



Symposium GPPG 2012

Par Daniel Ducraux, membre fondateur du comité du GPPG

Bonjour,

Je suis très heureux de vous accueillir aujourd'hui au nom du Groupement des Praticiens en psychogériatrie pour notre troisième symposium. Le thème de celui-ci est articulé autour des troubles que présentent une majorité de personnes souffrant de démence. Ces troubles lourds en conséquence, perturbants, souvent incompréhensibles mais qui pourtant ont un sens qu'il nous appartient, à nous soignants, de trouver.

La démence représente un enjeu important en termes de santé publique et de coûts socio-économiques. Bien qu'il n'existe, à ce jour, aucune guérison possible pour la plupart des formes de démence, les personnes qui en souffrent doivent être soignées. Elles requièrent des soins exigeants et complexes qui doivent être adaptés à leurs besoins spécifiques ainsi qu'à ceux de leurs proches. Les équipes soignantes, confrontées à la démence, se trouvent régulièrement en difficulté face aux manifestations de la maladie, et plus particulièrement face aux symptômes comportementaux et psychologiques de la démence (SCPD). La prise en soins requiert un nombre élevé de soignants. Elle est multidimensionnelle, interdisciplinaire et nécessite une coordination importante face à la complexité induite par la spécificité de ces pathologies et leurs conséquences sur les personnes atteintes de démence, leur entourage, leur environnement et l'impact sur les équipes soignantes. Ces SCPD « *constituent un lourd fardeau, à la fois pour le patient et l'aidant, en raison de la détresse et de l'incapacité qu'ils entraînent en l'absence de traitement* » (International Psychogeriatric Association, 2006) et, de fait, tendent à exclure les personnes qui en souffrent de la société dans laquelle ils vivent, étant considérés et « vécus » comme des comportements socialement inacceptables et souvent invivables.

L'être humain souffrant de démence, perd ses qualités intellectuelles spécifiques. Il perd son esprit et sans esprit, l'homme n'est plus tout à fait complet, de là à dire qu'il n'est plus tout à fait humain...le risque est très élevé de franchir ce pas envers une personne qui ne sait plus ou ne peut plus s'exprimer par la parole. Le dément, dont l'esprit n'est plus¹, dont l'esprit est mort est présenté par Maisondieu comme un « mort-vivant » et, à ce titre, il devient un objet (de soins) (puisque'il n'est plus sujet) qui fait peur, qu'on veut repousser, rejeter et surtout qui

¹« Le terme « démence » va apparaître dans le vocabulaire médical français en 1797, suite aux écrits de Pinel. Il dérive du latin « demens » constitué du préfixe « de » (hors de) et du suffixe « mens » (esprit). Il renvoie donc à une situation caractérisée par la disparition des qualités intellectuelles spécifiques de l'être humain » (Novella, Moronne, Blanchard, Quignard, 2006)

n'est absolument plus semblable à nous, tant le fait même d'être différent nous permet de nous protéger du risque fantasmé de devenir un jour comme lui.

Cette différence étant posée, le pas est rapidement fait de remettre en question le statut d'humain du dément, tant la vision de déchéance qu'il nous présente et son comportement aberrant nous questionnent (sans que nous ayons de réponse), nous inquiètent, nous effraient, nous dégoûtent. L'humain commence à s'estomper derrière la maladie. La manière de parler de lui également, comme s'il n'existait déjà plus. *Ce malade est un Dément, il n'est donc plus un Homme...* Mais comment accepter cette différence, si différence il y a, sans renier l'humain ? Comment garder un regard « humain » sur ces personnes ?

La complexité de la relation soignant-soigné, engendrée par la nature et la forme de cette maladie et son impact sur le patient ainsi que sur le soignant, contraint celui-ci à devoir faire des efforts énormes pour considérer le patient comme un être humain et lui prodiguer, envers et contre tout, les soins requis. Encore faut-il pouvoir se déterminer sur la nature et la forme de ces soins requis.

Au delà des aspects conceptuels et techniques des traitements, qu'est-ce qui nous oblige à soigner humainement, dignement, éthiquement ? La loi, la religion, la morale, le code éthique, le code déontologique ? Mais ensuite, une fois que ces cadres de référence sont posés, comment s'y prend le soignant pour constamment rester en lien avec la personne démente, affronter les difficultés que ce type de relation impose, accepter de recommencer sans cesse à tenter de trouver des gestes aidants qui ne sont jamais les mêmes, accepter que malgré tout, la situation du patient dément peut, au mieux se stabiliser, mais, dans la plupart des cas, se détériorer progressivement ?

Pour O'Connor (2009), les approches non pharmacologiques, ou psychosociales, du traitement des SCPD s'inscrivent dans trois paradigmes psychologiques pour expliquer le changement de comportement : la théorie de l'apprentissage (renforcement d'un comportement quand les soignants lui donnent de l'attention), les besoins insatisfaits (les comportements inappropriés surviennent quand un besoin n'est pas satisfait par les soignants) et le modèle du seuil de stress (la démence réduit la capacité d'un individu à tolérer le stress, entraînant des comportements inappropriés).

Les principales approches du traitement des SCPD peuvent être déclinées comme suit : cognitives – psychosociales – aménagement de l'environnement – sensorielles – motrices. Chacune d'entre elles regroupe plusieurs techniques qui permettent d'intervenir sur des aspects ciblés de la maladie (INSERM, 2007). Les interventions peuvent se répartir en différentes catégories (Cohen-Mansfield 2001) : interventions sensorielles (musique, massage, bruit blanc, stimulation sensorielle), contacts sociaux (interaction un-à-un, zoothérapie, présence simulée), thérapie comportementale (thérapie cognitive, renforcement, gestion des stimuli), entraînement du personnel, activités (extérieures, physiques), interventions environnementales (zone d'errance, environnement naturel ou environnement à faible stimuli), interventions médicales (luminothérapie, gestion de la douleur, aide auditive et retrait des contentions). Ici encore, ces interventions ne doivent pas être vues comme applicables à tous les SCPD, mais sont en général plutôt ciblées pour un comportement particulier, à un moment particulier.

De la compréhension à la pratique...

08h30	Accueil
09h00	Bienvenue
09h30	Plénière : présentation d'un film : Le dernier voyage de Maryse Lucas/2008/26/Documentaire de David Ledaux et Artus de Lavilléon, France en présence de M Taramarcaz responsable du festival de film « VisAge ».
10h15	Atelier par groupe
11h30	Atelier par groupe
12h45	Repas
14h00	Atelier par groupe
15h15	Atelier par groupe
16h30	Plénière : débat et clôture
17h00	Apéritif.
18h00	Assemblée générale

Atelier 1

Gestion optimale des SCPD, Outils d'évaluation clinique et guide de pratique clinique, **Sylvie Rey**, Conseillère en activités cliniques (Portneuf, Québec), **Daniel Ducraux**, Infirmier spécialiste clinique (SUPAA, Prilly)

Atelier 2

Vous avez mal ? Prise en compte de la douleur chez les personnes atteintes de démence, **Isabelle Bohren**, Responsable clinique (SUPAA, Prilly), **Tiago Ferreira De Sousa**, Infirmier, spéc. Soins palliatifs en gérontologie (SUPAA, Prilly)

Atelier 3

La contrainte, la loi et le soignant, Logiciel GESCO (aide à la gestion des contraintes) en lien avec la réalité et les devoirs sur le terrain, **Jean-Luc Loevenbruck**, Infirmier-chef (La Clairière, Mies), **Valérie Dénériaz** (CIVEMS, Vaud), **François Matt**, Directeur (EMS Le Hôme, Pully)

Atelier 4

Vivre mieux, s'habiller mieux, La manière de se vêtir des personnes âgées, qui ne sont pas totalement autonomes et qui vivent en institution, influence leur mode de vie au présent, leur bien-être et les relations avec les autres. Projet de recherche et propositions concrètes, **Rita Pezzati**, psychologue (Tessin), **R M** en collaboration avec **une école de couture** du Tessin

Atelier 5

La philosophie de l'HUMANITUDE, Philosophie qui insiste sur l'importance du regard posé sur la personne pour le maintien de sa dignité et qui se décline dans la Méthodologie de soin Gineste-Marescotti, **Mireille Bochud**, Directrice IGM Suisse, **Rafael Efraim Alves**, Infirmier, formateur en méthodologie de soin Gineste-Marescotti (Portugal)

Présentation tout au long de la journée du chariot sensoriel, de l'urinoir mobile et de la baignoire sèche.

Dans les soins aux personnes souffrant de démence, l'objectif ultime du soignant est de conserver au soigné, sa part d'humanité. Je ne peux donc m'empêcher de terminer sur une citation d'Albert Jaccard qui dit que : *«Les cadeaux que les hommes se sont faits les uns aux autres depuis qu'ils ont conscience d'être, et qu'ils peuvent se faire encore en un enrichissement sans limites, désignons-les par le mot humanité. L'humanité, c'est ce trésor de compréhensions, d'émotions et surtout d'exigences, qui n'a d'existence que grâce à nous et sera perdu si nous disparaissions. Les hommes n'ont d'autres tâches que de profiter du trésor d'humanité déjà accumulé et de continuer à l'enrichir. »*

L'humanisation de la prise en charge/soins de la personne démente ne peut pas simplement se décréter. Elle doit se sentir, s'apprendre, se vivre, elle doit se montrer, on doit la pratiquer, nous devons en parler et surtout dire que... le dément est bien humain.