



Disponible en ligne sur

ScienceDirect
www.sciencedirect.com

Elsevier Masson France

EM|consulte
www.em-consulte.com



RÉFLEXIONS ET PERSPECTIVES

EHPAD, mon amour : repenser l'EHPAD comme un tiers lieu



My dear nursing home: Reconsidering the nursing home as a third place

J. Polard

783, rue de Chennevières, 78760 Jouars-Pontchartrain, France

Disponible sur Internet le 7 septembre 2018

MOTS CLÉS

EHPAD ;
Innovation ;
Réinventer ;
Ouverture ;
Tiers lieu

Résumé Les temps changent, la gérontologie aussi. Sur le terrain s'expérimentent de nouvelles façons d'habiter, de prendre soin, d'accompagner, de vivre et vieillir ensemble. Cette vitalité croissante dans ce secteur pourrait nous conduire, c'est notre pari, à faire évoluer le modèle de l'EHPAD, pensé trop souvent comme la miniature d'un hôpital et positionné dans la suite logique et inéluctable du maintien au domicile. Par une ouverture structurelle et significative sur un quartier, une commune, bref un territoire, il s'agit de proposer aux sujets âgés vulnérables une réinscription dans le champ social et non de les cantonner aux bons soins d'une réponse sanitaire.

© 2018 Publié par Elsevier Masson SAS.

KEYWORDS

Nursing home;
Innovation;
To reinvent;
Opening;
Third dimension

Summary Times are changing. So is gerontology, which is experimenting with new ways of taking care of our ageing populations, and of accompanying them, to help them to continue living with others. We consider that the growing vitality in this sector can lead us to reshape the model of the nursing home, too often seen as a miniature hospital and systematically perceived as an inevitable, logical sequel to maintenance in the home. By way of a significant, structural opening-up towards a city district, a village, or more generally towards a particular territory,

Adresse e-mail : jose.polard@gmail.com

<https://doi.org/10.1016/j.npg.2018.06.003>
1627-4830/© 2018 Publié par Elsevier Masson SAS.

the idea is to offer these elderly, vulnerable subjects a new belonging to the social sphere, rather than confining them to the sole healthcare response.

© 2018 Published by Elsevier Masson SAS.

Introduction

Si l'on communique beaucoup sur les innovations technologiques dans la « silver » économie, peu est dit encore sur les innovations sociales dans le champ de la gérontologie. Pourtant sur le terrain s'expérimentent des nouvelles façons d'habiter, de prendre soin, d'accompagner, de vivre ensemble.

Cette vitalité croissante dans ce secteur nous conduira-t-elle à faire évoluer le modèle de l'établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD), pensé trop souvent comme la miniature d'un hôpital et positionné dans la suite logique et inéluctable du maintien au domicile ?

Même si la vie à un grand âge, pour la majorité, n'a pas pour destin inéluctable de se confronter à la maladie Alzheimer, ni de finir ses jours et ses nuits en EHPAD, c'est bien ces situations complexes et difficiles à vivre et à accompagner qui seront le sujet de cet article, puisqu'elles sont les plus problématiques.

En associant l'innovation à la vieillesse, nous ne sommes pas loin de l'oxymore. Certes, on peut décliner ensemble le neuf et le vieux selon différents alliages, mais innover consistera toujours à passer d'un monde, selon Parménide, régi par la permanence voire l'immobilité, à celui d'Héraclite, en mouvement, par transformation ou métamorphose [1].

Qu'est-ce qui anime ces utopistes réalistes, ces innovateurs collectifs, ces adeptes du pas de côté ? Donner du sens et le goût de la rencontre, certes, une profonde exigence humaniste à coup sûr, mais aussi la possibilité d'exprimer une certaine créativité.

À condition de répondre à cette question.

Pouvons-nous faire mieux dans l'accompagnement jusqu'au bout de l'âge ?

Notre réponse est positive à condition de se défaire de deux préjugés tenaces que nous voulons préciser :

- vivre aux prises avec des processus démentiels rendrait un sujet âgé sans capacités, sans capacités ;
- la structure et le mode de fonctionnement actuel des EHPAD seraient considérés à ce point intangibles que vouloir les repenser, les réinventer équivaldrait à une pure illusion [2], à une déraisonnable utopie.

EHPAD, mon amour... Ainsi, avons-nous intitulé un billet de blog [3], en référence au film d'Alain Resnais « Hiroshima

mon amour ». À la fois poème d'amour et de mort, évocation de la première bombe atomique lancée sur la ville, ce film montre la possibilité de l'amour, la possibilité de la vie, après une catastrophe. Ce film, en plus d'être un travail sur la mémoire, rappelait l'impossibilité de parler d'Hiroshima en soulignant l'écart entre représentation et réalité non totalisable. Comme un écho de ce qui est vécu par le patient Alzheimer et sa famille.

Mais le film nous intéresse pour une autre raison, son inventivité cinématographique reconnue par beaucoup. Selon Michel Ciment, critique de cinéma cité par Armelle Héliot [4] : « Il y avait une réelle nouveauté qui m'avait à l'époque complètement électrisé ». Il nous faut prêter attention à ce lien établi entre le registre catastrophique et la réponse innovante.

Il est courant de qualifier de catastrophe ou de séisme, l'impact d'Alzheimer sur un sujet âgé et son entourage. D'où cette proposition, le patient Alzheimer est perçu, identifié, figé à un statut de victime, qui ne sera pas sans conséquences logique, sociale, thérapeutique. Mais, le patient Alzheimer ne se réduit pas à cette maladie qui n'en est pas vraiment une... en tout cas, cela fait débat dans la communauté scientifique.

À l'origine, il y a des troubles cognitifs, plus ou moins tolérés et explicites, et ensuite un diagnostic. Ce diagnostic est toujours un événement pour la famille, souvent traumatique pour le patient, source de difficultés pour le médecin qui annonce. Un événement particulier et terrible puisque équivalent de catastrophe selon les représentations sociétales. Une annonce toujours éprouvante, puisque le diagnostic est un pronostic sombre et sans issue, donc tragique.

Dès lors peu à peu, ou très vite, on constate une sorte de bascule, ces patients sont pensés, appréhendés comme essentiellement dépendants, en perte d'autonomie inéluctable, avec des capacités altérées, ou en voie de disparition. Un discours déficitaire contribuant à les placer en position de victimes. Dans cette conception, les possibilités d'interagir avec eux se réduisent au binôme aidé—aidants, entre compassion et rejet.

Une victime serait quelqu'un qu'on ne pourrait comprendre et saisir que par la modalité de l'aide à lui apporter, réduisant ainsi les possibilités relationnelles.

Quels sont les signes qui définissent une victime ? Fragilité ou vulnérabilité, impossibilité de faire face à l'adversité et enfin distinction, voire discrimination avec le groupe de référence, nous-mêmes, pour qui les souverains biens sont « autonomie » et « performance ». Sans capacité et réduits à un statut d'aidé, ils sont à coup sûr victimes d'une image déficitaire. D'où un discours pessimiste, de déclin, un

Download English Version:

<https://daneshyari.com/en/article/11014322>

Download Persian Version:

<https://daneshyari.com/article/11014322>

[Daneshyari.com](https://daneshyari.com)