

## DEVENIR RÉSIDENT, QUEL DEVENIR ?

[Delphine Dupré-Lévêque](#)

Martin Média | « [Le Journal des psychologues](#) »

2011/4 n° 287 | pages 22 à 25

ISSN 0752-501X

DOI 10.3917/jdp.287.0022

Article disponible en ligne à l'adresse :

-----  
<https://www.cairn.info/revue-le-journal-des-psychologues-2011-4-page-22.htm>  
-----

Distribution électronique Cairn.info pour Martin Média.

© Martin Média. Tous droits réservés pour tous pays.

La reproduction ou représentation de cet article, notamment par photocopie, n'est autorisée que dans les limites des conditions générales d'utilisation du site ou, le cas échéant, des conditions générales de la licence souscrite par votre établissement. Toute autre reproduction ou représentation, en tout ou partie, sous quelque forme et de quelque manière que ce soit, est interdite sauf accord préalable et écrit de l'éditeur, en dehors des cas prévus par la législation en vigueur en France. Il est précisé que son stockage dans une base de données est également interdit.

# Devenir résident, quel devenir ?



*Delphine Duprê-Lévêque*

Anthropologue,  
chercheuse associée,  
CNRS, UMR 5185,  
Aménagement,  
développement,  
environnement  
et sociétés,  
université  
de Bordeaux-2

**En contradiction avec les stéréotypes de fin de vie, la maison de retraite représente un lieu de vie auquel tout nouveau résident doit s'adapter et dans lequel il cherche à retisser des liens sociaux, condition *sine qua non* de sa reconstruction identitaire. L'observation participante et les entretiens semi-directifs menés en institution montre combien la personne âgée tente de dépasser son statut de patient pour retrouver celui d'individu et exister en tant que tel.**

« L'anthropologie, c'est un certain regard, une certaine mise en perspective, consistant dans l'étude de l'homme tout entier ; l'étude de l'homme dans toutes les sociétés, sous toutes les latitudes, dans tous ses états et à toutes les époques. » (Laplantine, 1987.) Partant de cette définition, force est de constater que, dans notre société, le regard anthropologique sur notre société est parfois assez limité. Nous privons souvent d'observation des lieux dans lesquels, *a priori*, les hommes ne sont pas beaux à voir, ont certainement peu voire rien à dire, semblent ne rien faire. Les maisons de retraite font partie de ces lieux, car ils exposent les observateurs à la « laideur » de la vieillesse, à la dégénérescence du corps et, parfois, à celle de l'esprit.

Quel intérêt pour un chercheur en sciences sociales (anthropologue, sociologue) d'observer ces « morts-vivants », ces petits vieux assis le long des couloirs ? Ils ne sont plus tout à fait vivants, mais pas vraiment morts. Ils sont enfermés dans un espace à part. Ces lieux sont « mal-vus », ils font peur, ils rassemblent tout ce qui nous semble insupportable. Ils imposent l'image d'un avenir insoutenable, fait de vieillesse, de douleurs, de maladies, de dépendance, de démence, d'isolement, de solitude, d'anonymat... Toutes ces images que notre société rejette et contre lesquelles il nous faut, chaque jour, lutter. Les ignorer et les fuir est une manière de penser que jamais nous ne serons atteints de ce mal, que jamais nous ne serons contaminés (la vieillesse est peut-être

contagieuse !). Une autre solution est de pousser la porte d'une institution pour s'asseoir, échanger, comprendre et observer la vie qui s'y déroule. Mais quelle vie me direz-vous ? On entend souvent dire : « Je préférerais mourir plutôt que d'aller en maison de retraite » ou « Ce n'est pas une vie que d'être ici. » C'est là toute la question : « Existe-t-il réellement une vie en maison de retraite ? » Que connaissons-nous de cet univers quelque peu en marge de notre société ? En qualité d'anthropologue, je suis partie à la rencontre de ces personnes âgées en institution pour prendre le temps d'observer l'ensemble des individus s'y côtoyant chaque jour (résidents, personnels, familles, bénévoles...). Le plus souvent, lorsque l'on parle de maison de retraite, la première représentation

qui vient est celle d'une personne âgée, en fin de vie, mise à l'écart par les siens. Afin de rompre avec ce mythe du « mouroir », nous présenterons d'abord un certain nombre de données, notamment démographiques, rendant compte de la réalité de cette population « résidant en maisons de retraite » et de celle des personnels y intervenant. Nous proposerons ensuite une approche anthropologique, basée sur l'observation participante et des entretiens semi-directifs avec l'ensemble des acteurs en présence. Cette démarche permet une étude approfondie de ces lieux de vie, laquelle mettra notamment en exergue l'élaboration des réseaux de sociabilité entre les résidents et les personnels. Cette analyse devrait aider à mieux percevoir la variabilité des organisations sociales et les stratégies mises en place par les résidents.

## Quelques chiffres

En 2008, 12,6 millions de Français avaient plus de 60 ans, dont 5,6 millions plus de 75 ans (Pla, 2009). Ils étaient 657 000 à vivre dans une institution pour personnes âgées, dont 520 000 dans une maison de retraite ou un établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD) (Prévot, 2009, n° 699). Ces individus ne représentent donc qu'un faible pourcentage de la population âgée de 60 ans et plus - environ 5%. Néanmoins, cette proportion augmente considérablement avec l'âge, puisqu'elle concerne 10% de la population âgée de 75 ans et plus, 24% des 85 ans et plus, et 40% des 95 ans et plus.

## Profil des résidents

Les trois-quarts des résidents sont des femmes. Les hommes, moins nombreux, sont plus jeunes : 27% d'entre eux ont moins de 75 ans contre seulement 9% des femmes, leur moyenne d'âge est de 80 ans contre 85 ans pour les femmes (84 ans et 2 mois en moyenne). L'entrée en institution se fait de plus en plus tard dans la vie. En 2007, les résidents étaient à leur entrée âgés en moyenne de 83 ans et 5 mois, avec, cette fois encore, un écart important entre hommes et femmes : 81 ans pour les hommes contre 84 ans et demi pour les femmes (Prévot, 2009, n° 699). L'âge d'entrée augmente régulièrement, mais de manière relativement lente. L'état de santé est à l'origine de l'entrée en institution de 73% des résidents ; 16% d'entre eux invoquent leur solitude.



*Lors de la distribution des médicaments, la majorité des résidents souhaitent prolonger le temps d'échange avec le personnel soignant.*

Selon le classement GIR (groupes iso-ressources), permettant d'évaluer les différents degrés de perte d'autonomie, 51% des résidents appartiennent aux catégories 1 et 2, c'est-à-dire qu'ils sont très dépendants, et ils sont 60% à nécessiter au moins une aide dans les actes de la vie courante, contre 47% en 2003 (Prévot, 2009, n° 689).

## Durée du séjour

Chaque année, les EHPAD assurent l'accueil de 230 000 nouvelles personnes (Weber, 2011). Vingt-trois pour cent de ces personnes sortent de l'hôpital (le plus souvent, consécutivement à une chute), mais, dans la majorité des cas (64%), elles quittent leur domicile. Sur ces 230 000 nouveaux résidents, un tiers n'effectueront qu'un court séjour dans l'établissement, de deux mois en moyenne, soit 84 000 personnes, 5% changeront d'établissement (16 800 personnes) et, surtout, 22% rentreront chez eux (37 800 personnes). Environ 8% de cette population, soit 29 400 personnes, décéderont. Si indéniablement, les établissements d'accueil pour

personnes âgées sont confrontés régulièrement à la mort, cette donnée montre que ce sont des situations minoritaires. Si chaque institution met en place un projet de vie individuel pour chaque sujet accueilli, les établissements doivent mener des réflexions sur l'accompagnement de la fin de vie auprès des résidents, de leur famille ou des personnels. Intégrer un établissement n'a ainsi rien de définitif pour une part non négligeable des nouveaux arrivants. Les deux tiers restants vont devoir s'adapter à un nouvel espace de vie. Nous pouvons parler d'espace de vie, puisque presque la moitié des résidents vivent dans le même établissement depuis plus de trois ans et un tiers depuis plus de cinq ans.

## Les intervenants

Pour aider à l'intégration et accompagner au mieux ces personnes âgées, des professionnels s'investissent, au quotidien, au côté des familles. En 2009, ils sont plus de 397 000 personnels à intervenir en établissements pour personnes âgées (EHPA), soit 52 000 de plus qu'en 2003

(Prévoit, 2009, n° 689). Outre la direction, les personnels d'encadrement et d'animation, on compte 28 % d'agents de service, 41 % de professionnels soignants et paramédicaux (29 % d'aides-soignantes, 9 % d'infirmières). Les masseurs kinésithérapeutes, orthophonistes, ergothérapeutes, pédicures podologues, psychomotriciens, diététiciens et, enfin, psychologues, représentent, quant à eux, moins de 3 % du personnel paramédical ou soignant. Les personnels médicaux sont des médecins et ne représentent que 1 % des personnels. Ainsi, les personnels exerçant dans ces établissements ont des profils variés et, si les soignants sont majoritaires, ils n'en représentent pourtant pas la moitié. Enfin, on peut souligner que les personnels paramédicaux, et plus particulièrement les psychologues, sont encore très minoritaires en EHPAD.

### L'entourage des résidents

La troisième « catégorie » de personnes, très concernée par les EHPA et très présente, est constituée par les familles des résidents. Contrairement aux idées reçues, les proches sont très présents. Quatre-vingt-dix pour cent des résidents déclarent recevoir des visites régulières de leurs proches - 62 % au moins une fois par semaine (Goult, Chazal, 2011) -, alors que 40 % d'entre eux n'ont pas ou plus d'enfant (Aliaga et Neiss, 1999). Au final, ce sont plus de 1,5 million de personnes qui s'entrecroisent quasi quotidiennement dans l'enceinte de ces établissements d'accueil. Ce sont autant de vies qui tissent entre elles des liens particuliers. Il y a ceux qui y vivent, ceux qui y travaillent et ceux qui rendent visite, plus ou moins régulièrement. C'est la construction dans le temps de ces constellations sociales qui va nous intéresser maintenant.

### Devenir résident

L'arrivée en maison de retraite engendre de nombreux bouleversements dans la vie des personnes âgées. Elles quittent leur habitat dans lequel elles ont souvent vécu plusieurs années et ont leurs souvenirs, leurs habitudes, leur organisation bien personnelle, leurs réseaux familial, amical et de voisinage... Jusqu'alors, elles vivaient dans un décor qu'elles avaient choisi, au milieu de leurs meubles, dans un espace dont elles connaissaient les moindres recoins. Tous ces éléments ont contribué à la construction de leur identité.

Une part importante de cette construction identitaire disparaît en franchissant le seuil de la maison de retraite. À leur entrée en institution, elles changent de statut, deviennent un « résident » et se voient attribuer un numéro de chambre. Elles sont davantage considérées pour leurs pathologies, sur lesquelles les personnels ont pour mission de veiller (elle est diabétique, elle est Alzheimer, elle est Parkinson, elle est dépressive...). Malgré tout, la plupart des nouveaux arrivants vont tout mettre en œuvre pour ne pas être qu'un résident parmi d'autres résidents. Le cap de l'accueil franchi, c'est le temps de l'adaptation à ces nouveaux lieux de vie et mode de vie. En effet, si les établissements font tout pour que les résidents se sentent libres et comme chez eux, la vie en collectivité impose de nombreuses règles de vie : heures des repas, de la toilette, de la prise des médicaments ou du coucher pour ceux qui nécessitent une aide, place dans la salle à manger, etc. Ce sont autant de contraintes auxquelles le résident doit se soumettre. Au sein de cet univers très réglementé, les résidents vont bâtir des relations singulières, avec les personnels et les autres résidents. Selon leurs moyens, besoins et envies, les résidents se réapproprient cet espace de vie.

*« Tous les matins, je vais dire bonjour aux employés du bureau, les infirmières, les filles de salle parce que je les connais très bien. »* (Une résidente.)

*« Les femmes de ménage surtout sont gentilles. Et puis, elles parlent patois. Je leur raconte des histoires drôles. Elles s'amusent, elles rient ! »* (Un résident.)

Ces relations se construisent dans le temps et en fonction des personnalités en présence. L'accueil d'un nouveau résident semble aussi complexe pour le résident que pour le personnel accompagnant. L'absence initiale de repère - aucun des acteurs en présence ne sait ce qu'il peut attendre de l'autre - peut parfois conduire à l'émergence de situations au départ conflictuelles.

*« Certaines sont gentilles, d'autres ont toujours des choses à redire, ce qui me vexé, et, quand je le leur dis, elles me répondent qu'elles ne font que leur travail. Aujourd'hui, ça va, mais au début, c'était difficile. »* (Une résidente.)

*« Dans l'ensemble, le personnel est gentil et agréable. Certaines peuvent être brusques, elles s'exclament : "Ah ! Monsieur, qu'est-ce que vous croyez, je n'ai pas le temps !" Je connais ce langage par cœur. »* (Un résident.)

*« Toutes les choses ne sont pas bonnes à dire, je me mets à leur portée. Je ne veux pas avoir de*

*reproche. Il y en a une qui a été dure au début, on a même eu une altercation. »* (Un résident.) Après un temps d'observation, plus ou moins long selon les individus et leurs capacités d'adaptation, les résidents se recréent un ensemble d'habitudes. Les personnels, comme les personnes accueillies, apprennent à se connaître. Le résident peut alors élaborer des stratégies relationnelles qui vont contribuer à sa reconstruction identitaire.

En établissement, les journées se suivent et se ressemblent. Pour les résidents, le lever, la toilette, l'habillage, le repas, le ménage, etc., constituent de véritables rituels qui se répètent chaque jour à l'identique. Ils connaissent les heures de passage des personnels (tout décalage dans le temps, comme tout changement de personnel sont d'ailleurs mal perçus). Bien connaître les personnels et savoir ce que l'on peut attendre de chacun d'eux permet au résident de moins subir ces formes d'intrusion, de les personnaliser. La distribution des médicaments constitue un moment particulièrement propice à la construction des relations et est, de plus, facilement observable.

### Enjeux du médicament

La distribution des médicaments est au cœur de négociations importantes et est, en cela, fort intéressante. Le résident joue de son statut de malade, c'est d'ailleurs dans ce champs-là qu'il a le plus d'espace de négociation puisqu'il vit dans une structure de soins. Lorsque le patient était encore à son domicile, la prise d'un médicament résultait d'un parcours de soins personnel et organisé : la visite du médecin, la délivrance de l'ordonnance à la pharmacie et la consommation. Pour chacun de ces actes, la personne pouvait se débrouiller seule, faire intervenir un proche ou un accompagnant professionnel à domicile, faire préparer un pilulier par l'infirmière... Les médicaments étaient à l'origine de relations sociales élaborées - la personne savait sur qui elle pouvait compter selon le service sollicité. L'arrivée en établissement met fin à cette organisation puisque, dans la plupart des cas, la distribution des médicaments est assurée par le personnel soignant, les résidents n'ayant plus un accès direct à leurs boîtes de médicaments ou à leur traitement. *« Cela m'a quelque peu choquée quand je suis arrivée ici et que l'on m'a pris mes cachets. Vous savez quand on n'a pas l'habitude. »* (Une résidente.)

« Ma mère connaît bien ses médicaments. C'est moi qui appelais le docteur, mon mari qui allait chercher les médicaments et, après, c'était elle qui les débarrassait, les rangeait. Elle aimait bien regarder les notices et les médicaments, et se demandait ce qu'elle ferait sans eux. Elle les prenait avec plaisir, consciente d'en avoir besoin. » (Une fille de résidente.)

« Si j'étais à la maison, j'aurais toutes mes boîtes, mais ici on ne me donne rien ! Je ne trouve pas cela bien. Pour moi qui avais l'habitude de m'occuper de mes médicaments, c'est difficile de ne plus les avoir près de moi ! Ils me manquent, c'est tout ! » (Une résidente.)

Chaque résident joue de son statut de malade pour solliciter plus ou moins d'attention et exister en tant que personne et non pas seulement en tant que résident. Pour exister en tant qu'individu, acteur de sa vie, et non pas seulement comme un patient soumis. Chaque résident a sa technique pour conserver un certain contrôle sur sa consommation médicamenteuse, alors qu'il n'a plus accès aux boîtes de médicaments. Ce sont désormais les formes et les textures qui vont notamment faire l'objet d'une attention particulière de la part du résident. Ils peuvent aussi user d'autres stratagèmes. La négociation autour des médicaments a pour objectif de faire de ces espaces de rencontre un moment privilégié, dans lequel l'attention du personnel s'exprime.

« Le midi, j'en prends trois. Je sais à quoi ils servent, car je demande toujours les notices. Cela m'aide à combattre ce que je ressens. C'est un travail d'entretien. » (Une résidente.)

« Le docteur vient, m'apporte ma pilule, et c'est tout. Je n'ai plus de boîte, je ne sais pas ce qu'il me donne et je n'aime pas cela du tout. Un jour, alors qu'il voulait m'administrer le médicament du soir, je lui ai dit : "C'est fini, ce médicament est inutile, je dors bien, pas besoin de me faire dormir plus ! Après, je ne me réveille pas à l'heure." » (Une résidente négociant son médicament à défaut de pouvoir négocier tout son traitement.)

« Parfois, quand les soignants ne veulent pas me donner mes remèdes, je me fâche ! » (Un résident.)

Les personnels soignants doivent être particulièrement vigilants sur la distribution des médicaments, ce dont le résident a pleinement conscience. Ils sont soignants, il est malade.

« On a un rituel différent pour chaque patient dans la manière de lui présenter les médicaments. Les médicaments représentent un lien très important avec le passé, chez les valides comme les autres résidents. Certains perdent la tête mais leurs médicaments, c'est sacré !

Ils voient toujours quand il en manque un ou quand il y en a de nouveaux. Certains résidents ne supportent pas quand on leur dit qu'ils vont mieux. Plus ils ont de médicaments, plus ils ont le sentiment d'exister. Si le docteur en enlève, c'est une vraie catastrophe au départ. La distribution des médicaments, c'est un moment privilégié, plus qu'une surveillance médicale, c'est une surveillance affective. » (Une aide soignante.)

« Chaque personne a son rituel pour prendre son médicament, surtout chez ceux qui ont encore la parole. Il y en a qui font systématiquement des remarques, chaque jour. La même personne peut exprimer son dégoût vis-à-vis d'un comprimé un jour, et en réclamait un de plus le lendemain. Certains, à la vue du comprimé bleu, savent que c'est pour eux. Ils tendent la main. Il ne faut jamais les brusquer. Il faut toujours être très doux, car si l'on semble un peu énervé, ils le sentent et refusent la prise. D'autres les prennent facilement, mais, une fois le dos tourné, nous dupent et les recrachent. Avec ces patients, il faut prendre plus de temps et rester dans la chambre pour s'assurer que la prise a eu lieu. Elles ont un besoin de présence plus important, quand d'autres ont déjà le verre sur la table. » (Un infirmier.)

Lors des distributions de médicaments, la majorité des résidents souhaitent prolonger le temps de l'échange avec le personnel. Seule la prise de médicaments peut « contraindre » le personnel à prendre du temps et en considération la demande du résident. Souvent, aux autres moments de la journée, le personnel répond aux résidents qu'il n'a pas le temps et leur

fait constater la masse de travail qu'il a à gérer. Contrairement à certains actes, laver un dos ou accompagner à la douche par exemple, la prise d'un médicament ne peut être retardée. Si un résident refuse à un moment ou à un autre de la journée de prendre son traitement, le personnel est obligé de prendre son temps et de négocier. Le résident possède ce pouvoir et en use dès qu'il éprouve un besoin d'attention plus grand. Il exige que l'on prenne soin de lui avec plus d'affection. L'affection, c'est souvent ce dont manquent les résidents. « Quand la soignante me dit de me reposer avant le repas qui sera dans une heure, eh bien rien que d'entendre cela me fait du bien. C'est pas d'attention dont on manque, mais d'affection. » (Une résidente.)

## En conclusion

Finalement, à force de procédures de qualité ou d'organisation, de protocoles de soins ou d'évaluation, on finit par oublier l'essentiel : derrière le résident, cette personne ridée, parfois malade voire démente, il y a un individu avec ses émotions, ses envies, ses peurs, qui réclame attention, soins et affection. En accordant une place plus grande à la personne, à son histoire de vie, à sa longue vie et à sa fin de vie, les établissements d'accueil pour personnes âgées répondraient plus justement à l'objectif recherché de « qualité de vie ». Ce qui doit, entre autres, passer par une écoute attentive et un accompagnement personnalisé de chacun des résidents. ■

## Diagnostic et prise en charge des difficultés des apprentissages

### Formation destinée aux psychologues et étudiants en master 2 Octobre 2011 - Juin 2012

Une approche intégrative et unique en France, une équipe pluridisciplinaire (clinicien, développementaliste, neuropsychologue, TCC...) coordonnée par **Jeanne Siaud-Facchin**

- **Le bilan psychologique complet** : échelle d'intelligence (WISC-IV, K-ABC-II...), tests cognitifs, neuropsychologiques et épreuves de personnalité. Une démarche globale pour un diagnostic différentiel efficace.
- **Les difficultés d'apprentissage** : du trouble spécifique aux mécanismes neuropsychologiques et psychoaffectifs.
- **Quelle prise en charge pour quelle difficulté ?** : rééducation neuropsychologique, TCC, remédiation cognitive, médiation corporelle, thérapie de groupe...
- **Formation à la PMC** : Psychothérapie à médiation cognitive. Une thérapie innovante fondée sur un modèle pluridynamique.

Formation professionnelle  
4 séminaires de 3 jours théorico-cliniques  
4 journées de supervision et de régulation des pratiques



**Programme complet et inscriptions : [www.cogitoz.com](http://www.cogitoz.com)**  
Cogito'Z - Centre français de diagnostic et de prise en charge des troubles des apprentissages scolaires  
Marseille - Avignon - Paris - 04 91 06 69 29 - [cogitoz@cogitoz.com](mailto:cogitoz@cogitoz.com)