

# **A propos des unités d'accueil de personnes atteintes de maladie d'Alzheimer**

Louis PLOTON  
Professeur de G erontologie  
Université Lyon-2

# Une affaire de bon sens

- S'il existe une unité spécifique:
  - indispensable qu'elle s'intègre dans un « projet Alzheimer » de l'établissement (où il y a généralement 75% de déficients cognitifs)
  - la destiner aux malades qui sont «le plus en demande d'attention » notamment la nuit;
  - en faire un lieu de prise en charge renforcée et non pas un lieu d'exclusion.
- **Qu'une telle unité soit ou non individualisée, il y aura nécessairement des règles « Alzheimer » qui concernent le fonctionnement de tout l'établissement.**
- **Tout repose sur la prise en compte des particularités du fonctionnement psychique des malades. Ce qui implique de les connaître.**

# **l'organisation institutionnelle gagne à reposer quelques axes essentiels**

- Ces axes sont donc :
  - le partage par les professionnels de connaissances et de théories utiles / à la maladie
  - Des modalités de fonctionnement spécifiques, avec:
    - le maintien d'une afférentation cognitive suffisante,
    - une sécurisation affective, représentée par la présence constante d'un professionnel auprès des malades,
    - la recherche de stratégies de motivation
    - la mise en place par les intervenants de moyens de préservation de leur propre capacité de penser,
    - une gestion adapté des transferts de responsabilité;
  - Avoir un projet et savoir l'actualiser.

# Connaissances nécessaires

- Au plan clinique, savoir que, outre les pertes de mémoire et de compétences cognitives, on doit faire avec:
  - La question du vide psychique progressif: absence de discours puis d'images mentales (perte de la permanence de l'objet)
  - Le maintien de la mémoire implicite, de capacité d'empathie et de compétences affectives;
  - Une mauvaise métabolisation des émotions (faute de disposer de la parole et des facultés de mentalisation)
  - Une fragilité narcissique et vécu d'abandon;
  - Le recours à l'expression comportementale;
- Au plan théorique pouvoir s'appuyer sur des hypothèses opérantes:
  - Participation à la communication implicite;
  - Participation à des phénomènes «d'attaque à la pensée» (SEARLES).

# **Le maintien d'une afférentation cognitive suffisante (1)**

- S'appuyer sur une organisation stable de la vie quotidienne:
  - Être rassurant en étant le plus prévisible possible (ex: jusqu'à quel stade de la maladie un malade pourra rester dans l'institution?)
  - Éviter les changements intempestifs de lieux de séjours (de chambre).

# Le maintien d'une afférentation cognitive suffisante (2)

- Un petit nombre d'intervenants, toujours les mêmes est à encourager.
- Les rotations d'équipes constituent une « fausse bonne idée »:
  - la charge émotionnelle à laquelle sont soumis les soignants n'en est pas moindre. La fuite n'a jamais été une façon efficace de résoudre les problèmes.
  - plutôt que de changer de têtes, se donner les moyens de métaboliser les émotions et toutes les formes de stress auxquels les soignants sont soumis.

# La sécurisation affective (1)

- Une organisation des aides et soins limitant chez les malades le sentiment d'être perdu ou abandonné, mais :
  - Dans le groupe de ses homologues tout se passe pour le malade comme s'il était seul.
- Il n'y a que la présence d'un membre du personnel qui puisse exercer une ébauche de réassurance en étant garant de la sociabilité (sinon troubles du comportement):
  - Ce professionnel pour rester efficace devra être relevé périodiquement et il devra être épaulé par d'autres soignants (tout en appartenant à un petit groupe constant)

# La sécurisation affective (2)

- Un point de rencontre situé sur un lieu de passage obligé où le malade sera certain de trouver un soignant disponible,
- Proposer une activité:
  - De manière chaleureuse et sans jamais mettre ses compétences à l'épreuve,
  - Pour offrir un « attracteur » à l'attention,
  - Pour pallier momentanément au vide psychique,
- NB: c'est bon pour les patients, mais aussi pour les autres soignants, qui peuvent ainsi accomplir dans de meilleures conditions d'autres tâches et des soins individuels.



# Promouvoir des stratégies de motivation (1)

- Accepter et investir le malade tel qu'il est devenu, sans lui demander de changer en remerciement de nos bons soins.
- Il ne s'agit pas nécessairement d'aimer, mais de se donner les moyens d'investir les patients et d'apprendre à positiver, valider, renarcissiser.
- Mettre de la vie passe beaucoup plus par mettre de l'investissement que par mettre du mouvement.

# Promouvoir des stratégies de motivation (2)

- Permettre d'exercer des choix (non angoissants):
  - lui parler!
  - le consulter sur ce qu'il préfère dans l'immédiat :  
porte ouverte ou fermée, viande ou poisson, rester en chambre ou en sortir etc.
  - pour la toilette matinale: accepter le refus d'un patient, y compris quand il est exprimé sur le mode comportemental, quitte à revenir le solliciter plus tard.

# Promouvoir des stratégies de remotivation (3)

- Importance des soins corporels (se sentir exister agréablement):
  - massages des mains, du visage ou du dos, mais aussi frictions,
  - bains thérapeutiques, enveloppements chauds,
- NB: ces pratiques mériteraient de faire l'objet d'une étude d'efficacité en termes de détente, en appoint puis en relais des médicaments psychotropes.

# Promouvoir des stratégies de motivation (4)

- A un degré de plus, une politique de remotivation passe par:
  - l'attention générale portée au sens ou à la fonction (quoi sert à quoi) des conduites.
  - Miser sur le rôle de l'investissement comme levier thérapeutique (ce qui implique une appropriation des façons de faire dans le respect des principes;
  - le choix délibéré d'offrir un sentiment de sécurité et de confort au sein de l'institution, grâce à des matériaux, des meubles, une décoration, chaleureux et valorisants. Cela concerne ceux qui vivent, qui travaillent ou qui viennent voir un proche dans l'institution (Bruno BETTELHEIM, *Un lieu où renaître*, 1975).

# Préservation de la capacité de penser des intervenants (1)

- Un des risques majeurs : tomber dans le « n'importe quoi » avec des dérives aboutissant à une perte du sens de nos actes et à des rapports de force (j'oblige, j'empêche).
- Tenter de comprendre:
  - protéger la capacité de penser en situation de soins.
  - mettre en place de temps incontournables, à échéances régulières, consacrés à l'analyse clinique et à la prise de décision, dans un cadre de réflexion rigoureux, avec des interlocuteurs indispensables (psychologue clinicien...).

## Préservation de la capacité de penser (2)

- S'il y a une procédure et une seule à instituer dans un établissement gérontologique, c'est celle définissant les cas où il y a nécessairement lieu de s'interroger collectivement et la manière de le faire;
- Importance de l'approche psychogériatrique (pluridisciplinaire) pour mettre en perspective des points de vues complémentaires.
- But : offrir des garanties de rigueur suffisantes contre l'arbitraire, l'aléatoire et le fonctionnement à *la cote d'amour*, persécutoires pour tous.

# Préservation de la capacité de penser (3)

- Moyens:
  - S'appuyer sur des principes d'action (ex: remotiver, renarcissiser...)
  - Evaluer périodiquement les pertes de sens et les dérives,
  - Revenir, si nécessaire, sur la pertinence des principes retenus.

## Préservation de la capacité de penser (4)

- C'est là qu'interviennent deux fonction clefs :
  - celle de garant institutionnel, veillant au respect des principes et des procédures d'analyse des difficultés, c'est là le rôle du Directeur garant de la prévisibilité du fonctionnement. Ce qui représente l'équivalent institutionnel de l'Etat de Droit ;
  - celle du psychologue clinicien.



# La gestion des transferts de responsabilité

- Question devant être rattachée à la psychologie des patients et aux raisons ayant conduit au placement (ne pas se sentir responsable de leur mort).
- Réflexion sur la fermeture des locaux (contrôle d'accès) voir recommandations (ANAES 2004).
  - présence d'une personne physique (secrétaire – hôtesse)
  - se donner les moyens d'une politique humaine en matière de restrictions de la liberté d'aller et venir des résidents;
  - ne pas se tromper de problème et donc de solutions. Ne pas faire vivre un malade dans un milieu d'inspiration carcérale.
- Tisser des liens affectifs pour une fin de vie la plus confortable et heureuse possible, malgré les handicaps
- Débat éthique autour de la stimulation, de la déambulation et de la surveillance électronique.

# Avoir un projet et l'actualiser

- Questionnement sur des temps de la vie institutionnelle: l'admission, l'intégration, la présence d'animaux, la sortie, mais aussi : la nuit, les repas, les toilettes, la fin de vie, le soutien aux équipes, l'articulation des rôles, les profils de poste, etc.
- introduction d'une dimension éthique à propos des « droits et libertés des résidents », mais aussi autour des questions d'intimité et de sexualité.
- Nécessité d'une réflexion sur l'architecture,
- Il y a un « plus », si l'établissement est intégré dans un réseau médical et social le préservant de l'isolement intellectuel,
- On ne peut pas réaliser le projet d'un autre (dimension militante nécessaire)

# En guise de conclusion

- On assistera à une évolution des points de vues au fil des années. Une institution ne se clone pas, il y a des étapes dans l'acquisition de la maturité institutionnelle qui prennent du temps.