

## VIEILLISSEMENT et FORMATIONS

Louis PLOTON, Geneviève IMBERT

[louis.d.ploton@gmail.com](mailto:louis.d.ploton@gmail.com)

Transcription d'un entretien entre le Pr Louis Ploton et Mme Geneviève IMBERT Directeur de recherches à la Fondation Nationale de Gérontologie

GI : merci Professeur Ploton d'avoir accepté cet entretien dans le cadre de ce numéro de Gérontologie et Société consacré au vieillissement et aux formations. Alors, vous êtes professeur émérite de gérontologie à l'Université Lumière Lyon 2 et vous avez écrit et contribué à de nombreux ouvrages, parmi lesquels je retiens Ce que nous enseignent les malades d'Alzheimer, ouvrage qui est paru je crois si mes souvenirs sont justes en 2010, et plus récemment, vous avez contribué à cet ouvrage collectif intitulé Les démences au croisement des non-savoirs – chemins de la complexité, paru en 2012, aux éditions des presses de l'EHESP. Sur cette présentation, est-ce que vous voulez ajouter quelque chose ...

LP : j'ajouterais, que je suis psychiatre, à l'origine, et thérapeute de groupe, avec une longue expérience du maintien à domicile et la mise en place de structures innovantes, telles que les équipes mobiles en 1984, des domiciles collectifs pour malades d'Alzheimer également en 1984 et tout un dispositif de soins gradués constitué par le redéploiement de deux unités de soins de gérontopsychiatrie (60 lits en tout) enkystées dans la chronicité, pratiquant de fait du long séjours.

A l'époque, cela nous a procuré beaucoup de moyens et on a pu explorer les limites du maintien à domicile de malades d'Alzheimer vivant seuls, dans le cadre d'une expérience pilote malheureusement passée à la trappe financière 10 ans après sa création.

GI : c'était quoi cette expérience ?

LP : sur le secteur psychiatrique de Vénissieux, j'ai, entre 1982 et 1992, monté tout un dispositif de soins gradués qui est décrit dans le livre La personne âgée. Ce dispositif était centré sur un hôpital de jour, le Centre Albert Einstein, conçu comme un centre de crise (dans une optique de

thérapies familiales systémique) doté de relais tels que des thérapies de groupe (d'inspiration psychanalytiques).

Il comportait :

- un service de soins à domicile psychogériatrique, encadré par un thérapeute familial, (pour un mi-temps) destiné à prendre en charge dans tous les aspects (toilettes etc.) une dizaine de malades d'Alzheimer, dont certains vivant seuls ;
- des domiciles collectifs, domicile de transition (4 places) et domicile collectif au long cours pour malades d'Alzheimer évolués (Trois domiciles de 9 places) préfigurant des institutions comme « carpe diem » mais incluant l'invalidité locomotrice (nous n'avons jamais eu plus d'un tiers de fauteuils roulants). Ces domiciles ont été créés sous forme associative avec des auxiliaires de vie 24h/24 (souvent étudiantes en psychologie) et étaient dirigés, chacun, par une infirmière psychiatrique. Ils bénéficiaient de plus de l'intervention d'infirmières libérales.
- une unité hospitalière (18) places) de bilan et d'orientation active pour les malades faisant des troubles du comportement qui était l'équivalent d'une UCC actuelle, mais fondée sur des principes psychodynamiques.
- une unité de préparation à la sortie, dite Unité de Sociothérapie (12 places) équivalent d'un moyen séjour géronto-psychiatrique où il y avait une prise en charge groupale. Cette unité avait pour caractéristique d'être placée sous la responsabilité d'une ergothérapeute (pour un mi-temps) et de n'avoir de présence infirmière que de 17h à 9h le lendemain.

Pour fonctionner nous avons mis en place plusieurs principes :

- Le dispositif, dans son ensemble, était sous ma responsabilité (donc d'un psychiatre)

- L'hôpital de jour et les unités hospitalières étaient sous la responsabilité d'un gériatre et d'un cadre de santé
- Les psychiatres (deux) tout comme les psychologues (deux) le thérapeute familial, les ergothérapeutes (deux) l'assistante sociale, qui étaient basés à l'hôpital de jour, n'étaient pas attachés à un territoire institutionnel mais référents de malades, où qu'ils se trouvent conjoncturellement (hôpital, domicile, institution...) et ce en association avec un ou deux infirmiers de l'unité hospitalière.
- Les demandes de consultations ou d'hospitalisations étaient répercutées par les secrétariats sur un des médecins, assurant à tour de rôle une astreinte avec un dispositif permettant de le joindre 24h/24 (Eurosignal puis Alphapage). C'est eux qui dans la demi-journée joignaient le demandeur et s'entretenaient avec lui pour proposer une solution (intervention en urgence auprès du patient, hospitalisation, ou consultation programmée...).
- Tous les soirs un briefing permettait de faire le bilan des actions de la journée et de programmer celles du lendemain. Un des infirmiers de l'hôpital de jour assurait, à tour de rôle une fonction de « Régulateur », informé de qui avait rendez-vous avec qui ou devait venir à l'hôpital de jour, pour quelle raison et y faire quoi.

Il y avait de fait un système de coordination interne (maître d'œuvre / sous traitant) entre des référents ayant la responsabilité d'une prise en charge, désignés pour une compétence particulière en rapport avec les besoins principaux du malade (psychologue, assistante sociale...) et des intervenants d'appoint requis par eux.

Le même principe de coordination a pu être mis en place avec les services municipaux dans le cadre de réunions régulières. Si la dominante était psychiatrique aigüe, nous étions référents et les services municipaux intervenaient en appoint pour le ménage, le portage de repas etc. Dès que c'était possible, la coordinatrice du CCAS prenait la main et nous assurions en complément un suivi en consultations et/ou en visites à domicile de secteur psychiatrique.

GI : donc il y avait un système organisationnel assez innovant

LP : je crois, par exemple, qu'on a été parmi les premiers à introduire la notion de plans de soins et à penser « sortie » le jour où quelqu'un entrerait à l'hôpital, avec des durées moyennes de séjours de l'ordre de trois mois, ce qui à l'origine passait pour complètement utopique.

GI : merci

LP : Le problème est que cette expérience est complètement oubliée (sauf par ceux qui l'ont portée à bout de bras). Toute fausse modestie mise à part j'ai le sentiment que nous avons exploré entre 1983 et 1993 tout ce qui est réinventé maintenant.

GI : d'accord, d'accord. Donc en fait, on peut considérer que vous êtes géro-psycho, à vous entendre.

LP : tout à fait et j'ai enseigné d'ailleurs la psychologie gérologique, depuis 1978 en faculté de psychologie de l'Université Lyon-2, en ayant succédé en 2000 à Hélène REBOUL, sur un poste de professeur de gérologie.

GI : d'accord. Donc au cœur de cette trajectoire professionnelle de géro-psycho, on peut considérer que les démences – la maladie d'Alzheimer et ses troubles apparentés, que ce soit la démence à corps de Lévy, que ce soit la démence vasculaire, etc. – ont fait l'objet de votre intérêt, ont été au cœur de cette trajectoire professionnelle, n'est-ce pas ?

LP : tout à fait, tout à fait, et le dispositif de soins dont je viens de vous parler, était entièrement centré sur la maladie d'Alzheimer, avec, initialement, l'idée de soigner l'évolution cognitive déficitaire par des approches psychothérapeutiques, puis, ultérieurement après des mésaventures, celle de viser au confort émotionnel des malades pour limiter l'émergence de troubles du comportement.

Cela, en référence à un modèle helvétique qui n'existe plus (celui de Jean-Pierre JUNOD) consistant non pas à introduire une dose de psychologie dans les soins médicaux (ou l'inverse) mais à les mettre en perspective par une double approche simultanée, médicale et psychologique. C'est ainsi que le dispositif de soins comportait autant de gérîtres que de psychiatres et que chaque patient avait un référent gériatre et un référent psychiatre.

GI : d'accord

LP : Mais pour cela il avait fallu réunir de très gros moyens, puisque nous étions une cinquantaine. Ce qui signifie que quand il nous est arrivé de capituler sur un maintien à domicile, ce n'était pas par manque de moyens, mais parce qu'on ne pouvait pas faire autrement, parce que la situation ne le permettait plus, nous-mêmes ayant atteint les limites de notre savoir faire, avec le risque (ce qui je pense nous est arrivé) de franchir le cap d'une forme d'acharnement domiciliaire pour des raisons idéologiques.

GI : merci beaucoup, maintenant que je sais mieux d'où vous venez, je voudrais vous proposer deux grands sujets concernant cette perspective de formation, lorsque l'on parle d'université du troisième âge, de cours d'éducation d'adulte âgé, de parcours du troisième âge, voire du quatrième âge, puisque le troisième âge n'existe pratiquement plus ou du moins tout est tellement aujourd'hui avec l'augmentation de la longévité, quel pourrait être le potentiel d'une personne qui aurait des troubles cognitifs et mnésiques à recevoir un enseignement ou à participer à des activités ?

LP : sérieusement, je crois peu au réentraînement de la mémoire, sauf en début de maladie, où de plus ça peut rassurer les gens, à condition de ne pas leur pourrir la vie avec des exercices trop compliqués ; je crois peu donc à tout ce qui se vend comme « gymnastique du cerveau » pour malades d'Alzheimer.

Par contre ce que je sais, pour l'avoir observé, c'est que ces malades ont des capacités de mémorisation implicite, par exemple pour mémoriser des habitudes ou des usages.

Je vous donne un exemple. Nous avons un groupe de lecture du journal, ça impliquait de mettre les chaises en rond au milieu d'une salle à manger. Au début, il y avait une certaine confusion (volontiers alimentée par des membres du personnel) après quelques semaines, dès que l'orthophoniste apparaissait, les gens mettaient spontanément les chaises en place.

Autre exemple, dans une maison de retraite, il nous arrivait une fois par mois de transformer la salle à manger en salle de conférence et de faire manger les résidents dans une autre salle. Ce jour-là, à l'heure du repas, tous se rendaient spontanément devant la salle à manger et le

changement de lieu de repas était générateur de confusion.

Je pense que ça ne passe pas par des représentations mentales (par la cognition) mais par l'acquisition inconsciente (implicite) d'habitudes et/ou d'usages.

C'est ainsi que dans des services hospitaliers spécialisés (dont un certain nombre de membres se renouvellent) les gens présents intègrent les interdits. A titre d'exemple dans les unités de soin, qui accueillent des malades d'Alzheimer très perturbés, il est fréquent que le bureau du cadre de santé soit ouvert en permanence, avec des documents sur la table et des dossiers sur un chariot, pourtant aucun malade ne va généralement semer le désordre dans ce lieu ce dont ils ne se privent pas ailleurs, comme si des interdits implicites étaient intégrés, y compris par les nouveaux arrivants.

Un autre type de ressources mérite aussi d'être évoqué. Les malades concernés peuvent, dans des cadres très protégés et émotionnellement porteur, comme les groupes thérapeutiques, retrouver des souvenirs anciens, mais aussi des souvenirs acquis dans l'histoire du groupe lui-même.

Cela est observé notamment dans les petits groupes fermés: six patients, toujours les mêmes, deux thérapeutes, toujours les mêmes, avec le même protocole. Les participants cafouillent pendant cinq ou six séances et puis après ils font groupe, ils sont solidaires et alors il apparaît une forme de mémoire du groupe.

Non seulement, le partage émotionnel aidant, les participants présentent des résurgences mnésiques, mais ils peuvent se souvenir les uns des autres (avec des confidences précédemment évoquées) et, surtout, mémoriser les habitudes du groupe.

GI : oui, d'ailleurs je vois dans votre ouvrage ce que nous enseignent les malades d'Alzheimer, vous citez donc le Centre Albert Einstein que vous dirigiez, et vous précisez que dans l'approche psychologique générale à tout âge et en toute circonstance, on peut s'appuyer sur l'hypothèse qu'il existe chez tout un chacun, tout au long de la vie, « une forme inconsciente de mémoire et d'intelligence affective dans une logique adaptative, défensive », cela va dans le sens de ce que vous venez de dire, non ?

LP : on est en plein dedans, tout à fait, et je crois que je l'avais mieux écrit que je ne viens de le dire.

GI : oui oui. Alors ... finalement donc, au début ... en fait vous dites qu'au ... donc c'est bien de le préciser parce que, on sait que cette maladie ou ces maladies qui sont identifiées comme les démences, évoluent et que là en fait, ce que vous êtes en train de dire, c'est qu'on peut considérer que l'individu a un potentiel au début de la maladie mais après, ce n'est plus possible, c'est bien ça ?

LP : au début les pense-bêtes, les agendas, les nouveaux rituels, peuvent aider les gens, tout comme entretenir des habitudes : toujours mettre les choses à la même place etc.  
Tout comme, il nous est possible de retrouver un objet dont on ne sait plus où on l'a rangé en se demandant où il serait logique de l'avoir rangé.  
Par la suite, une autre forme de mémorisation, de type inconscient (affectif ?) semble encore possible.

GI : donc en fait c'est comme si la routine était structurante

LP : je le pense, c'est en tout cas une donnée de l'observation

GI : est-ce que vous voulez ajouter quelque chose sur ce que je pourrais appeler le potentiel de ces malades d'Alzheimer ou personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer, en termes de potentiel d'apprentissage ?

LP : là à l'instant précis, rien d'autre ne me vient à l'esprit, mais on ne sait jamais, ça peut venir plus tard !

GI : [...] on continue. Le point 2 concerne la formation des professionnels de l'aide et du soin. Alors on ne va pas faire le catalogue des compétences ou des habiletés à enseigner, mais finalement, à partir de votre expérience justement de gériatrie-psychiatre, de cette analyse que vous avez fait, fine, extrêmement fine, de finalement de ce qu'ils nous enseignent ces patients, et aussi grâce aux proches aidants, quels enseignements on tire sur, justement, ce qu'il faut enseigner en termes de compétences à ces professionnels pour qu'ils soient respectueux, en tous les cas qu'ils aient un accompagnement dans la dignité de ces personnes ?

LP : en propos liminaires, je vous dirai que je pense que tout le monde ne peut pas travailler auprès de cette clientèle-là. Des personnes qui sont trop rigides, trop maniaques (au sens populaire du terme, c'est-à-dire : obsessionnels) des gens qui sont caractériels, qui sont trop dans le rapport de force, qui ont trop tendance à résoudre les situations par l'autorité, n'y arrivent pas.

Je crois que ne peuvent vraiment travailler auprès des malades d'Alzheimer (ou assimilés) que des intervenants capables de s'identifier aux patients, de tenter de regarder les choses du point de vue de ceux-ci.

De plus, il faut être capables de donner sans rien attendre en échange, de ne pas vouloir de résultats coûte que coûte, de ne pas demander au patient de changer, de l'accepter comme il est et de faire avec, de se contenter de ce qui se passe et, surtout, de ne pas se persécuter.

GI : d'accord, donc, ça, c'est un peu les prérequis ou du moins ...

LP : Je veux dire qu'il y a trop d'intervenants qui cherchent à obliger, à empêcher, et qui croient qu'on peut vouloir à la place d'un patient.

GI : donc en fait, la leçon 1, c'est « laissez faire »

LP : c'est accepter le plus possible les malades comme ils sont

GI : c'est la tolérance

LP : oui, tout à fait. D'une certaine façon, au risque de me répéter tout le monde ne peut donc pas travailler en gériatrie. Et, je milite pour une sélection du personnel sur critères psychotechniques, je ne me cache pas derrière mon petit doigt pour dire ça.

GI : oui, parce que ...

LP : Pour les mêmes raisons, tout le monde ne peut pas travailler en psychiatrie.

GI : justement, parce que quand je vous entendais parler de donner ... le don de soi, le fait de ne pas exiger, de ne pas attendre etc., ce n'est pas spécifique aux personnes atteintes de maladie d'Alzheimer, c'est spécifique à la gériatrie

LP : Mais, de la même façon, tout le monde ne peut pas être un bon commercial. Celui qui veut toujours avoir le dernier mot ne fera jamais un bon commercial. Il doit laisser le dernier mot à son client, savoir lui dire que son point de vue est légitime (même s'il ne le partage pas). Ça s'apprend, tout comme on doit apprendre à laisser le dernier mot à un patient.

GI : vous parliez des tests psycho-techniques, vous pourriez ...

LP : je ne dirais pas des tests, mais je dirais qu'un bon entretien peut, en soi, être révélateur. A l'époque où j'avais la charge de recruter des collaborateurs, on voyait les candidats à trois : un psy, un médecin, un cadre de santé. Et, effectivement, nous tentions de nous faire une idée de la maturité affective de nos interlocuteurs, ceux-ci n'étant retenus que si nous avions un point de vue unanime (au risque de nous tromper solidairement).

GI : et quand on évalue la maturité affective, justement, c'est le fait de poser des questions, par exemple de ... un petit peu perturber la personne pour voir comment ...

LP : La situation de postulant n'est pas confortable. Il est effectivement important d'en tenir compte et de veiller à ne pas abuser de notre position. Ce qui veut dire que si une forme de fragilité apparaît il faut savoir ne pas insister. Tout entretien doit, de toute façon, se terminer par un temps étayant, que le candidat soit ou non retenu.

GI : et comment on voit si une personne est capable de se persécuter ?

LP : ça, c'est un métier, celui de psychologue clinicien ou de psychiatre. Il s'enseigne par compagnonnage, sur le terrain, avec un maître et un élève. On se forme un peu comme un parfumeur forme son nez ou un œnologue son palais. C'est-à-dire qu'il y a des choses qui se perçoivent parce qu'on l'a appris par l'expérience.

GI : d'accord

LP : Ce qui veut dire aussi qu'il y a une façon de pratiquer la psychologie et la psychiatrie qui fait entrer en ligne de compte la subjectivité du

clinicien, à condition que sa subjectivité ait été correctement éduquée

GI : oui, et puis j'imagine qu'au-delà de cette expertise que vous soulignez en psychologie ou en psychiatrie, cette triangulation avec les trois acteurs, vous devez confronter vos points de vue et inévitablement, s'il y a des divergences, des opinions vraiment opposées ...

LP : on ne retient pas la candidature !

GI : ça doit vous inquiéter en tous les cas

LP : on embauche que si on est d'accord et si on s'est trompé à trois, eh bien on se sera trompé à trois, mais personne ne pourra dire aux autres « c'est toi qui l'a voulu, moi je le voulais pas ». Il faut une solidarité entre les cadres d'une équipe. On peut se tromper, mais il ne faut pas qu'il y ait de divergences de vue, s'il y en a : c'est des problèmes en perspective si par la suite ça se passe mal

GI : et alors donc là, c'est vrai que c'est très important, vous avez raison de souligner que, en amont de la formation que ces personnes pourraient recevoir, avant même qu'on les forme, il faut peut-être veiller justement à ce qu'elles soient dans la bonne ...

LP : Il est important qu'ils n'aient pas à souffrir eux-mêmes, pour que les patients n'aient pas à en souffrir. Qu'eux-mêmes ne soient pas en position de souffrance, enfin, pas trop en position de souffrance

GI : oui, c'est un peu les protéger pour protéger les patients

LP : tout à fait et, je le répète, des attitudes un peu trop rigides ou un peu trop caractérielles risquent d'être catastrophiques. [...]

GI : imaginons qu'on ait recruté le professionnel – on va se mettre dans une situation concrète – on a sélectionné ... on avait besoin de dix professionnels, on en avait une cinquantaine ...

LP : oui, cela peut arriver et c'est fastidieux, mais si on ne le fait pas au départ on risque d'avoir des difficultés par la suite.

GI : voilà. Donc on a réussi ... on les considère, en tous les cas, avec toutes les capacités. Et on va imaginer que ces professionnels sont un peu

hétérogènes, c'est-à-dire qu'il y en a qui ont déjà travaillé, d'autres qui sont juste sortis du lycée, du BEP qui n'est pas forcément adapté. Quel contenu, sans envisager une formation avec des modules etc., il est important à leur donner pour qu'ils s'approprient justement ce contenu pour être bien prêts et ...

LP :

Ensuite, je crois que le contenu idéal d'une formation est ce qui est dans le livre que vous venez de citer. Mais on ne va pas leur faire lire un livre.

Par contre il est important d'expliquer ce qui se passe au niveau de la permanence affective, pour qu'ils prennent conscience du fait qu'ils ont en face d'eux des gens qui sont des handicapés, en ce sens qu'ils n'ont pas la maîtrise consciente et volontaire de leurs facultés et qu'il peuvent en souffrir.

Mais il faut insister sur le fait que les malades concernés ont néanmoins gardé des aptitudes inconscientes, des aptitudes implicites, des aptitudes affectives. C'est-à-dire que pour eux comme pour nous il y a une logique derrière les conduites, mais chez eux c'est une logique qui n'est pas régulée par la cognition, alors que, de plus, ils métabolisent mal leurs émotions.

Avec eux il nous faut mobiliser nos canaux affectifs, comme une mère s'y prend pour percevoir les besoins de son enfant (on parle à ce sujet d'accordage affectif).

Ils vont devoir travailler à partir de ce qu'ils ont fait, ce qu'ils ont dit, ce qu'ils ont ressenti, dans des temps de « debriefing » et ce sont ces temps qui seront formateurs. Des temps où, une ou deux fois par semaine – l'idéal, serait une fois par jour – ce qu'on a fait de plus aberrant est analysé pour tenter de le comprendre et pour tenter de voir à quoi on a répondu sans le savoir.

Peut-être, par exemple, que : « quand j'ai donné la main à une vieille dame, ai-je répondu sans le savoir à son besoin de protection comme une petite enfant ».

L'important, c'est de parvenir, avec eux, à faire des hypothèses pour donner du sens à ce qui s'est passé de manière intersubjective, entre eux et le ou la malade. Et à partir de là, ils pourront avoir des satisfactions professionnelles.

Ce qui est la clé de la bienveillance sera leur intelligence et les temps consacrés à penser, à remettre de la pensée là où des patients ont pour fonction d'évacuer la pensée, de neutraliser la pensée. Car les malades d'Alzheimer sont des malades amnésiants. C'est notamment pour ça,

que les soignants doivent être épaulés par des gens formés.

C'est le rôle du psychologue clinicien de diriger ce type de temps, ce qui représente une formation permanente : en situation clinique. Ce qui n'empêche pas d'aller faire un diplôme à l'université, tels que ceux que nous proposons à l'Université de Lyon 2 en psychologie gérontologique et en thérapie relationnelle.

GI : ce que j'apprécie beaucoup dans vos propos, c'est que ce que finalement vous suggérez, au-delà d'un contenu ou d'une formation etc., c'est une formation comme vous le dites sur le terrain, donc vraiment une démarche inductive bien approfondie et puis surtout qui s'enracine dans une évaluation ou une analyse de pratiques

LP : c'est un coaching permanent par un psychologue clinicien formé. Coach, en ce sens qu'il accepte un rôle de tuteur intellectuel et affectif du groupe

GI : alors ça, c'est un rêve ou ça existe ?

LP : je l'ai réussi dans certaines institutions, je suis en train de le réussir dans une unité de soins à Fourvière. C'est donc possible.

GI : est-ce qu'on a suffisamment ... si on faisait un sondage ou on envoyait des questionnaires dans les services qui sont concernés en France etc., est-ce qu'on aurait un taux de répondants qui confirmeraient ce que vous dites, c'est-à-dire que c'est une réalité, ou bien on aurait peut-être 10 % de réponses en disant « oui, on a coach, mais il n'est pas ... »

LP : Je pense que là où le psychologue clinicien est à 50 % ou à 100 %, vous auriez un taux de réponse acceptable. Mais le meilleur moyen de montrer qu'un psychologue ne sert à rien, c'est de l'embaucher à 10 %.

Mais, là où il y a une équipe suffisamment stable sur plusieurs années, avec un médecin et un cadre de santé qui s'entendent bien, qui ont des idées communes, et là où il y a un projet suffisamment partagé avec un psychologue intégré dans l'équipe d'encadrement, il se passe des choses intéressantes.

Je peux par exemple vous citer l'unité Les Coquelicots à l'hôpital de Pont de Veyle, dans l'Ain, ou l'unité Sainte Anne à l'hôpital de Fourvière, à Lyon, où existe ce type de fonctionnement.

GI : donc un recrutement sérieux, bien balisé, ensuite des professionnels bien accompagnés, bien coachés, dans un contexte institutionnel avec un projet de service, donc un projet aussi d'établissement sans doute ...

LP : oui ! Si je prends l'exemple des Coquelicots, qui est l'unité Alzheimer d'un hôpital local, pendant les dix-huit mois précédant l'ouverture, des soignants (ASH inclus) qui s'étaient portés volontaire ont eu une formation, une fois par mois, tout en participant à la rédaction du projet. Après avoir assuré leur formation je les ai revus quatre fois pendant l'année qui a suivi l'ouverture, pour analyser leurs principales difficultés, et j'ai pu constater qu'ils avaient progressé de façon merveilleuse, pour inventer leur métier.

Cela dit, une dimension essentielle de la qualité des soins repose sur la présence et l'implication de l'encadrement. Ce qui, dans cette institution, se traduit notamment par la présence des bureaux de la psychologue et de la cadre de santé même de l'unité. Ajoutons, ce qui traduit l'intérêt porté à cette unité, est la présence d'un poste de veille en son sein. Et l'équipe de nuit n'est pas en reste dans la créativité. Ce faisant, même la nuit, il se passe des choses extrêmement intéressantes

GI : mais quand vous dites en fait ... là vous parlez quand même de manière ... je sais que vous êtes convaincu, que vous parlez de réussite, donc, c'est vrai que quand on tire les enseignements d'expériences réussies, c'est particulièrement utile. C'est aussi intéressant de comprendre là où ça ne marche pas, en l'occurrence vous savez très bien qu'aujourd'hui, tous les professionnels généralement soulignent le fait qu'ils n'ont pas assez de moyens, qu'ils manquent de temps, que les effectifs ne sont pas suffisants et pourtant ...

LP : Effectivement les ratios de personnels sont insuffisants et tout le monde court après le temps, mais les choses iraient mieux si les mêmes professionnels, par exemple, travaillaient en prenant en compte un concept clé qui est le concept d'attaque à la pensée, qui permet d'expliquer nombre de phénomènes éprouvés. Malheureusement, il y a une ignorance, parfois totale, des concepts psychodynamiques, avec de nombreux sont les intervenants qui continuent à considérer qu'ils ont en face d'eux des morts du cerveau alors qu'ils ont des gens bien vivants,

mais ne pouvant s'appuyer que sur les compétences affectives de leur cerveau.

Et ce type d'ignorance risque de conduire à tenter de passer en force, avec des solutions techniques : bracelets électroniques, multiplication des portes, des verrous, des attaches et que sais-je encore, là où bien souvent la solution des difficultés est dans la tête des soignants, leur travail psychique pouvant receler un vrai pouvoir clinique !

GI : mais ces solutions techniques ... donc vous décrivez les pratiques maltraitantes, clairement ...

LP : elles peuvent le devenir.

GI : elles sont renforcées par le fait que les gens ne sont pas suffisamment formés, ou vous voulez dire qu'il y a aussi des personnes qui ont une formation ... ?

LP : Je crois que refuser l'approche psychodynamique et vouloir simplement faire du comportemental, constitue une impasse intellectuelle. Or on ne peut pas traiter un problème tant qu'on manque des outils qui permettent une compréhension minimale.

On le résout mal parce qu'on le pose mal, en étant dans une vision animale au lieu d'être dans une compréhension humanisante. On se conduit alors, trop souvent, comme des botanistes voire des vétérinaires avec les patients, à ça près, comme disait Geneviève Laroque, que les vétérinaires, eux, font volontiers de la psychologie ! Je ne citerai pas d'équipes, mais il y a vraiment des gens que je redoute pour leur idéologie.

GI : on a bien compris que ces patients doivent être considérés comme des personnes, avec ... vous l'avez dit, elles doivent être considérées comme si elles étaient en situation de handicap, qu'elles vivent une souffrance et donc qu'il faut être dans une certaine empathie mais justement, cette empathie, elle ne peut pas s'exprimer comme on le fait chez la personne qui a toutes ses capacités, n'est-ce pas ? Donc c'est beaucoup ... ça demande des habiletés, un potentiel psycho-affectif assez important. Vous avez aussi souligné les conditions institutionnelles qui doivent être favorables et enfin, vous avez ouvert sur les risques de pratiques maltraitantes et du coup ...

LP : je viens, en effet, de parler d'approches théoriques à mon avis plus stériles que d'autres,

mais j'ai aussi cité quelques exemples d'institutions qui marchent bien, même si ce n'est jamais facile. J'ajouterai que j'espère qu'il y en a plus que deux ou trois en France

GI : oui, alors justement, si on faisait à l'heure où nous sommes en train avec le Ministère, pour alimenter la loi Autonomie, nous sommes en train de réfléchir à la question de la bientraitance, et en fait, sans réinventer ou avoir l'impression qu'on réécrit les choses, qu'est-ce qui est à retenir, je dirais de manière vraiment appuyée ? Qu'est-ce qui est à retenir pour ces professionnels-là, pour une approche et une pratique bientraitantes, en tous les cas qui contribue à lutter ... ? en plus aujourd'hui, c'est la journée internationale de lutte contre la maltraitance, donc c'est ...

LP : ah oui, c'est bien. Je dirai déjà, qu'il y a des basiques, c'est : « bonjour », « merci », « s'il vous plaît », « excusez-moi », qui sont des phrases qu'on aimerait entendre plus souvent. C'est tout comme regarder les gens, s'adresser à eux, considérer qu'ils sont des interlocuteurs, aussi handicapés soient-ils. Parmi les autres basiques de la relation, il y a : « Vous avez raison, c'est bien normal » et, pourquoi pas, je l'ai déjà évoqué : laisser le dernier mot au patient.

Néanmoins, de mon point de vue, la bientraitance passe par le temps consacré à la réflexion sur sa propre pratique. C'est l'intelligence des soignants qui les rend bientraitants.

C'est généralement dans l'après coup que ça peut se passer. Ce qui est important, est donc qu'il y ait des temps de réflexion clinique.

La procédure institutionnelle, la seule qui devrait exister, la seule qui devrait être obligatoire, c'est celle consistant à réfléchir dans l'après-coup, sur : « comment je m'y suis pris pour me faire avoir ? », « j'ai crié, j'ai fait ceci, j'ai fait ceci ou cela comment peut-on expliquer que je sois tombé tête baissée dans une telle provocation ? » Et c'est là qu'intervient l'intelligence des soignants dans le cadre de réunions d'analyse clinique.

On ne devrait jamais prendre de décision dans un couloir. Certes, celui qui est présent fait ce qu'il peut en urgence. En urgence, c'est celui qui est présent, qui était là, on n'a pas à contester ce qu'il a fait, puisqu'on n'était pas à sa place. Mais dans l'après-coup, on peut réfléchir aux tenants et aux aboutissants, aux enjeux et aux déterminants de ce qui s'est passé et progresser grâce à ça !

La règle devrait être de ne prendre de décisions pérennes qu'après une réflexion pluridisciplinaire et dans un cadre rigoureux, à échéances

régulières. Peut-être qu'on parlera cent fois de Madame Untel et pas des autres, parce que Madame Untel pose plus de problèmes, mais il est capital d'essayer d'expliquer ce qui se passe, de réfléchir à ce qu'on est en train de faire. Quel sens ça a pour elle ? Quel sens ça a pour moi ? A partir de là, peut-être qu'on progressera. Madame Untel sera peut-être une Madame École et elle nous aura fait progresser au bénéfice de tous.

Je dirais que, même si dans la vie quotidienne on s'occupe plus d'une malade que des autres, c'est parce que : elle est celle qui a le plus de besoins, celle qui est le plus en souffrance, celle qui est le plus dans la demande. C'est de nature à rassurer tout le monde, chacun percevant que si demain il est « le plus en souffrance », on s'occupera plus de lui.

Et c'est très important. Car, ce n'est pas parce qu'on ne peut pas tout faire qu'on ne doit rien faire.

Réfléchir à propos du cas d'un patient, constitue peut-être la vraie formation sur le terrain. C'est ça aussi la clé de la bientraitance qui passe, à mon avis, par préserver et développer la capacité de penser des soignants. En effet, le soignant qui fait l'impasse de penser (qui n'en protège pas la possibilité et le temps essentiels) est comme le voyageur qui ne prends pas le temps de regarder la carte. Il va s'épuiser à tourner en rond. Le temps pris à regarder la carte fait gagner du temps. C'est comme la prévention d'escarres, elle fait gagner du temps. Le temps consacré à la réflexion, fait gagner du temps.

GI : oui, alors me vient une question quand je vous entends parce que vous avez l'air quand même d'être assez ... Dans vos propos, on distingue vraiment l'institution hospitalière ou l'EHPAD, mais en fait, il y a quand même une particularité pour les professionnels qui travaillent à domicile. Vous parlez d'équipes pluridisciplinaires. À domicile, les équipes sont éclatées ou on pourrait dire que c'est presque une équipe qui est virtuelle. Dans ce contexte d'équipe particulière à domicile comment ... et puis du huis clos – je veux dire qu'en institution, c'est quand même très différent. Comment faire et comment appréhender justement ... comment permettre aux professionnels d'être ... d'avoir les éléments en main ?

LP : Là encore, la réflexion doit être pluridisciplinaire. Sur le terrain, l'équipe est principalement une équipe d'aides-soignantes, c'est-à-dire n'est pas pluridisciplinaire en ce sens qu'elle est d'orientation somatique. Mais la

réflexion, elle, doit nécessairement être pluridisciplinaire. Pour que les naïvetés des uns interpellent les certitudes des autres. Pour que chacun puisse mettre son point de vue en perspective de celui des autres, ce qui est indispensable. C'est là précisément que les choses soient regardées à la lumière du savoir psychologique.

Si on faisait du commerce, si on vendait des automobiles, on le ferait. Si on faisait du marketing, on le ferait, on repasserait les choses à la lumière des besoins psychologiques du client et de l'impact psychologique qu'on veut avoir.

Il faut savoir que la façon de faire va changer si nos représentations changent dans nos têtes. L'enjeu clinique, c'est de faire évoluer les représentations de la situation chez les différents intervenants. Ce n'est pas de dire « on va faire tous pareil ». Non, c'est se dire « on va tenter de parvenir à une représentation commune » et, à partir de là, chacun fera à sa façon mais, sur la même toile de fond. Ce qui va tout changer, ce sont les nouvelles hypothèses sur ce qu'il se passe avec Monsieur Untel ou Madame Untel, entre lui et ses proches, mais aussi au fond de lui dans sa tête, dans son affectivité la plus profonde, y compris avec les contradictions qui peuvent habiter tout être.

Et, à ce propos, il y a des gens qui peuvent sans en avoir conscience (sans que nous en ayons nous même conscience) demander une chose et son contraire. Ils peuvent nous dire implicitement « j'ai envie de rester chez moi et j'ai peur de rester chez moi », ou « j'ai envie de rentrer chez moi et peur de rentrer chez moi ». Cela se traduira par des conflits en équipe, certains ayant perçu une face du message et d'autres étant sensibles à son pendant contradictoire. Il faut alors pouvoir se représenter les sujets concernés comme « habités de contradictions » pour leur rendre leur unité et en faire de même pour l'équipe.

GI : oui, mais là on entend bien dans votre discours que vous êtes un expert avec tant d'années derrière vous, et vraiment avec une vision juste, précise, c'est remarquable !

LP : c'est pour cela que vous m'interrogez, je suppose !

GI : absolument !

LP : parce que j'ai des kilomètres au compteur !

GI : absolument ! Cependant, la question que je me pose c'est, dans un contexte comme aujourd'hui, avec bon nombre de professionnels qui sont très peu formés, voire pas formés du tout, avec ces référents pas forcément présents sur le terrain et ces psychologues qui ne sont pas forcément motivés comme vous le soulignez, voyez ? Donc il y a ces espèces de facteurs de fragilité dans le dispositif qui font qu'à un moment donné, il y a des éléments qui manquent et qui feront que ça ne peut pas marcher, forcément, vous voyez ce que je veux dire ?

LP : et c'est à ce moment-là que risque d'émerger la tentation de passer en force, de devenir directif et très vite maltraitant si on n'y prend pas garde, parce qu'on se met à vouloir à la place de l'autre, à l'obliger, à l'empêcher et à le contraindre.

Cela dit, les personnes âgées, notamment les malades d'Alzheimer sont très fortes pour résister. Elles ont une expérience comportementale qui va leur permettre de faire souffrir ceux qui les font souffrir

GI : d'accord, vous pouvez expliquer ?

LP : des situations d'agressivité réciproques, il y en a dans les institutions, il y en a aussi à domicile et les personnes âgées ont une grande capacité à mener la vie dure à ceux qui la leur mènent, en développant des troubles du comportement ou en présentant des décompensations somatiques, quitte à y laisser leur vie.

Mais, ce que je viens de vous dire, j'aurais pu vous le dire de même pour des adolescents.

C'est pourquoi du personnel insuffisamment formé, des personnels recrutés à la va-vite ou de passage, c'est problématique, tout comme des personnels qui n'ont pas l'idée de ce qui pourrait être un fonctionnement relationnel différent du fonctionnement agressif (ou de la peur) dans lequel ils sont familialement ou socialement coincés.

C'est pour ça qu'existent les formations, c'est pour ça qu'on va prêcher dans le désert et que chaque semaine, que je prends mon bâton de pèlerin pour aller faire des conférences et dire « attendez, il y a peut-être des solutions alternatives, ne désespérons pas, n'ayez pas peur ! ». C'est pour ça, aussi, qu'existe Gériologie et Société.

GI : justement, à propos de peur, il y a quelque chose qui m'a toujours intriguée, s'agissant de ces personnes qui sont dans ce style de maladie, qui sont touchées par ces maladies, c'est le fait

qu'elles semblent avoir besoin d'affection, besoin d'amour, et du coup, cette distance que l'on impose aux professionnels, comment on peut répondre à cette demande affective et en même temps garder la juste distance ?

LP : hé bien c'est là qu'il faut briser un tabou et savoir qu'on peut travailler avec ses propres affects, mais en le faisant avec sa tête, et que, justement, c'est l'investissement du patient par le thérapeute et du thérapeute par le patient qui vont être porteurs, qui vont faire qu'il se passe des choses. Et l'investissement, c'est affectif. Si on veut être à distance, si on ne veut pas s'impliquer affectivement, il ne se passe rien. Si on est dans la rotation permanente du personnel, pour qu'il ne se crée pas de liens, si on est dans la distance aseptisée, c'est catastrophique car on est maltraitant sans le savoir. Il faut accepter que des relations s'établissent, que des liens se tissent. Et il faut travailler ensuite sur ces liens.

[fin fichier 2]

LP : Mais, attention, si l'affect est un des ressorts principaux du soin, c'est à condition qu'il ne soit pas dévorant, voire délétère, donc qu'il soit géré intelligemment. Ce qui nous ramène à une nécessaire tentative de compréhension de ce qui se passe, en référence à une théorie du psychisme et des relations.

C'est là encore que ceux qui disposent de ces étayages théoriques peuvent être utiles aux intervenants dits : de contact. Je reviens là à ce que je disais tout à l'heure concernant le rôle du psychologue, mais le levier du soin, c'est l'affect ... l'affect bien utilisé ...

Et, à ce propos il faut faire référence à la pression exercée par les malades d'Alzheimer dont la demande est essentiellement de type abandonnique : « toi, rien que toi, tout le temps toi, tu es responsable de tout ce qu'il m'arrive, occupe-toi de moi, que de moi, vingt-quatre heures sur vingt-quatre... » Et là, il faut pouvoir à la fois répondre et résister de façon souple (non agressive) à un sujet dont la demande vampirise jour et nuit son entourage familial et/ou thérapeutique.

Cela dit on peut être amené à recourir aux médicaments pour faire baisser les tensions et faire que les patients soient moins sous pression émotionnelle et moins anxieux donc moins abandonnique, ce qui, reconnaissons-le, est loin d'être facile.