. Plus souvent connu dans son sens positif, à savoir un comportement influencé par des paroles encourageantes et positives prononcées par l'entourage, il en existe aussi un sens négatif : si le discours



Cercle vicieux dont sont souvent victimes les personnes âgées.



Nous faisons tout à la place de nos “anciens”. Par conséquent, nous leur demandons de le faire.

est axé sur les incapacités, sur les déficits et sur les fragilités de nos *anciens*, ils seront plus enclins à se comporter comme tels !

Le second concerne le lien entre la dépendance et la présence des aidants. Baltes a ainsi démontré dans son étude (1996) que les *fossiles* allaient parfois jusqu’à “instrumentaliser une représentation dont elle se sait victime, dans le but de maintenir une relation à autrui jugée plus satisfaisante”. Donc, en étant dépendant, la personne usée reçoit plus d’attention et d’interaction sociale. Un cercle vicieux risque d’apparaître alors (Fig.1).

Chez les soignants

Relevant de la catégorie dite “d’aide à la personne”, le métier de soignant a comme rôle d’aider ! Et malgré toute la bonne volonté que nous y mettons, nous faisons tout à la place de nos *vieilles* : lorsque nous leur faisons la toilette sans les laisser se laver eux-mêmes le visage ou lorsque nous les chaussons sans même leur demander de le faire. Nous allons parfois jusqu’à choisir ce qu’ils vont manger et l’heure à laquelle se coucher. Il n’est d’ailleurs par rare d’entendre dans un service gériatrique que “cet homme a beaucoup travaillé durant sa vie, laissons-le tranquille, faisons-lui sa toilette !”, ou encore qu’ils “nous ont nourris, changés et habillés quand nous étions petits, rendons-leur la pareille !”. Dans notre représentation de la vieillesse, il paraît important d’éviter à nos *vieilles branches* toute contrainte. Surtout ne les fatiguons pas !

En outre, d’un point de vue pratique, il est quand même plus facile et plus rapide de faire que de laisser faire.

Modifions notre culture !

Donner une autre vision de la personne en âge avancé

Le vieillissement ne se réduit pas à la pathologie, il est possible de bien vieillir. Mettons en avant les avantages que la vieillesse apporte comme l’expérience ou la sagesse, et n’oublions pas que l’espérance de vie s’allonge, les progrès de la médecine permettant de vivre plus longtemps et en meilleure santé ; en revanche, oublions de braquer les projecteurs sur les déficits et incapacités de nos *seniors*.

L’âge n’entrave pas le mouvement : le mouvement appelle le mouvement. Dans ce sens, l’entraînement permet une stimulation motrice, cognitive et sensorielle. Les gestes peuvent ainsi devenir plus fluides, plus faciles (amélioration de la souplesse articulaire, de la force musculaire, de la conduction nerveuse) même si les capacités physiologiques diminuent [4]. De plus, il a été prouvé que l’activité physique conduisait à une stimulation cognitive : l’apprentissage et la création d’automatismes sont possibles tout au long de la vie, et ceci malgré des stratégies différentes. Enfin, il semble nécessaire de réduire l’impact des stéréotypes négatifs sur nos *patriarches* et d’augmenter le lieu de contrôle interne, c’est-à-dire notre croyance sur le contrôle de l’environnement externe



© Halpoint/Stock / Getty Images Plus

exemple, nous les chaussons sans



© eyecrave/E+

L'âge n'entrave pas le mouvement. L'entraînement permet une stimulation motrice, cognitive et sensorielle. Les gestes peuvent ainsi devenir plus fluides, plus faciles, même si les capacités physiologiques diminuent.

sur nous. En favorisant les stéréotypes positifs sur l'expérience ou encore sur la capacité de résilience, il sera possible de limiter le stress et l'anxiété ressentis par les *expérimentés*, les rendant ainsi moins vulnérables aux stéréotypes négatifs.

Leur redonner le pouvoir !

Il est important de les impliquer dans les activités de la vie quotidienne, de la toilette au dressage de la table par exemple, de les rendre à nouveau acteurs de leur vie, quelques soit leur niveau d'autonomie. Si les méthodes Montessori sont développées en vue de limiter les troubles du comportement chez les personnes démentes, elles permettent également de trouver les pistes du maintien d'une activité physique et cognitive en lien avec la vie quotidienne. Les maisons partagées, fleurissant partout en France, en sont un bon exemple compte tenu de la participation des résidents à la vie de la maison.

Par ailleurs, des études ont démontré le lien entre la participation à des formations tout au long de sa vie et le développement d'une image plus positive de soi [2]. Dans ce cadre, il apparaît opportun de mettre en place des formations pour les *poussiéreux*, des "universités du 3^e ou 4^e âge" axées sur des enseignements préventifs en matière de diabète ou de chutes, mais aussi sur du développement personnel comme l'apprentissage de la réminiscence.

Lorsque les *gâteux* deviennent acteurs de leur vie, la vieillesse n'est plus subie [2].

Changer la culture des soignants

Évoluer dans un secteur gériatrique requiert des capacités particulières : des qualités relationnelles, une volonté de travailler en équipe (soignants et aidants) ainsi qu'une capacité d'adaptation importante. Il convient également d'endurer les contraintes physiques (manutentions importantes), de supporter la charge mentale face à la faible marge de manœuvre dans l'organisation et face aux nombreux imprévus et enfin de résister à la charge émotionnelle, liée aux situations d'angoisse et de souffrance des *défrachis* [1]. À terme, cette pratique conduit à un épanouissement professionnel et la qualification de haut niveau est un atout majeur [1].

Il est rare de voir un professionnel de la santé s'orienter immédiatement vers la gériatrie au sortir de ses études. S'y retrouvant par hasard, compte tenu des nombreux débouchés offerts aux personnes sans qualification, ou attirés par des contrats d'apprentissages mis en place par les institutions [1], ces nouveaux soignants aboutissent dans les services pour *surannés* sans réelles formations spécifiques, ni même motivations.

C'est dans ce sens que le rôle des formateurs en formation initiale est prépondérant, dans la mesure où leur message doit sensibiliser et motiver ces futurs professionnels. En effet, l'approche de la gériatrie peut sembler superficielle et théorique, et il apparaît fondamental que la préparation, l'exploitation du stage, l'accueil et le suivi sur le terrain soient consi-

Bibliographie

- [1] Pascal Moliner, Michèle Ivan-Rey, Julien Vidal (2008). **Trois approches psychosociales du vieillissement. Identité, catégorisations et représentations sociales.** *Psychologie & NeuroPsychiatrie du vieillissement*, 6(4):245-257. <https://doi.org/10.1684/pnv.2008.0146>
- [2] Bizzini L. (2007). **L'âgisme: Une forme de discrimination qui porte préjudice aux personnes âgées et prépare le terrain de la négligence et de la violence.** *Gérontologie et société*, vol. 30 / 123(4), 263-278. <https://doi.org/10.3917/gs.123.0263>
- [3] Macia E., Chapuis-Lucciani N. & Boëtsch G. (2007). **Stéréotypes liés à l'âge, estime de soi et santé perçue.** *Sciences sociales et santé*, vol. 25(3), 79-106. <https://doi.org/10.3917/sss.253.0079>
- [4] Organisation Mondiale de la Santé (2016), **Rapport mondial sur le vieillissement et la santé**, https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/206556/9789240694842_fre.pdf;jsessionid=9B26F6D6711525DF1BBCA6541955EC9F?sequence=1
- [5] Kern, D. (2006). **La formation en gérontologie du point de vue des Sciences de l'Éducation.** *Gérontologie et société*, 3(3), 117-130. <https://doi.org/10.3917/gs.118.0117>
- [6] Archambault, H. (2006). **Stimuler les motivations pour les métiers de la gérontologie.** *Gérontologie et société*, 3(3), 85-100. <https://doi.org/10.3917/gs.118.0085>

dérés comme essentiels afin d'éviter que la rencontre avec la vieillesse soit vécue comme violente [1]. Les maîtres de stages ont aussi leur rôle à jouer et pour citer Fenouillet, *"l'apprentissage est facilité si l'apprenant a la possibilité d'observer un modèle"* (2003), ce modèle étant aussi un facteur de motivation [1]. Seul un petit nombre est formé pour l'encadrement de stagiaires et les formations complémentaires, ou continues, participent de l'acquisition des compétences (vision globale de la personne âgée, travail transdisciplinaire) et d'une expertise en gérontologie, ce qui aide à la reconnaissance professionnelle [1].

Les personnes évoluant autour des *fanés*, soignantes ou non, doivent disposer d'un minimum de formations spécifiques en gériatrie dans la mesure où toute prise en charge, qu'il s'agisse d'un soin ou d'une animation, doit avoir un sens, à commencer par la stimulation de l'autonomie de la personne. Le rôle des professionnels est alors d'accompagner, d'aider et d'encourager les personnes à trouver des solutions.

Et le kiné dans tout ça ?

La formation en gériatrie est ici aussi superficielle : beaucoup de théorie, avec dans le meilleur des cas un ou deux cours de travaux pratiques. Nous regrettons l'absence de place laissée à la réflexion afférente à la personne âgée, à la façon de lui parler, aux buts des exercices proposés au-delà de la simple marche. Il n'existe pas non plus de réflexion portant sur les

syndromes post-chutes ou sur la façon d'approcher et de prévenir la rétropulsion. Même dans les formations continues, les propositions sont rares, eu égard aux demandes peu nombreuses.

Ne pas rendre plus intéressante la gérontologie entraîne une méconnaissance et un désintérêt des rééducateurs. Cette attitude fait de la "marchothérapie" le sport national dans les Ehpad ! Le rôle du kinésithérapeute dans la prise en charge globale des *séniles* est important. À commencer par le bilan kinésithérapique : la personne peut-elle mettre la main sur le front ? Dans le dos ? Peut-elle soulever les fesses dans son lit ou se lever de son fauteuil ? Ce bilan, mis à jour selon les changements observés (altération de l'état général, chutes, diminution des activités physiques) permet aux soignants/aidants de connaître les capacités fonctionnelles des personnes âgées, et ainsi d'adapter au mieux leur aide et la stimulation. C'est dans cette logique qu'une prise en charge rééducative peut être plus spécifique que la simple marchothérapie. En outre, le kinésithérapeute doit accompagner les équipes pluridisciplinaires en étant le coordinateur autour de l'autonomie des *aîeux*. Il doit endosser le rôle de formateur des équipes pour l'apprentissage de techniques facilitatrices et moins délétères pour l'intégrité physique de nos *prédécesseurs*. À chaque moment de la journée, il est question de stimulation musculaire et/ou cognitive et le kinésithérapeute, en tant que coordinateur, doit apporter une vision globale, un aiguillage vers certaines pratiques, prioriser les stimulations, chercher des solutions pour adapter les prises en charge. En effet, il n'intervient qu'une demi-heure 1 fois à 2 par semaine, ne pouvant assurer à lui seul le maintien de l'autonomie. Se pose ici la question du temps dont ils disposent en Ehpad ou à domicile auprès des plus âgés...

ÉLÉONORE DURAND-LARMIGNAT



Tout au long de cet article, les personnes âgées ont été affublées de différents "petits noms". Certains ont dû vous paraître déplacés et péjoratifs. C'est tout à fait volontaire. Un simple petit nom n'est pas anodin... Il intègre tous les stéréotypes dans lesquels nous baignons depuis longtemps !

*MKDE en Ehpad.