

La maladie, le handicap ou la régression... Quelle vieillesse ?

La question éthique dans le soin et l'intervention gérontologiques

Jacques Gaucher

DANS **GÉRONTOLOGIE ET SOCIÉTÉ** 2002/2 vol. 25 / n° 101 , PAGES 103 À 114

ÉDITIONS **FONDATION NATIONALE DE GÉRONTOLOGIE**

ISSN 0151-0193

DOI 10.3917/gs.101.0103

Date de mise en ligne : 01/04/2009

Article disponible en ligne à l'adresse

<https://shs.cairn.info/revue-gerontologie-et-societe1-2002-2-page-103?lang=fr>



Découvrir le sommaire de ce numéro, suivre la revue par email, s'abonner...
Scannez ce QR Code pour accéder à la page de ce numéro sur Cairn.info.



Distribution électronique Cairn.info pour Fondation Nationale de Gérontologie.

Vous avez l'autorisation de reproduire cet article dans les limites des conditions d'utilisation de Cairn.info ou, le cas échéant, des conditions générales de la licence souscrite par votre établissement. Détails et conditions sur cairn.info/copyright.

Sauf dispositions légales contraires, les usages numériques à des fins pédagogiques des présentes ressources sont soumises à l'autorisation de l'Éditeur ou, le cas échéant, de l'organisme de gestion collective habilité à cet effet. Il en est ainsi notamment en France avec le CFC qui est l'organisme agréé en la matière.

LA MALADIE, LE HANDICAP OU LA RÉGRESSION... QUELLE VIEILLESSE ?

La question éthique dans le soin et l'intervention gérontologiques

PR JACQUES GAUCHER

L'hypothèse de travail que nous proposons est de concevoir que les stéréotypes de notre culture concernant les représentations de la vieillesse – maladie, handicap, retour en enfance – habitent très fortement la démarche de soin en gérontologie et contraignent les soignants à penser et à vivre l'accompagnement de la personne âgée selon ces repères.

La force et la fonction de ces stéréotypes nous posent trois ordres de questions qui concernent :

- *les modalités et les conditions de la formation en gérontologie ;*
- *la construction, la mise en œuvre et la conduite des projets d'établissements ;*
- *les enjeux de l'accompagnement des personnes âgées.*

SICKNESS, DISABILITY OR REGRESSION... WHAT AN OLD AGE?
THE QUESTION OF ETHICS IN TREATMENT AND CARE IN
GERONTOLOGY

This is a proposal to view our cultural clichés on old age such as sickness, disability, return to childhood, as firmly anchored within the treatment process in gerontology and obliging carers to think about old people along these lines.

The power and role of these stereotypes present three types of issues which concern:

- gerontological training methods and conditions;
- the building, setting-up and running of institution projects;
- the stakes involved in caring for elderly people.

La démarche de soin en gérontologie utilise la notion de « prise en charge » pour traduire, rendre compte de ce que représente pour les soignants une démarche de soin qui est difficile, souvent peu gratifiante et particulièrement « usante » au quotidien. « Prendre en charge » renvoie à une objectivation peu humaine : la personne âgée est alors réduite à la dimension d'un poids, d'un coût et les représentations qui habitent ou accompagnent la relation de soin sont particulièrement éloignées de la considération des sujets en interaction et en relation.

La question est, au-delà des jugements de valeurs à l'égard des soignants, de comprendre pourquoi et comment des soignants qui, en dehors du feu de l'action, sont sensibles et ouverts à la personne âgée, développent un tel vocabulaire et des comportements qui y puisent leurs orientations. En effet, au-delà et en deçà des motivations qui conduisent, en la constituant, à la relation gérontologique, les formes mêmes de cette relation soignante auprès des personnes âgées se nourrit et s'identifie à cette notion de « prise en charge ».

Dans cet esprit, la caractéristique dominante de la personne âgée est le poids qu'elle représente pour les soignants et, par extension, pour tous les accompagnants. Des échelles, des grilles ont été mises au point pour évaluer cette charge. Croisée avec les échelles de charge de travail, cette évaluation de la dépendance conduit la personne âgée à être identifiée au poids de sa dépendance ou de sa maladie ; elle devient un objet de malheur. Moins elle se rappelle à la présence du soignant, plus elle est associée à des affects positifs. En revanche, plus elle se manifeste dans la demande et/ou la plainte, plus elle devient synonyme de difficultés d'accompagnement.

Notre organisation actuelle de l'institution gérontologique et de son évaluation pose la question de la place du sujet âgé au cœur du dispositif institutionnel.

L'hypothèse de travail que nous proposons est de concevoir que les stéréotypes de notre culture habitent très fortement la démarche de soin en gérontologie et contraignent les soignants à penser et à vivre l'accompagnement de la personne âgée selon ces repères. Nous proposons donc d'explorer quelques-uns de ces stéréotypes qui nous guident dans le soin gérontologique et qui méritent, de ce fait, que nous en fassions un relatif inventaire.

Le premier d'entre eux, par ordre de présentation et non par ordre d'importance, mais aussi par la fréquence de sa présence dans nos représentations de la vieillesse est celui selon lequel la vieillesse est un équivalent de la **maladie**. En effet, bien des conduites, des discours ou des inquiétudes se tissent et se nouent autour de cette collusion entre la vieillesse et la maladie. La vieillesse serait, en ce sens, une forme tardive de maladie. La personne âgée serait alors un « malade sur le tard », que celle-ci ait été réputée fragile dans sa santé ou non, au cours de sa vie.

Cette représentation est essentiellement référencée au champ médical et du soin ou, du moins, à ce que nous leur faisons dire. Parmi les premiers à s'être intéressés au processus de vieillissement et à l'état de vieillesse, les médecins ont apporté des contributions scientifiques qui, pour être importantes et fort intéressantes, s'appuient sur un regard bien particulier : celui du médecin praticien auquel les personnes âgées, elles-mêmes, adressent un discours et une demande en forme d'expression de la douleur, de plainte et de symptômes. Le médecin fait son travail et tente de comprendre et d'expliquer des questions diverses relatives au vieillissement et à la vieillesse. Cependant, la médicalisation qui accompagne ses propos renforce l'idée que la vieillesse vue par la médecine est profondément associée à la maladie. Ce stéréotype est consolidé par la pratique des médias en tous genres qui « légitiment » le sérieux et la scientificité de leurs prestations en associant systématiquement les médecins à chacune de leurs productions.

Si la vieillesse est faite de symptômes, de souffrances et de plaintes, elle nécessite alors que l'on réponde en termes de diagnostics, de traitements et de prévention. Nous regardons la vieillesse comme nous regardons la maladie et nous regardons la personne âgée comme nous regardons le malade. Selon ce stéréotype, celui qui ne présente pas de symptômes ne sera pas âgé et ce, quel que soit son âge réel : Il est dit de lui qu'il a su rester jeune ! Dans le même ordre d'idée reçue, la jeunesse est un équivalent de la santé.

Depuis quelques années, un mouvement soutient la notion d'une vieillesse en santé. Nous pouvons nous féliciter de cela dès lors que la représentation qui en est constituée ne renforce pas ce stéréotype. La démarche de ce mouvement est plus militante que scientifique, même si elle cherche, à ce jour, les appuis scientifiques dont elle a besoin. Revenons aux comportements qui infiltrent

l'accompagnement d'une personne âgée assimilée à un malade par le stéréotype culturel. Ces comportements sont imprégnés de toute puissance et de conduites interventionnistes. En effet, si la situation d'une personne âgée vivant à son domicile laisse penser qu'elle a, pour une raison ou pour une autre, besoin de soins, que son état de santé prime sur toute autre considération liée à son âge ; les comportements de l'accompagnant s'inscrivent dans la référence médicale ; les choix de la personne âgée sont moins prioritaires que la nécessité d'intervenir et de traiter. Tout se passe comme si la personne âgée était dépouillée de sa capacité à décider d'elle-même et de son devenir. Sa décision n'est plus au programme et, au mieux, sera considérée comme une réaction à la situation. Nous pourrions interpréter de cette manière certaines décisions d'institutionnalisation ou de prescriptions thérapeutiques pour lesquelles la personne âgée, directement concernée, n'est pas sollicitée.

Dans ces propos, il n'est pas question de rendre les médecins responsables de ce stéréotype, mais de considérer que leurs propos et leur regard sur la personne âgée sont érigés en stéréotypes sociaux, dans une culture qui cherche du côté de la science des vérités qui lui manquent et qu'elle construit de cette manière.

● Un autre modèle est celui du **handicap**. La défectologie est une approche qui s'est considérablement développée au cours de la seconde moitié du vingtième siècle et des travaux comme ceux de Wood sont connus et particulièrement riches pour la compréhension du handicapé. La vieillesse entraîne, effectivement, toute une série de désordres ou de déficiences biologiques, psychiques, sociaux qui constituent autant d'incapacités chez les personnes âgées, que de nécessités pour celles-ci de développer des stratégies d'adaptation qui intègrent ces éléments. Pour autant, ces incapacités éventuelles et passagères, souvent, sont érigées trop vite comme sources de handicaps. La personne âgée est alors regardée en tant que dépendante et insuffisante à elle-même. Il est vrai que les handicaps liés au grand âge existent, mais ils ne sont pas nécessairement le lot commun. Bien des personnes âgées sont capables à plus ou moins long terme de dégager des manières nouvelles de vivre procédant d'une réelle accommodation psycho-somato-sociale.

Selon ce stéréotype, la vieillesse apparaît limitative, réductrice de tout. La personne âgée serait alors incapable de désirer, de

prendre la moindre initiative ni la plus élémentaire décision sans susciter l'intervention de l'environnement. Elle est considérée incapable de suivre les évolutions et donc résistante au changement, il ne lui est même pas reconnu la capacité et le droit de « contarrer » une démarche de son entourage, comme si son supposé handicap ne lui offrait plus le droit au désaccord !

Les psychologues convoquent là le concept de « castration psychique » qui, pour pertinent qu'il est, n'en reste pas moins d'un usage parfois excessif, particulièrement dans une acception de destinée du Moi en prise avec sa « fin de carrière ». L'analyse du contre-transfert est en ce point un travail enrichissant pour le professionnel du psychisme. Certes le modèle est séduisant mais contraint sévèrement l'accompagnement de la personne âgée, dès lors que celui-ci se confond avec une « résignation dépressive ». En effet, selon ce stéréotype, sont engagées et promues des conduites adaptatives qui procèdent d'une logique déterministe et d'un « devoir de soumission ».

La vieillesse est représentée à travers un cortège de pertes qui la caractériserait comme le moment et le lieu de la réduction de soi. Vieillir devient un long deuil plus ou moins tranquille. Le monde objectif se raréfie, la destinée serait de tout perdre et de finir par s'y perdre : après avoir accompli les deuils de ses objets disparus, le Moi accomplirait son propre deuil. « *Que voulez-vous, à son âge...!* »

Un troisième stéréotype est celui du « retour en enfance ». Tout se passe comme si la vieillesse était un équivalent tardif de l'enfance. A supposer que cette enfance venue sur le tard soit véritablement le retour de ce qu'a été celle du début de vie de la personne concernée, il s'agirait d'un retour au point de départ. La trajectoire de vie serait condamnée à s'écraser sur ses origines. Le concept correspondant et opératoire est celui de la régression. La complexité des appareils (psychique, d'adaptation sociale, ...) serait soudainement défaite au profit d'une simplification par le retour des archaïsmes. Dans cette perspective, la vie psychique de la personne âgée est alors habitée des seules problématiques de l'enfance que son accompagnant a en commun avec elle. La dimension « énigmatique » de la vieillesse pour celui qui ne la connaît pas encore, et qui peut-être redoute de la connaître un jour, est dissoute avec l'effacement de l'adulthood de l'âgé. Là encore sa qua-

lité de sujet autonome, apte à choisir et à décider est mise sous tutelle de l'accompagnant dont elle bénéficie.

La dureté des effets de ce stéréotype se trouve adoucie, en apparence, par la chaleur des manières de l'accompagnement. Les pratiques du soin s'accommodent volontiers de ce stéréotype : la facilité avec laquelle des établissements d'accueil pour enfants ont effectué leur reconversion en établissements gérontologiques, ainsi que les transferts de personnels pédiatriques dans les unités gérontologiques témoignent bien de cette aisance.

Dans le même champ, la pratique, tout à fait légitime et fondée du nursing, cède souvent aux comportements infantilisants à l'égard des personnes âgées. Ce n'est pas le nursing qui est en cause, mais la collusion qui s'opère entre une technique de soin performante et reconnue avec le stéréotype dès lors qu'il est présent dans la relation de ce moment partagé avec la personne âgée. Au-delà des comportements, des propos tenus, des attentions toutes maternelles à l'égard de la personne âgée, se tissent des priorités et des démarches dont les objectifs sont plus du registre de la sécurité que de la liberté.

La question éthique est celle qui considère le statut de la personne âgée dans la relation que nous lui proposons en qualité d'accompagnant professionnel, bénévole ou familial. L'objectivation excessive, abusive parfois, des conditions psycho-somato-sociales de vie des personnes âgées pourrait éloigner la dimension de sujet qui lui revient et mérite d'être considérée. Nous émettons l'hypothèse que la co-existence du vivant et du mortifère, chez le sujet âgé, peut induire un paradoxe gérontologique selon lequel le mortifère s'insinue dans le vivifiant de la relation d'accompagnement des personnes âgées par des plus jeunes qu'elles. Cela nous renvoie à la tâche primaire des institutions gérontologiques d'accueil qui ont les pires difficultés à combiner les missions de « conduire à la mort » et de soutenir « des projets de vie » dans leurs missions. La mort de vieillesse serait-elle la plus redoutable ?

En conséquence...

La force et la fonction de ces stéréotypes nous posent trois ordres de questions qui concernent :

- les modalités et les conditions de la formation en gérontologie ;

– la construction, la mise en œuvre et la conduite des projets d'établissements ;

– les enjeux de l'accompagnement des personnes âgées.

Ces trois champs sont réunis par la même question éthique : « **Où sont les spécificités des sujets âgés fondant ces démarches individuelles et/ou institutionnelles de l'accompagnement ? Dans quelles préoccupations personnelles et collectives et dans quelles motivations s'enracine notre démarche gérontologique ?** »

Sans avoir la prétention de répondre à ces questions, mais dans l'intention de les considérer, nous proposons quelques pistes de réflexion à propos des trois axes sus-cités.

LA FORMATION GÉRONTOLOGIQUE

A partir de notre développement concernant la place et l'impact des stéréotypes de la vieillesse, dans les conduites culturelles de l'accompagnement des personnes âgées, nous nous interrogeons, au-delà des nécessités des programmes, sur la dimension que revêtent les enseignements de la pathologie, du déficit et de la régression au cours des études de spécialité gérontologique. Connaître est souvent rapporter à du déjà connu. Il s'agit de modéliser une situation nouvelle par le recours à des connaissances que l'on possède et que l'on maîtrise par ailleurs. Ainsi, les programmes d'enseignement et de formation qui nourrissent les étudiants et praticiens qui se forment à la gérontologie sont-ils « truffés » de ces stéréotypes qui leur font intégrer des représentations déterminantes pour leur futur exercice de leur métier de gérontologue.

Les théories du vieillissement cèdent souvent la première place aux enseignements à finalité pratique qui précisément véhiculent ces stéréotypes. L'exemple des pathologies du vieillissement, de l'exploration des différentes rééducations et réadaptations en vigueur en gériatrie en témoigne. Les stages de formation se distribuent de façon privilégiée dans des établissements de soins et de rééducation avant d'être ouverts aux lieux de vie des personnes âgées. Seuls les tout débuts des formations concèdent des stages dits de « découverte » auprès d'organismes sociaux qui accueillent des personnes âgées en relative situation de santé. La part principale de la formation est consacrée aux stages en hôpi-

taux et centres médicalisés. Les jeunes professionnels ainsi formés sont équipés pour traiter les problèmes qu'ils vont rencontrer et cela est bien heureux ! Cependant, ils risquent aussi de regarder la vieillesse à travers le prisme de leurs connaissances et d'en dégager une lecture réflexive qui cédera aux stéréotypes indiqués plus haut.

Comment pourrait-on installer dans les programmes des enseignements qui abordent de manière forte le vieillissement et la vieillesse sous l'angle du développement personnel ? Quels lieux de stage seraient susceptibles d'accueillir des étudiants et élèves pour les immerger dans une vieillesse en santé qui présenterait la personne âgée dans ce qui la caractérise le mieux : son âge, sa trajectoire de vie, son regard sur la vie, etc. ?

La démarche devrait être certainement plus précoce et concerner, par exemple, les établissements scolaires qui seraient bien inspirés de penser les « jumelages écoles – établissements de personnes âgées » sous cet angle nouveau. La maladie, le handicap et la dépendance sont des réalités que la vieillesse rencontre, et il n'est pas question d'en cacher la présence aux jeunes. Mais il y a un fossé entre l'authenticité du réel et le martèlement qui construit les stéréotypes.

De nombreuses études européennes et nord-américaines ont montré comment les idées reçues constituent une matrice pour organiser les savoirs qui viennent les consolider ensuite. La démarche pédagogique en gérontologie et en général serait à repenser de fond en comble !

LA CONSTRUCTION, LA MISE EN ŒUVRE ET LA CONDUITE DES PROJETS D'ÉTABLISSEMENT

Dans le même esprit, la réflexion nous conduit du côté des projets d'établissement, de leur essence même, de leur promotion et de leur mise en œuvre. L'inventaire des problématiques institutionnelles qui précède toute démarche de construction d'un projet d'établissement met en évidence les caractéristiques de dépendance, de souffrance et de régression des aptitudes des résidents. Le projet d'établissement ayant pour vocation d'organiser l'accompagnement institutionnel des résidents âgés, il s'agirait alors de dégager des compétences de l'établissement ce qui serait sus-

ceptible de répondre au mieux à leurs difficultés. Le problème est de laisser dans l'ombre cette part non négligeable de la vieillesse qui est faite de changements, de transformations de soi et de développement du « savoir être » que la personne âgée construit afin de s'adapter à sa situation d'âge. Quel est le sens et la fonction de la relation dès lors que l'on intègre légitimement la mort à venir dans son quotidien? Quel est la place que peut prendre l'activité et l'animation autrement que de solliciter une sorte de défense hypomaniaque chez une personne qui est profondément habitée par la méditation et la relecture de son parcours de vie ?

Je noterai deux dimensions du projet d'établissement qui apparaissent comme particulièrement significatives de la problématique que nous défendons dans ces quelques lignes :

- l'animation ;
- la rythmicité du quotidien dans l'institution.

Pour ce qui est de l'animation, les personnes en charge des projets d'établissement ont le sentiment d'avoir réalisé un pas important lorsqu'ils abordent cette question et se réjouissent d'avoir à traiter une question fondamentale. Notre expérience dans ce domaine nous confirme que l'animation est la problématique « noble » de tout projet d'établissement en ce sens que l'animation est définie comme la part de vie de l'institution. Cet aspect « vivifiant » de l'animation est alors érigé en une promesse de bien-être et mérite toute attention et le meilleur investissement pour les concepteurs du projet gérontologique d'établissement qui nomment ainsi leur démarche : « Projet de vie pour les résidents ».

Comment peut-on décentement établir un projet de vie pour une personne en ignorant ce qu'il en est du sien et ce qui caractérise sa manière d'être au monde dans sa qualité actuelle de personne âgée? Tout se passe comme si l'on pouvait raisonnablement penser son désir pour elle et lui assurer ainsi ce qui fera son bien-être au quotidien! Le projet animatif ainsi réfléchi devient l'analyseur de la problématique principale de la place qu'occupe la personne âgée dans l'établissement et surtout dans notre culture.

La dominante de projets d'animation pourrait se décliner selon trois axes :

- **L'animation thérapeutique** qui équivaut au soin et vise à rétablir une fonction, à soigner ou contribuer au soin de quelque chose de

la personne âgée qui serait, chez elle, l'objet d'un problème de santé. En ce sens, il est important d'interroger la volonté d'intégrer l'animation au soin dans la vie quotidienne de l'établissement. Qu'est-ce qui inféode l'autre ? N'y a-t-il pas risque d'étouffer ce qui est de la vie dans la seule démarche de soin ? Il est vrai que la réponse habile est de redéfinir le soin dans une acception large du genre « soigner c'est prendre soin » ! La « peau » du soin se referme sur la vie, l'enveloppe et fait emprise sur elle : il n'y a plus de vie hors le soin !

• **L'animation ré-éducatrice** qui est en collusion avec les techniques de rééducation et qui autorise que l'animation puisse se prescrire comme une séance de kinésithérapie ou d'ergothérapie. « Elle pourrait faire de la poterie, ça lui permettra de faire fonctionner sa main... » Entend-on au sujet d'une personne qui est victime d'une hémiplegie. La difficulté ne réside pas dans les bénéfices secondaires que peut récolter une personne âgée lors d'une quelconque activité. Elle est de penser que la destinée de l'animation pourrait être de se substituer à une rééducation en laissant pour compte ce qui vivifie le quotidien de la personne concernée. A ce sujet, les projets d'établissement s'organisent parfois autour de soucis d'architecture qui, pour légitimes qu'ils puissent être pour le confort des résidents qu'ils accueillent, n'en sont pas moins des soucis déviants de ce qui constitue l'essentiel de la vie de la personne âgée. C'est un peu l'histoire du poète à qui l'on offrirait une rénovation de son atelier d'écriture. Certes la chose est bonne, mais est-ce la question qui le préoccupe le plus ? Mais le poète est irrationnel, soyons rationnel pour lui et pour son bonheur ! Les élans de toute puissance sont bien au rendez-vous de la relation d'accompagnement des poètes comme des personnes âgées.

• **L'animation « scolaire »** qui emprunte à l'école ses techniques d'ateliers créatifs et son ambiance de bruit, d'odeurs, de récréation pour offrir aux personnes âgées un moment et une manière de « distraction intelligente », à leur portée (!), et susceptible de faire l'admiration de l'entourage qui s'émerveille parfois pour peu de choses ! De la cocotte en papier à la peinture à l'eau, en passant par les réalisations de différents objets qui, tous autant qu'ils sont, finiront dans le fond d'un placard, vidé à chaque changement d'animateur ou accidentellement dans un déménagement de locaux ! Les réalisations des personnes âgées sont autant d'œuvres méprisées et forcées qui n'ont pas grand-chose à voir avec les tra-

vaux que notre confrère R. Laforestrie a pu engager dans un établissement de la région parisienne (R. Laforestrie, 1990). Les capacités sublimatoires et créatrices des personnes âgées ne sont pas ce sur quoi se définit la démarche animative dans les établissements, sauf à confier cette tâche à des personnels qui ont intégré les valeurs spécifiques de la vieillesse et qui ont l'ambition de les faire valoir et se développer chez les personnes âgées elles-mêmes.

Il y aurait lieu de re-saisir les éléments majeurs qui constituent la trame de réflexion concernant la démarche de projet d'établissement pour comprendre les fondamentaux de la démarche et les aboutissants de ces projets. Le principe de projet d'établissement n'est pas en cause, ce sont les mobiles inconscients et souvent « cryptés » que nous entendons interroger dans le propos que nous tenons ici sur cette question.

LES ENJEUX DE L'ACCOMPAGNEMENT DES PERSONNES ÂGÉES

De façon plus générale, la question éthique renvoie à la relation d'accompagnement que l'on établit avec la personne âgée. La situation est particulièrement paradoxale en ce sens que l'accompagnant qui est motivé par la découverte des énigmes de la vieillesse est dans le même temps en situation d'être le « savant » de la relation : c'est à lui que revient le processus de décision, de choisir ce qui sera le mieux pour la personne âgée qu'il accompagne. C'est aussi à lui que revient de traduire les mouvements psychiques de la personne âgée en utilisant ses mots inadéquats et peu renseignés de ce que la personne âgée éprouve. Il est intéressant, à ce sujet, de regarder ce qui se passe autour du sentiment de solitude. L'accompagnant est souvent conduit à réagir à ce qu'il perçoit et interprète comme une souffrance possible de la personne âgée qu'il côtoie, pensant qu'elle nécessite d'être entourée, stimulée et sortie de son isolement. La personne âgée concernée est partagée entre le besoin de se savoir seule, de sauvegarder cette solitude constructive et contemplative propre à son « travail du vieillir », et le plaisir à répondre positivement à une sollicitation chaleureuse, très humaine et généreuse, mais naïve de celui qui l'accompagne de la sorte.

Généralement, l'accompagnant réagit assez négativement à l'immobilisme, à l'évocation anxieuse d'un passé qui nécessite d'être

re-saisi dans un mouvement de re-lecture des traces qui se sont constituées au fil du temps. La personne âgée a cette nécessité de fin de vie de se dégager du mouvement de relation au monde objectif pour engager un travail de reprise et de re-signification de sa trajectoire de vie dans le but de se préparer au détachement final qu'est sa mort. Il y a un écart à la fois pénalisant et stimulant dans cette relation qui se noue entre la personne âgée et son accompagnant.

La personne âgée a la qualité de solliciter l'identification de celui qui l'accompagne par la dimension « non encore rencontrée » et énigmatique de ce qu'elle vit par celui qui est à ses côtés. La réciprocité de cette relation est liée au fait que la personne âgée a besoin de cette présence silencieuse auprès d'elle pour vivre ce mouvement de recentrage sur elle-même, alors que celui qui l'accompagne bénéficie de ces moments étranges dont il peut se laisser pénétrer et qui constituent peut-être le substrat de son futur travail du vieillir. C'est bien dans la reprise de ces traces anciennes, que l'on pensait oubliées, que la personne âgée conduit son bilan de vie et sa préparation à clore sa vie en toute sérénité et détachement.

La personne âgée a, décidément, beaucoup à nous apprendre dès lors que nous acceptons de l'entendre et que notre goût du risque à la rencontrer s'accompagne de notre capacité à la vivre comme sujet.

■