

**Difficultés et réussites
de la vie en établissements
pour personnes âgées**

Collection « Pratiques gérontologiques »
dirigée par Richard Vercauteren

Cette collection propose des ouvrages de réflexion et de méthodologie offrant des outils directement opérationnels aux professionnels intervenant auprès des personnes âgées.

VOIR LES TITRES DÉJÀ PARUS EN FIN D'OUVRAGE

Sous la direction de
Daniel Alaphilippe
Roger Fontaine
Michel Personne

**Difficultés et réussites
de la vie en établissements
pour personnes âgées**

Préventions et conduites à tenir

Pratiques gérontologiques



Extrait de la publication

Conception de la couverture :
Anne Hébert

Version PDF © Éditions érès 2012
CF - ISBN PDF : 978-2-7492-1952-3
Première édition © Éditions érès 2007

33, avenue Marcel-Dassault, 31500 Toulouse, France

www.editions-eres.com

Aux termes du Code de la propriété intellectuelle, toute reproduction ou représentation, intégrale ou partielle de la présente publication, faite par quelque procédé que ce soit (reprographie, microfilmage, scannérisation, numérisation...) sans le consentement de l'auteur ou de ses ayants droit ou ayants cause est illicite et constitue une contrefaçon sanctionnée par les articles L 335-2 et suivants du Code de la propriété intellectuelle. L'autorisation d'effectuer des reproductions par reprographie doit être obtenue auprès du Centre français d'exploitation du droit de copie (CFC), 20, rue des Grands-Augustins, 75006 Paris, tél. 01 44 07 47 70, fax 01 46 34 67 19.

Table des matières

INTRODUCTION	7
LE VIEILLISSEMENT DES PLUS ÂGÉS Michel Personne	
LA SIMPLIFICATION DE RELATIONS COMPLEXES AVEC LES PERSONNES TRÈS ÂGÉES	13
De la prise en charge à la prise en compte des comportements difficiles	14
<i>La satisfaction remplace l'inquiétude</i>	14
<i>Ajustements et psychose maniaco-dépressive</i>	17
<i>Asociabilité et remédiation</i>	21
Corps et mouvement	25
<i>Le corps facteur initial de la relation</i>	25
<i>L'ajustement à des niveaux de conscience différents</i>	27
<i>L'identité en mouvement</i>	29
<i>Du désespoir à l'espérance</i>	30
Renforcement identitaire en situations difficiles	33
<i>De la violence à l'agir</i>	35
<i>Contraintes vécues et relation d'aide</i>	37
<i>Espérance et confiance en soi</i>	38
<i>Le grabataire est un citoyen</i>	40
<i>Hallucinations et contacts</i>	43
Interactions en mouvement	44
<i>Dynamique des interactions</i>	45
<i>Mouvements et langage</i>	47
<i>De l'épuisement à la satisfaction</i>	48
L'ÉTABLISSEMENT, UN LIEU D'INTERACTIONS	51
<i>L'accompagnement ne concerne pas que les deuils et les pertes</i>	51
<i>Les pathologies des personnes âgées vivant en établissements</i>	54
<i>Le placement institutionnel des personnes âgées</i>	55
<i>L'opinion des Français</i>	58

LE VIEILLISSEMENT DES JEUNES

Roger Fontaine

VIEILLESSE RÉUSSIE ET PROCESSUS D'INDIVIDUATION	65
<i>La vieillesse réussie</i>	65
<i>Le vieillissement est un processus d'individuation : la jeunesse prépare la vieillesse</i>	66
RESSENTIS ET REPRÉSENTATIONS DU VIEILLISSEMENT	73
<i>Le « bouc émissaire » et autres caractéristiques négatives</i>	73
<i>Comparons la France aux autres pays</i>	75

VIEILLISSEMENT ET AUTONOMIE

Daniel Alaphilippe

LA DYNAMIQUE DE L'AUTONOMIE	81
Qu'est-ce que l'autonomie ?	82
<i>Le développement de l'autonomie</i>	86
<i>Autonomie et conscience de soi</i>	88
<i>Le développement tout au long de la vie</i>	90
Un modèle de l'autonomie de la personne	94
<i>L'environnement physico-chimique</i>	96
<i>L'organisme biologique</i>	97
<i>La société</i>	99
<i>Les représentations sociales</i>	100
<i>Le système des interactions entre les instances</i>	102
<i>La psychologie du JE / SOI</i>	106
<i>L'autonomie du sujet</i>	108
<i>La représentation de l'autonomie</i>	110
LES ACTEURS DE L'AUTONOMIE	117
<i>Institution et préservation de l'autonomie somatique</i>	117
<i>Institution et environnement physique</i>	118
<i>Institution et intégration sociale</i>	119
<i>Institution et représentations</i>	120
<i>Institution et représentation de soi</i>	124
<i>Institution et représentations du champ social</i>	127
<i>L'image de soi</i>	129
Conclusion partielle	130
CONCLUSION	133
BIBLIOGRAPHIE	137

Introduction

Les personnes âgées souffrent dans les établissements, mais les soignants aussi. Les motifs et les raisons qui les font souffrir sont à examiner et à éliminer. Alors on peut dire qu'il y a réussite. La première partie de ce livre s'intéresse à cette complexité des expériences vécues en démêlant, dans les origines des polyopathologies, celles qui sont propres au sujet âgé, et celles qui sont produites par l'entourage. Les actions qui en découlent permettent d'améliorer les conditions d'existence des plus âgés et des plus jeunes, puisqu'ils doivent vivre ensemble.

Dix-sept situations cliniques sont présentées. Elles ont été choisies parce qu'elles étaient à l'origine de souffrances. Ces situations vécues sont ensuite commentées de telle manière que l'on peut extraire de leurs présentations des solutions applicables en d'autres lieux. La généralisation est souhaitable car les solutions trouvées améliorent l'ambiance de l'établissement et redonnent le moral aux professionnels. Le *burn out*, l'impression « qu'il n'y a plus rien à faire », n'accroît plus les craintes et les angoisses de l'entourage.

Pour les perturbations les plus graves, ces solutions sont abordées sur le registre sensori-moteur. Elles améliorent et densifient la personnalité car l'attention au corps facilite la conscience que la vie est une dynamique à reconstruire à la mesure des traumatismes vécus. Lorsque *le sujet ne peut atteindre d'autres réalités que sa souffrance*, l'enfermement dans ses propres difficultés le conduit à rechercher la dépendance car, dans ces conditions, il a le sentiment qu'au moins quelqu'un

s'occupe de lui. Aux yeux de l'entourage, la maladie prend alors le pas sur l'homme. Créer des relations réussies entre le sujet et le monde tient compte de cette recherche de dépendance et s'appuie sur des pratiques permettant aux personnes *de sélectionner, d'optimiser et de compenser* leurs sentiments d'inefficacité.

Il est souhaitable de trouver des solutions simples. En effet, le désir de guérir, de faire disparaître les symptômes, affaiblit le lien entre les plus jeunes et les plus âgés. C'est au contraire l'impression que le travail produit ne sert à rien qui épuise les professionnels. Organiser les actions et les relations de telle manière que le développement des plus jeunes accompagne celui des aînés donne naissance à cette vie, parfois absente des établissements, et qui permet de passer d'un temps de déception à un temps de lutte contre la mort sociale. En effet, le traitement des désarrois extrêmes est satisfaisant lorsqu'il est à l'origine d'un renforcement des liens. Les résolutions cliniques montrent que l'on ne se contente pas d'accompagner *les deuils et les pertes* mais que de nouvelles attitudes et conduites de l'entourage découlent de la participation du sujet désorienté. Ainsi, il est nécessaire, pour consolider l'unité, fuyante dans la démence, entre le corps et la pensée que le mouvement du corps construise la pensée en se faisant. La place du corps actif est donc essentielle pour aider la personne à ne plus vivre un univers qui se rétrécit.

Dans une vision dynamique, l'être humain est perçu comme se constituant dans les relations. Cette vision facilite la vie avec les « déments » ; elle est en effet composée en permanence de messages contradictoires. Alors la tentation de décider pour l'autre s'estompe d'autant plus naturellement que l'on perçoit que les possibilités d'ajustement sont des éléments importants de notre personnalité. Les limites posées par la maladie ne sont plus considérées *comme un obstacle* mais sont à l'origine du renforcement de ce lien.

Le rôle de l'établissement est facilité si on peut le délivrer du véritable fléau que représente la banalisation des déficits, et préserver en revanche la capacité à penser des personnes âgées et de leur entourage. Cette activité est salutaire pour tous.

Dans le domaine médico-social, les établissements s'occupant des personnes âgées ont ceci de particulier que ce sont toujours des jeunes qui s'occupent de personnes de plus en plus âgées. La deuxième partie de cet ouvrage s'intéresse donc au vieillissement des jeunes et donne un certain nombre de pistes afin que le passage à travers les âges de la vie se déroule au mieux.

La vieillesse réussie et le processus d'individuation qui la compose sont à tel point intéressants que Roger Fontaine, dans sa partie, développe une dynamique où « la jeunesse prépare la vieillesse ». Il présente également les mythes concernant les vieux, mais aussi comment ils deviennent les « boucs émissaires » de leur entourage. Plus précisément l'auteur demande : « Suis-je une personne âgée ? » La réponse à cette question paraît simple car nous rangeons les individus dans des catégories d'âge qui défilent selon un scénario allant de la naissance jusqu'à la mort. Nous sommes d'abord un bébé, puis un enfant, un adolescent, un jeune adulte, un adulte d'âge mûr, une personne âgée et enfin une personne très âgée. Il serait vain de nier que tout, autour de nous, nous renvoie en permanence à cette appartenance catégorielle. Les institutions encadrent notre vie depuis la maternelle jusqu'à la maison de retraite et elles se chargent de nous rappeler que nous appartenons à un groupe qui se définit par son âge. Mais ce découpage par tranche masque profondément le sens de notre propre développement. Si la société nous découpe, nous clive, en une succession d'étapes ou de stades, notre identité personnelle établit un sentiment de continuité intime et robuste qui constitue notre trajectoire de vie. Ainsi, dans le domaine psychologique aussi bien que biologique, il est dérisoire de dire d'une personne qu'elle est vieille ou qu'elle est adulte parce qu'elle a dépassé tel âge. Chacun construit sa propre trajectoire de vie, son soi, qui fera que son vieillissement sera satisfaisant ou douloureux. On peut ainsi parler du *vieillessement du jeune* car la vieillesse n'est pas un état mais un processus continu.

Cette continuité, c'est une histoire individuelle prolongée sur la « vie entière », qui s'accompagne de changements psychologiques et biologiques – et ceux qui sont associés à la vieillesse sont en règle générale ressentis comme négatifs. Les images mortifères qui transforment les pensées des plus âgés nourrissent également, chez les plus jeunes, une angoisse sur l'avenir démographique. On surestime le nombre des personnes âgées, on évoque le coût de leur prise en charge, on brandit le spectre d'une société de vieux sans dynamisme et sans avenir. Beaucoup de gens ignorent pourtant que seule une minorité des individus de plus de 70 ans souffre de pertes d'autonomie qui ont provoqué leur placement en institution. La plupart vivent chez eux et en général en bonne santé. Pour une part grandissante de gens, on peut parler d'une vieillesse réussie faite d'opportunités positives pour conserver jusqu'à un âge très avancé

un bien-être subjectif élevé et de grandes satisfactions à vivre. Plus encore, l'effet de l'institutionnalisation sur une personne âgée est relatif à la qualité de sa trajectoire de vie. Le résidant en maison de retraite a une histoire personnelle qui conditionne ses capacités à faire face aux événements dramatiques de la vie.

Il reste donc à respecter ces trajectoires et même à en créer de nouvelles afin que la vie en établissement soit une réussite plutôt qu'un échec. Daniel Alaphilippe, dans la troisième partie, « vieillissement et autonomie », souligne combien la relation entre l'institution et l'autonomie est paradoxale. L'entrée en institution est le plus souvent la conséquence d'une perte d'autonomie. On attend des organismes de prise en charge qu'ils contribuent à pallier ces pertes ou même à restaurer une part de la capacité de la personne âgée à assumer son propre fonctionnement. Or, dans le même temps, toute institution implique l'introduction de règles et de contraintes qui limitent la liberté de la personne. Les professionnels du champ gériatrique se trouvent confrontés à ce dilemme : comment préserver ou redonner de l'autonomie dans un contexte social qui contribue aussi à la limiter ? Ainsi, les solutions d'accompagnement présentées dans la première partie ne sont pas toujours naturelles aux institutions ; les situations cliniques découlent de formations-actions.

Le modèle général du fonctionnement des établissements tient compte du fait que l'autonomie du sujet résulte de l'interaction des différentes instances de l'organisme avec son milieu. Quatre éléments jouent un rôle déterminant : l'organisme dans sa dimension biologique, l'environnement physico-chimique, l'entourage social et les systèmes d'idées et de représentations qui constituent l'univers cognitif de chaque individu. La dynamique de cet ensemble forme le *système personne* dont le Soi émerge comme la résultante irréductible à aucun de ces éléments.

Afin de travailler sur l'autonomie, et d'optimiser la liberté d'action du sujet âgé, le professionnel et l'institution doivent s'interroger et agir sur chacune de ces quatre instances. Tour à tour ou conjointement, on pourra s'efforcer d'améliorer l'état somatique, l'environnement physique, de former et informer l'entourage social ou encore de modifier les représentations de la personne elle-même sur ses compétences et son propre vieillissement.

L'autonomie doit être considérée non pas comme un état stable mais comme un enjeu. À chaque instant, les professionnels comme les institutions doivent agir pour optimiser cette autonomie quel que soit l'état du sujet.

LE VIEILLISSEMENT DES PLUS ÂGÉS

Michel Personne

La simplification de relations complexes avec les personnes très âgées

Les personnes très âgées se retrouvent souvent résidentes malgré elles. Il en résulte une moindre disponibilité, réduite de surcroît par les pathologies éventuelles qui ont motivé leur entrée dans l'établissement. Cependant, des rapports harmonieux peuvent être établis lorsque l'institution fonde son organisation sur leurs difficultés vécues à la base de toutes relations.

Néanmoins, d'autres dispositions rendent les relations et les actions complexes. Généralement, c'est en voulant transformer la personne selon les désirs de l'établissement que *la résolution des crises devient impossible*. De nouvelles détresses, encore plus complexes sont introduites, parce que l'entourage demande l'impossible.

Pour autant, la simplicité n'apparaît pas d'« un coup de baguette magique » ; il faut pour cela que des interactions, des formes de liens se construisent entre les humains. Pour que la complexité décroisse, que l'établissement admette en son sein les pathologies les plus ardues, il est *d'abord* urgent de rendre l'accueil plus simple. Il est nécessaire de prendre en compte l'autre, non seulement son point de vue émotionnel, mais aussi ses conduites et ses difficultés à s'intégrer dans ce nouveau milieu que représente l'établissement.

De la prise en charge à la prise en compte des comportements difficiles

Les personnes désorientées usent la patience et parfois la santé de l'entourage, surtout si l'on attend d'elles des comportements prévisibles ou qui entrent dans les normes sociales admises.

Une manière intéressante pour passer d'une prise en charge contraignante à une prise en compte riche d'enseignements consiste à *trouver des améliorations dans la trame de la relation*. Les comportements perturbateurs ne sont plus entièrement dus à des pathologies propres, ils dépendent aussi du cadre relationnel proposé et ils évoluent en fonction des relations établies. Par exemple, dans des situations qui étaient jugées invivables par les établissements, l'influence des relations sur l'évolutivité des conduites de sujets perturbant leur entourage a abouti à des conclusions heureuses. On peut donc penser que les améliorations sont relatives aux conditions sociales offertes même lorsque les pathologies sont très importantes.

La satisfaction remplace l'inquiétude

L'exemple de Claire C montre combien sont diverses les origines des difficultés à vivre la coexistence entre les générations. Considérée comme une malade d'Alzheimer, elle est maintenue dans une passivité permanente ; en particulier, elle est nourrie. Cette dépendance extrême est-elle due à sa maladie ?

C'est ce qu'on pourrait supposer en apparence. En effet, elle semble dépendante des « bons soins » de son entourage. Elle évolue alternativement d'un sourire naïf à une opposition farouche lorsqu'on veut lui imposer quelque chose qui ne lui convient pas. Une meilleure autonomie pourrait-elle améliorer ses comportements ?

Un premier essai pas vraiment concluant montre :

- une fluctuation de l'attention : ses yeux ne se fixent sur aucun objet, aucun visage lorsqu'on la sollicite ;
- des résistances du bras dominant. Cette opposition est visible même en essayant des praxies simples comme amener de la nourriture à la bouche ; le bras s'oppose à ce rapprochement ;
- qu'à cette opposition gestuelle s'ajoute une fermeture de la bouche, même lorsque les aliments sont en contact avec les

lèvres ; parfois, elle entrouvre la bouche mais les dents restent serrées en ne permettant pas l'ingestion d'aliments.

Il est donc tentant de vouloir l'assister entièrement. Toutefois, cette résistance du bras évoque les modalités de prise en compte de « l'astasié-abasié ». Rappelons que le fait le plus frappant est la tendance à la rétropulsion dans laquelle le sujet s'oppose à la direction du mouvement proposé. Un contact manuel antérieur améliore le déséquilibre du mouvement, la tendance à partir en arrière.

Avec Claire, on peut constater un phénomène comparable. L'aide naturelle, portant la cuillère vers la bouche, est à l'origine d'une opposition massive, en particulier au niveau du coude.

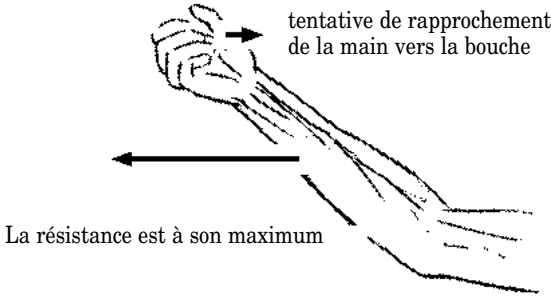


Schéma 1

Le schéma 2 montre que le mouvement contraire, éloignant la cuillère de la bouche, favorise le contact entre la cuillère et la bouche.

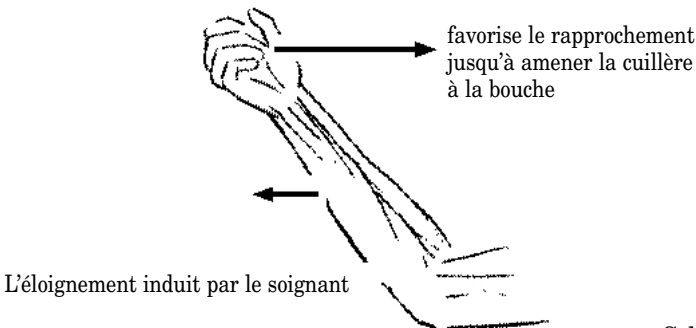


Schéma 2

Néanmoins, après quelques essais, ce mouvement contraire ne donne plus aucun résultat. Cette résistance souligne que Claire *ne peut être simplement conditionnée* et que, en dépit de son apparence, l'attention à Claire vise à la reconnaître *capable de décisions*.

L'innovation dans l'accompagnement concerne donc directement les conduites de l'entourage, notamment la compréhension que ce qui l'enferme dans l'incommunicabilité provient, au moins en partie, des conduites sociales. La prise en compte de Claire, organisée *dans le registre sensori-moteur*, rend les dialogues possibles. Un endroit calme est nécessaire afin d'éliminer les origines potentielles d'inattention, en particulier, le bruit de la salle à manger. Un mouvement simple, alternatif, des deux bras en piston, a permis d'établir un premier contact satisfaisant : le sourire de Claire s'est épanoui dans la répétition de ce mouvement de piston en même temps qu'une attention soutenue a été visible par la centration de ses yeux, manifestation clairement différenciée des mouvements désordonnés constatés auparavant.

Ce mouvement de piston s'est ensuite enrichi sur le registre verbal, en lui proposant d'ouvrir ses mains, proposition suivie d'effet. Elle est un prélude à une autre ouverture, celle de la bouche. Cette manière indirecte d'aborder le blocage des mâchoires est efficace. Elle a limité les effets émotionnels excessifs en portant d'abord attention à d'autres parties du corps moins investies. Nous suivions en cela la description de P. Schilder¹ – « Il est clair que chaque émotion s'exprime dans le modèle postural du corps et que chaque attitude expressive y est associée à des changements caractéristiques » –, mais aussi l'hypothèse de A. Berthoz² postulant l'existence de deux corps, l'un « constitué de chair sensible » et l'autre virtuel. Dans les situations normales ces deux corps « sont en interaction permanente pendant la veille ». Claire, *dans l'état de perturbation attentionnelle où elle se trouve, ne peut lier ce corps sensible et le corps virtuel*. Le blocage des mâchoires, comme celui d'autres parties du corps, devient ainsi l'indice d'un système de défense à l'égard d'une réalité trop difficile à vivre. Créer une réalité satisfaisante ne signifie pourtant pas rendre

1. P. Schilder, *L'image du corps*, Paris, Gallimard, 1968.

2. A. Berthoz, *La décision*, Paris, Odile Jacob, 2003, p. 91-98.

la personne inactive car on sous-estime, à ce moment-là, cette envie de vivre du sujet âgé, qui n'apparaît pas lorsqu'il est traité comme un corps passif. On ne voit que sa résistance parce qu'il ne trouve plus de satisfaction, de motifs à vivre.

Un verre a été ensuite utilisé afin de montrer à Claire que la réalité n'était pas aussi pénible qu'elle le vivait. L'objet fut donné puis repris, dans un processus d'échanges. Devant l'effort demandé, des conduites régressives sont apparues, mais les pincements de la robe, son retroussement ont pu être modérés par un contact rassurant, accompagné de consignes verbales. Dans ces circonstances, Claire comprend l'essentiel des paroles et des intentions de l'entourage.

Il est facile de poursuivre ces évolutions, d'autant plus qu'elles se sont déroulées pendant un temps assez court de dix minutes. Les conduites régressives n'y étaient qu'occasionnelles et surtout réversibles. En revanche, à notre grande surprise, la capacité de compréhension de la parole paraissait permanente, en particulier celle des verbes d'action : prendre, donner, lâcher. Le contexte ludique a semblé déterminant en offrant des médiations peu anxiogènes : *la satisfaction remplace l'inquiétude*. Il serait illusoire de penser que l'effort volontaire et contraignant donne les mêmes satisfactions. Les essais précédents ont montré qu'elle est rétive au « faire » surtout lorsqu'il n'est pas porté par une satisfaction accessible. Par contre, le niveau de compréhension de Claire est améliorable par une approche corporelle *liant le sensible et le virtuel*. Ainsi, ce n'est pas en la forçant que la situation évolue favorablement. Il est nécessaire, avant tout, de synchroniser le monde de Claire et celui de l'entourage. Pour les raisons évoquées, cette *synchronisation* est nécessairement *sensorimotrice*. Elle favorise l'éveil des consciences à la réalité de l'autre.

Ajustements et psychose maniaco-dépressive

Des relations plus dynamiques, accessibles aux personnes fragiles, s'épanouissent d'autant plus facilement qu'elles sont inventées librement dans la réciprocité de la rencontre.

Rolande présente un comportement de type maniaco-dépressif. C'est en tout cas ce qui est ressenti et exprimé par l'entourage professionnel. Dans les phases les plus aiguës d'exaltation, elle est incapable de prêter attention aux remarques des soignants. D'autres fois, elle présente des ten-

dances dépressives. Ces oscillations sont visibles sur le schéma suivant où l'on peut repérer les troubles bipolaires. Dans les cycles les plus aigus, les troubles de la vigilance alternent avec des moments de prostration.

Pour les professionnels, la situation est incontrôlable. Ils sont bousculés entre les deux phases extrêmes de ce trop-plein d'énergie et de ce vide existentiel qui le suit.

Une première mesure est de considérer cette dynamique comme l'expression même de la personnalité de Rolande. C'est « sa » normalité. Acceptée comme une donnée incontournable, elle permet d'accéder à un autre point de vue, celui du sujet, où *les capacités sont variables en fonction de l'état énergétique*. Pour que la coexistence soit possible avec le monde social, la dynamique de la situation doit tenir compte de cette variation. Sinon, le schéma 3 caractérise une forme d'incommunicabilité constituée par la présence de désynchronisation entre le malade et son entourage.

Une seconde mesure tient compte de la difficulté à établir cette synchronisation. Aux yeux des professionnels, le manque de temps est un obstacle incontournable pour prêter attention aux rythmes de l'autre. Il est possible de dépasser cette diffi-

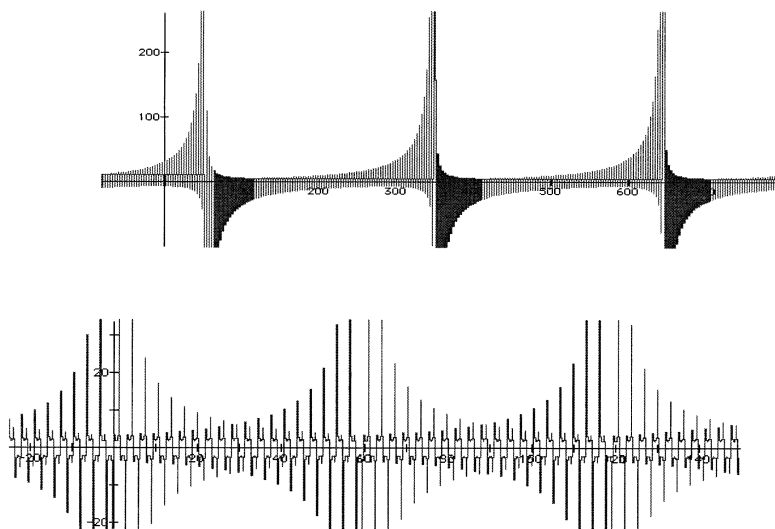


Schéma 3 – Les limites d'ajustement du sujet fragile

culté en prêtant attention aux modalités d'accordage des deux systèmes de rythmes propres, le sien et celui du sujet âgé. C'est ce qui est montré sur le schéma 4. Les limites d'ajustements du sujet fragile (partie haute du schéma) apparaissent en opposition avec la richesse d'ajustements possibles de la personne insérée dans le tissu vivant de la société et amenée par là à varier ses ajustements dans la diversité des rencontres quotidiennes (partie basse du schéma).

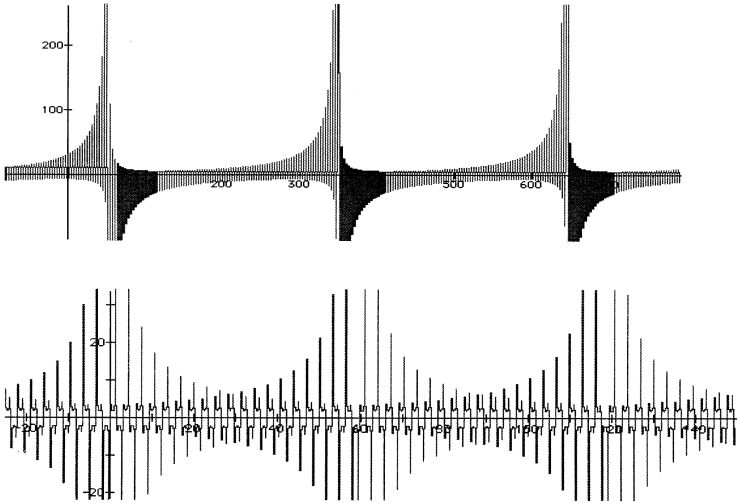


Schéma 4

Le problème ainsi posé est plus concret. *L'effort d'ajustement de l'entourage*³ est obligatoire lorsque la personne perturbée n'est pas capable de modifier spontanément ses conduites. Cet effort doit être reconnu officiellement et valorisé afin d'améliorer le nombre de professionnels. Or, les critères actuels ont plutôt tendance à le réduire lorsque l'autonomie s'améliore.

La synchronisation est source de satisfactions partagées et permet de faire passer le sujet du statut d'objet de soins à

3. Cf. le développement de cette position dans l'article « Folie et normalité au royaume de l'évaluation », *Soins en gérontologie*, septembre 2007.

celui d'être conscient. Lorsque l'entourage accepte que *cette conscience ne soit pas identique à la sienne*, la dynamique ainsi créée est une source d'évolutions visibles chez la personne âgée.

Le cheminement de la personne vers un niveau de conscience plus élaboré ne peut venir que de l'entourage. Précisons les modalités mises en place :

- l'effort de synchronisation établit une conscience. Il permet aux schèmes préexistants de réapparaître. Cette dynamique est exactement inverse au « retour en enfance » puisqu'elle permet l'émergence du « déjà connu » ;

- l'acceptation que la personne est susceptible d'évolutions marque l'ajustement de l'entourage à accepter cette capacité d'évolution. Cette attitude bouscule les représentations déficitaires des pathologies et favorise l'effort demandé. Elle doit s'inscrire d'abord dans une logique sensori-motrice structurant les dialogues corporels accessibles aux sujets ; l'innovation crée une réalité nouvelle qui n'est pas purement adaptative. Elle s'inspire de l'expérience vécue, inscrite dans la quotidienneté, et la dépasse par les caractéristiques produites par la relation. Les aspects techniques comme la nourriture, l'hygiène..., sont les moments privilégiés *d'espérances* que la personne ne croyait plus à sa portée.

Réintroduire l'espérance lors de la rencontre avec le sujet perturbé peut paraître irrationnel, surtout avec des personnes souffrant de pathologies incurables. Toutefois, espérer dans l'humain, c'est limiter les pertes d'identité qui résultent des exclusions ou de la mise en isolement ; c'est aussi percevoir que l'absence de perspectives et d'issues conduit à l'accentuation des symptômes comportementaux, alors que la perception de « possibles vrais » transforme le tissu des existences.

Une vision dynamique de l'être humain considère qu'il se constitue dans les relations. Le contrecoup pratique en est grand, car c'est là la condition pour l'inclure dans un processus d'aide responsabilisant. Les caractéristiques de ce mouvement ne sont ni fixes ni déterminées par les seuls événements du passé, surtout si ces derniers ont été vécus comme des traumatismes. *Ainsi, la relation d'aide se construit avec la personne dans la relation présente, s'opposant à une aide qui se fonderait seulement sur les apparences.* Elle devient naturellement absolue parce qu'on se trompe sur les possibilités réelles de la personne.