Zeitschrift: Curaviva : revue spécialisée

Herausgeber: Curaviva - Association des homes et institutions sociales suisses

Band: 9 (2017)

Heft: 2: Démence : recherche, stratégies et concepts de soins

Artikel: Plaidoyer en faveur d'un autre accompagnement du vieillissement cérébral et cognitif : "Pourquoi ne pas reconnaître qu'on s'est trompé?"

Autor: Nicole, Anne-Marie / Linden, Martial van der

DOI: https://doi.org/10.5169/seals-841488

Nutzungsbedingungen

Die ETH-Bibliothek ist die Anbieterin der digitalisierten Zeitschriften auf E-Periodica. Sie besitzt keine Urheberrechte an den Zeitschriften und ist nicht verantwortlich für deren Inhalte. Die Rechte liegen in der Regel bei den Herausgebern beziehungsweise den externen Rechteinhabern. Das Veröffentlichen von Bildern in Print- und Online-Publikationen sowie auf Social Media-Kanälen oder Webseiten ist nur mit vorheriger Genehmigung der Rechteinhaber erlaubt. Mehr erfahren

Conditions d'utilisation

L'ETH Library est le fournisseur des revues numérisées. Elle ne détient aucun droit d'auteur sur les revues et n'est pas responsable de leur contenu. En règle générale, les droits sont détenus par les éditeurs ou les détenteurs de droits externes. La reproduction d'images dans des publications imprimées ou en ligne ainsi que sur des canaux de médias sociaux ou des sites web n'est autorisée qu'avec l'accord préalable des détenteurs des droits. En savoir plus

Terms of use

The ETH Library is the provider of the digitised journals. It does not own any copyrights to the journals and is not responsible for their content. The rights usually lie with the publishers or the external rights holders. Publishing images in print and online publications, as well as on social media channels or websites, is only permitted with the prior consent of the rights holders. Find out more

Download PDF: 04.07.2025

ETH-Bibliothek Zürich, E-Periodica, https://www.e-periodica.ch

Plaidoyer en faveur d'un autre accompagnement du vieillissement cérébral et cognitif

«Pourquoi ne pas reconnaître qu'on s'est trompé?»

En opposition à l'approche biomédicale de la démence, le neuropsychologue Martial Van der Linden défend une approche psychologique et psychosociale qui tient davantage compte de la complexité du vieillissement cérébral et cognitif et de la personne dans son individualité.

Propos recueillis par Anne-Marie Nicole

Martial Van der Linden, vous vous opposez farouchement à l'approche biomédicale de la démence. Que lui reprochez-vous?

Martial Van der Linden - Le modèle biomédical dominant considère que le vieillissement cognitif et cérébral problématique serait le résultat de maladies spécifiques, telles que la maladie d'Alzheimer, la démence fronto-temporale, la maladie à corps de Lewy, etc., qui auraient chacune une cause spécifique. Dès lors, des moyens très importants sont investis dans la recherche et dans les centres du cerveau pour explorer les soubassements neurobiologiques de ces maladies dans l'espoir de trouver les médicaments pour les guérir.

Martial Van der Linden est docteur en psychologie et professeur de psychopathologie et de neuropsychologie aux Universités de Genève et de Liège. Il consacre une partie de ses travaux aux effets du vieillissement sur le fonctionnement de la vie quotidienne, dans une perspective multifactorielle et intégrative. Il développe des méthodes d'intervention psychologique dans le vieillissement cérébral et cognitif problématique. Enfin, il est le co-auteur de l'ouvrage publié en 2014 «Penser autrement le vieillissement» et il anime, avec son épouse Anne-Claude Juillerat Van der Linden, neuropsychologue clinicienne, le blog www.mythe-alzheimer.org.

En quoi ce modèle est-il contestable?

Prenez l'exemple de la maladie d'Alzheimer: par le passé, on la caractérisait essentiellement par les troubles de la mémoire. Aujourd'hui, tout le monde est d'accord pour dire qu'elle peut s'exprimer par des difficultés cognitives variées (problèmes exécutifs, langagiers, perceptifs, gestuels, etc.), avec ou sans troubles de la mémoire. Nous sommes ainsi confrontés à une grande hétérogénéité des symptômes, mais aussi des manifestations neuropathologiques, ce qui est en contradiction avec la conception essentialiste et catégorielle du modèle biomédical. Il est donc vain de penser qu'il y aura un médicament «miracle» qui guérira cet état multifactoriel.

Êtes-vous en train de dire que, à ce jour, la recherche scientifique et médicale n'a rien apporté?

Elle n'a pas produit grand-chose, c'est incontestable. La grande majorité des dizaines de milliers d'articles scientifiques consacrés à la maladie d'Alzheimer au cours de ces trois dernières décennies n'ont rien apporté de significatif à la compréhension de cette «maladie».

Faut-il donc stopper la recherche?

Surtout pas! La recherche a plus que jamais son rôle à jouer. Mais il faut éviter une recherche réductrice pour privilégier une recherche plus systémique qui va explorer l'ensemble des mécanismes impliqués dans le vieillissement cérébral et cognitif problématique et qui diffèrent d'une personne à l'autre. Cela change tout!

«Il y existe toute une série d'interventions psychosociales qui visent à intégrer davantage les personnes dans leur milieu de vie, par exemple par le biais des relations intergénérationnelles», affirme Martial Van der Linden Photo: Verywell.com

Aurait-on fait tout faux jusque-là?

On peut se poser la question. Allons-nous donc poursuivre dans cette voie? Pourquoi ne pas reconnaître qu'on s'est trompé? Ce qui est scientifiquement tout à fait acceptable. Au cours des vingt, trente ou quarante dernières années, on n'a pas trouvé d'explication solide à la maladie d'Alzheimer, pas un seul médicament non plus. On peut donc légitimement se demander si on ne devrait pas envisager le vieillissement autrement. Et je ne suis pas le seul à le dire… Par ailleurs, le modèle biomédical favorise une «alzheimerisation» de la société, il ouvre une perspective traumatisante et tient des discours apocalyptiques.

«À plus de 90 ans, un grand nombre de personnes ont des troubles cognitifs importants.»

Quelle est cette autre approche du vieillissement que vous préconisez?

L'approche que je défends peut se résumer d'une façon assez simple: c'est de dire que le vieillissement fait partie de l'aventure humaine. Les difficultés cognitives de mémoire et d'attention liées à l'âge font partie du vieillissement, j'en suis d'ailleurs le témoin quotidien! Car c'est un fait: le vieillissement affecte le fonctionnement cérébral et cognitif. Mais, bien entendu, il y a des différences très importantes d'un individu à l'autre. Certains souffrent de dysfonctionnements graves qui entravent leur autonomie tandis que d'autres présentent des difficultés légères qui progressent peu. Il faut aussi se rappeler qu'à 90 ans et au-delà, un grand nombre de personnes âgées ont des troubles cognitifs importants, souvent couplés avec des comorbidités. Même avec des mesures de prévention, le cerveau vieillit. N'oublions pas que nous sommes tous mortels.

>>

Comment rendre compte de ces différences entre les individus dans le vieillissement?
Les études épidémiologiques se multiplient et apportent des résultats de plus en plus plausibles montrant que le vieillissement cérébral et cognitif problématique est influencé par de multiples facteurs médicaux, psychologiques, culturels, sociaux, etc. qui interviennent tout au long de la vie, dès la naissance. Il existe des index de facteurs de risques qui montrent que le cumul de plusieurs de ces facteurs augmente le risque de développer une démence. L'approche que nous défendons est donc très différente du modèle biomédical, qui concentre tous ses efforts de recherche sur les protéines amyloïdes et tau, lesquelles, d'ailleurs, ne seraient pas les facteurs causaux de la dégénérescence, selon certains neurobiologistes, mais des réactions protectrices du cerveau face à d'autres anomalies.

«Il faut passer d'une culture centrée sur le soin à une culture centrée sur la personne et son bien-être.»

Quels sont ces multiples facteurs de risque qui interviennent tout au long de la vie?
La dépression, le tabagisme, l'hypertension, le diabète, l'inactivité physique, l'obésité sont, entre autres, des facteurs de risque. Les pesticides, les toxines environnementales également. Une étude canadienne a récemment montré que les personnes les plus exposées à la pollution de l'air engendrée par les véhicules automobiles avaient un risque significativement accru de développer une démence. On sait maintenant que c'est aussi le cas, par exemple, des personnes ayant vécu dans un milieu socialement défavorisé (y compris dès l'enfance). Le régime alimentaire est tantôt un facteur de risque tantôt un facteur de protection tandis que l'insertion sociale et avoir des buts dans la vie sont des facteurs de protection. Ainsi, ces facteurs interviennent tout au long de la vie selon des mécanismes neurobiologiques spécifiques, qui peuvent conduire à un vieillissement cérébral et cognitif plus ou moins problématique selon les individus. Le facteur de risque le plus important reste néanmoins celui de l'âge.

Dès lors quel type d'accompagnement du vieillissement suggérez-vous?
Il conviendrait d'allouer davantage de ressources pour développer des démarches taillées sur mesure, permettant de répondre aux difficultés ressenties par les personnes âgées et d'améliorer leur bien-être et leur qualité de vie. Il existe des interventions psychologiques qui, plutôt que de se focaliser sur les déficits, exploitent les capacités préservées des personnes pour les aider à être plus autonomes dans leur vie quotidienne. Il y a également toute une série d'interventions psychosociales qui visent à intégrer davantage les personnes dans leur milieu de vie, par le biais des relations intergénérationnelles et des activités artistiques, par exemple. Il faut créer une société amie des personnes présentant une démence, qui reconnaît qu'il y a des personnes âgées avec des troubles cognitifs, mais qui ne les considère pas comme des malades. Rappelons-nous: nous sommes tous, à un moment donné, vulnérables au vieillissement problématique.

«Je crois aux interventions taillées sur mesure, en fonction des besoins de chacun.»

Ce ne sont pas des malades, dites-vous. N'y a-t-il donc pas de maladie non plus?
Je ne minimise pas les troubles dont souffrent certaines personnes. Je conteste l'existence de la maladie d'Alzheimer et l'interprétation essentialiste qui en est faite, mais je ne nie pas les problèmes que recouvre cette étiquette. Simplement, j'aborde les choses d'une autre manière.

Ce serait donc davantage une question sémantique?
Ce n'est pas qu'une question sémantique: il s'agit de prendre en compte l'extrême complexité et les nuances du vieillissement cognitif et cérébral. Cependant, les mots ne sont pas neutres. La démence est un terme qui charrie des connotations tellement stigmatisantes et dégradantes! Et celui qui reçoit le diagnostic d'Alzheimer doit en même temps supporter tout le fardeau qui va avec: l'image de zombie, la perte d'identité, etc. Alors oui, je suis favorable à ce qu'on ne parle plus d'Alzheimer, ni de de démence, mais, par exemple, de vieillissement problématique (déterminé par des facteurs et des mécanismes multiples). Cela raconte un autre récit…

L'autre axe que vous privilégiez est celui de la prévention.
En effet, c'est un axe fondamental, à condition de ne pas faire dépendre la prévention uniquement du bon vouloir de la personne, mais de lui donner les moyens de le faire et de l'accompagner dans la réalisation des activités de prévention. Pour être efficace, la prévention doit relever d'une volonté politique et s'appuyer sur des structures de proximité intégrées dans la communauté. Elle doit prendre en compte différents aspects: activité physique, rôle social, alimentation équilibrée, relations intergénérationnelles, avoir des buts dans la vie et des activités à défi… Je suis pour une prévention raisonnable, à la portée de chacun, sans que cela dépende des moyens socio-économiques à disposition.

Vous portez un regard très sévère sur les EMS et sur leurs pratiques en matière d'accompagnement des personnes souffrant de troubles cognitifs.
Oui, très sévère, même s'il y a des EMS meilleurs que d'autres. Personne aujourd'hui ne veut aller vivre en EMS. Faire ponctuellement de l'intergénérationnel ne suffit pas à régler le problème. Je ne dis pas que rien ne bouge, mais il faut changer profondément d'état d'esprit pour passer d'une culture centrée sur le soin et la bureaucratie à une culture centrée sur la personne et son bien-être. Je considère que ce n'est pas la société qui doit entrer dans l'EMS, mais les personnes qui doivent sortir de l'EMS et interagir avec l'environnement social.

Que proposez-vous?
D'abord, de s'éloigner de l'approche médicale, ne plus envisager les structures à partir des besoins médicaux. Il faut des structures de plus petite taille dans lesquelles les personnes se sentent libres et conservent un contrôle sur leur existence. Il

faut également réduire la surconsommation médicamenteuse. Je suis par ailleurs opposé aux structures spécialisées qui sont sources d'isolement social et de stigmatisation. Il faut également faire preuve de créativité pour concevoir d'autres types de structures. Je ne dis pas que cet exemple est généralisable, mais on trouve en Hollande, notamment, des fermes de petite taille qui ne sont plus rentables et qui ont combiné une activité agricole avec une structure d'accueil et d'hébergement pour personnes avec une démence, lesquelles peuvent se promener en toute sécurité et aider aux travaux de la ferme. Mais tant qu'on n'aura pas la volonté politique de changer à long terme, nous ne verrons que des changements qui dépendront des initiatives individuelles.

Les efforts de formation déployés depuis quelques années par les établissements ne sont-ils pas suffisants à vos yeux?

Les choses changent, mais à la marge. Je crois aux interventions taillées sur mesure en fonction des besoins de chacun. En ce sens, il existe diverses approches dites centrées sur les besoins non satisfaits. Plutôt qu'appréhender le comportement dérangeant d'une personne comme le résultat de sa démence, on peut apprendre au personnel à analyser les raisons pour lesquelles une personne est agitée ou déambule. Parmi les besoins considérés, les plus fréquents sont l'ennui, la privation sensorielle, le besoin d'interaction sociale, la douleur et l'inconfort physique qu'on oublie très souvent, une mauvaise interprétation de la situation (due à des problèmes auditifs ou visuels). On parvient ainsi à réduire significativement la déambulation ou l'agitation. Quand je dis changement de culture, c'est aussi arrêter le langage «pépé-mémé», la voix fluette avec l'intonation qui remonte à chaque fin de phrase.

«Il est vain de penser qu'il y aura un médicament qui guérira cette maladie multifactorielle.»

L'approche biomédicale de la démence et votre approche psychosociale peuvent-elles cohabiter?

Ah non, certainement pas! Je milite pour sortir le vieillissement de l'emprise strictement médicale. Cela ne veut pas dire qu'il ne faut plus de médecin, mais cela implique de créer des structures d'accompagnement et de conseil pluridisciplinaires, dans lesquelles le médecin aura une place au même titre que d'autres intervenants. Il est temps d'imaginer des structures implantées dans le milieu de vie des personnes, en lien direct avec les médecins généralistes, les services sociaux, les associations, etc…

Où en est le large débat citoyen sur le vieillissement auquel vous aspirez?

Il n'a pas vraiment lieu et ce n'est pas faute d'essayer! Le regard sur le vieillissement est en train de changer progressivement, mais c'est un travail de longue haleine qui demande beaucoup d'énergie. Les gens sont très réceptifs, mais l'empire Alzheimer et le pouvoir médical restent très forts, dans les pays francophones tout particulièrement. ●

THE BENCHMARK MACHINES

UNE VÉRITABLE
INNOVATION

Les nouveaux lave-linge PERFORMANCE et PERFORMANCE PLUS pour une capacité de charge de 10-20 kg font certaines choses différement. Et beaucoup de choses mieux.

Miele
PROFESSIONAL

056 417 27 51 | professional@miele.ch |
www.miele.ch/pro/benchmark