

Six expériences en psychiatrie des personnes âgées

Santé mentale et vieillissement

Grâce aux progrès de l'hygiène, de la chirurgie et de la médecine dans les pays développés, l'allongement de la durée de vie ne cesse de croître, bouleversant ainsi la pyramide des âges.

Sans doute parce que le nombre grandissant des bénéficiaires de ce supplément d'années fait problème pour une société qui tarde à s'adapter à ce nouvel équilibre des âges ; sans doute aussi parce que les dispositions culturelles de cette société l'inclinent à négliger la part grandissante prise par ceux qui vieillissent et à ne pas tisser avec eux de nouveaux liens, les bénéficiaires des années supplémentaires se trouvent souvent seuls et dépourvus des moyens d'affronter les aléas de leur supplément de vie. Ils se sentent abandonnés ; ils se déprécient, perdent le souci d'eux-mêmes et se désespèrent souvent.

De tout les maux de l'âge aujourd'hui il n'est pas sûr que le déclin physique soit le plus important mais, plutôt, ce manque de perspective et d'espoir qui engage dans la tristesse, la dépréciation de soi, et leurs traductions que sont les dépressions et les suicides.

C'est dire que la société tout entière est en cause pour ne pas accompagner, comme elles le souhaiteraient, les personnes âgées ; mais c'est dire aussi que dans le registre des soins regardant cet accompagnement insuffisant, ce sont les soins mentaux, ceux du souci de soi et de l'autre, soit une culture de la santé mentale qu'il convient de mettre à l'étude afin que cette action-là, sur le mental, trouve ses moyens, ses hommes et son organisation. Il n'échappera pas ce que peut avoir de redoutable l'aspect préventif d'un tel dispositif de soins qui, sous couvert de santé mentale et d'humanisme pourrait conduire à une mise sous observation et surveillance d'une population entière, et déboucher sur un système politique de psychiatisation de la société.

C'est sans perdre de vue cet écueil et en sachant que la mise en œuvre de tout dispositif sanitaire doit inclure dans ses démarches techniques des butoirs internes qui ménagent à l'individu tant que le faire se peut l'exercice de ses libertés que ce numéro de Pluriels N°50-51 présente six expériences de prise en charge et de considérations psychiatriques des personnes âgées.

Ces six expériences doivent servir d'introduction à un futur numéro de Pluriels qui se proposera d'exposer les réflexions de la Mission Nationale d'appui en Santé Mentale dans ce domaine.

R. Lepoutre ●

Pau : l'expérience de la création du département de géronto-psychiatrie du Centre Hospitalier des Pyrénées

(Pour Chantal et Lucette)

Pour retracer cette expérience nous avons reçu de Philippe Guillaumot une longue et remarquable analyse du développement depuis 1985 d'un projet aujourd'hui mis en œuvre du département de géronto-psychiatrie au Centre Hospitalier des Pyrénées. Nous donnons ici de ce texte un résumé, trop bref, mais qui invitera sans doute le lecteur à le lire dans son intégralité sur Pluriels-News (site de la Mission www.mnasm.com).

1985-1988 : contexte négatif de l'émergence de ce projet

- Un secteur adulte de psychiatrie publique principalement urbain à forte densité de clientèle de personnes âgées,
- Sur l'hôpital, à peu près 20 % des lits sont occupés par des personnes âgées (soit environ 120 lits),
- Une sensibilité à ce problème (dans ce secteur) avec des actions qui ne sont pas pérennisées :

(suite page 2)

AU SOMMAIRE

Pau : l'expérience de la création du département de géronto-psychiatrie du CH des Pyrénées	2
Niort : quelle place donner à la psychiatrie du sujet âgé à l'hôpital général	7
Paris - XIII^e arrdt : la géronto-psychiatrie dans la gérontologie	9
Caen : un récit géronto-psychiatrique	10
Paris - Sainte-Anne : dispositif de psychogériatrie à vocation intersectorielle	11
Leyme : l'intersecteur de géronto-psychiatrie du Lot	14

- consultations en gériatrie du Centre Hospitalier Général, voisin ;
- une unité de géro-psycho-geriatrie au Centre Hospitalier d'Oloron, brutalement fermée pour des raisons non élucidées ;
- (peut être des initiatives identiques dans d'autres secteurs, en particulier quelques consultations polyvalentes de secteur).

- Un recours prépondérant à l'hospitalisation temps plein pour les personnes âgées avec un aspect multifonctionnel : contention, exclusion abandon, protection, soins pour des "vieillards perturbateurs".

- Des malades, autant malades de leur malaise, que symptômes d'une perte de tolérance du milieu où ils vivent, pour des raisons multiples.

Déjà, ces patients nous parlent des différents acteurs du réseau et de leur positionnement à son égard et à l'égard de la psychiatrie publique, à qui on s'adresse le plus souvent "quand on ne sait plus quoi faire", mais dit sous la forme "il n'y a plus rien à faire".

- Un contexte avec des rapports inexistant, difficiles, ou non souhaités, avec la gériatrie naissante, symbolisée par le souvenir collectif de la "charrette gériatrique" du vendredi soir, faite de nombreux patients indésirables en milieu somatique et considérés comme turbulents.

- Un discours prédominant des différentes maisons de retraite locales qui rappellent que leur mission n'est pas d'accueillir de tels patients dépendants psychiques, trop perturbants pour les autres résidents, et pour lesquels elles estiment n'avoir ni savoir-faire suffisant, ni personnel adéquat. Elles ne veulent qu'accueillir des personnes âgées encore autonomes, en relative bonne santé, désirant rompre leur solitude. On sait ce qu'il adviendra de cette vision.

- C'est encore trop souvent ce fameux malade "en aller simple", qui s'est raréfié mais n'a pas totalement disparu. C'est une violence à l'égard d'un patient renvoyé de son domicile ou d'une institution, dont on ne veut plus savoir ce qu'il adviendra de lui, avec le secret espoir qu'il disparaisse dans l'institution psychiatrique (prise en otage au passage) conçue comme les "trous noirs" de la stratosphère.

- On peut considérer que l'admission de ces vieillards est aussi l'expression d'un questionnement d'une solidarité collective qui se cherche. Ici, il s'agit de la gratuité de l'hospitalisation pour la famille, bien avant l'introduction du forfait hospitalier. Ainsi, pour une large part, la situation de l'époque est un peu celle d'un "long séjour" qui ne dirait pas son nom, avec des flux très minimes de malades. Mais un "long séjour" avec les ratios de personnel d'un court séjour. Cela nous faisait dire à l'époque qu'avec cette densité de personnel nous n'étions pas très bons, et que l'on pouvait faire beaucoup mieux dans les soins pour eux.

- Ce qui était constaté et questionnait les équipes infirmières était la fréquence de l'abandon ou de l'absence des familles : soit absence réelle, ce qui a pu favoriser l'anonymat d'une telle exclusion, soit absence par peur de la psychiatrie, telle qu'elle est, telle qu'elle continue à se mon-

trer. Nous découvrirons aussi toute la problématique familiale autour de l'échec, de la culpabilité de n'avoir pu garder et protéger son parent jusqu'au bout, de la honte et/ou de l'insupportable d'un parent tellement transformé qu'on ne le reconnaît plus et qu'on préfère l'éviter, ou tenter de façon infructueuse de l'oublier.

Ces patients questionnent nos limites de tolérance et d'intolérance, y compris à l'intérieur de l'institution, et il faudra s'en souvenir.

Ces mécanismes d'exclusion restent en permanence actifs au sein de nos institutions et de nous-mêmes.

Que constate-t-on ?

- Des pavillons de vieillards largement laissés à l'abandon par les psychiatres.

Ils y pratiquent souvent, faute de temps (déjà) et d'intérêt, une psychiatrie que nous appellerons "électorale" : celle du passage rapide où l'on serre les mains du personnel et de quelques malades, laissant à de jeunes internes (il y en avait encore à cette époque) le soin de régler les affaires courantes : fièvre, pneumopathies, infections urinaires, agitation, ... Ces malades posent la question de l'articulation à l'organicité que la prédominance de la vision psychanalytique de l'époque n'aide pas à penser. Tout se passe comme si la présence de ces patients "déments" réputés incurables faisait douter toute l'institution, fascinée par son espoir de soin aux "vrais" malades, les patients psychotiques, qui dorénavant ne devraient plus séjourner longtemps en hospitalisation.

- Donc essentiellement des pavillons abandonnés aux équipes infirmières confrontées à un mandat paradoxal bien connu dans l'institution, que l'on pourrait résumer en simplifiant par : "soignez-les et gardez-les, mais nous savons qu'ils ne peuvent pas guérir", formule qu'avait mise en valeur Y. Colas.

Il n'est pas rare que certaines unités puissent jouer une fonction de punition pour les personnels indésirables, ou en difficulté de santé. Parfois, ce sont des patients psychiatriques jeunes, qui y sont momentanément "enfermés", pour "leur apprendre".

Lors des débats de l'époque a émergé l'expression d'une maltraitance possible, qui est devenue pour une partie d'entre nous insupportable. Il est rapporté l'insuffisance de respect de la dignité dans certaines toilettes, sous forme de douches collectives. Il y a eu l'interdiction des siestes régulières, réputées empêcher de dormir la nuit ... Il y a eu la visite dissuasive pour les familles des pavillons pour handicapés profonds afin qu'elles renoncent à y faire admettre leur malade. Il y a eu ...

A posteriori, on s'aperçoit ainsi que "l'institution psychiatrique" a d'abord utilisé ces vieillards comme "otages". C'est l'époque du financement des hôpitaux par le prix de journée qui favorise l'inflation des hospitalisations permettant de maintenir un niveau budgétaire suffisant pour maintenir l'emploi et embaucher. Pour une bonne part, les effectifs actuels de la psychiatrie ont été permis grâce à une modulation des entrées et des sorties de ces personnes âgées, sorte de variable d'ajustement. Les plus

révoltés d'entre nous l'ont interprétée comme une pratique qu'ils ont intitulée "charters", où la durée de séjour et les motifs d'admission des patients âgés n'avaient pas vraiment de rapport avec leur problématique de santé mais avec la nécessité du moment de garder des "lits remplis".

Ce n'est pas sans raison que ce projet a subi d'abord l'hostilité d'un certain nombre de responsables administratifs et syndicaux, qui y voyaient un risque de "faillite", jugée irrémédiable si l'on avait moins recours aux soins par hospitalisations temps plein.

On comprendra alors qu'au moins pour certains d'entre eux un questionnement infirmier se fait de plus en plus prégnant. Dans ce contexte, nous rencontrons comme une révélation un texte de L. Ploton, Lyon qui s'intitule : *La souffrance des soignants en gériatrie*.

Nos vécus des pratiques de l'époque y sont bien développés, soit la discordance entre l'idéal soignant et les obligations d'une pratique qui en sont fort éloignées. La confrontation au vieillard déchu en regard du vieillard idéal qui nous habite. La fonction parentale du soin à cet âge et la rencontre des rapports de pouvoir incontournables avec le patient dépendant. Bien sûr la mort, en tiers permanent, mais aussi la mort réalité omniprésente.

Enfin, la résurgence fréquente dans ces équipes d'un vécu d'abandon.

Peut-être s'est faite la prise de conscience qu'il n'est pas nécessaire de souffrir au travail. Mais il est sans doute naturel que cette question se pose souvent dans le côtoiement des patients si proches de la mort et d'évidence si peu guérissables. Comment se protéger contre l'insupportable ou l'inacceptable ? Nous parlions à l'époque de soins palliatifs de qualité psychothérapeutique. En fait, ultérieurement, pour la construction de ce projet, ce sont plus les jeux institutionnels qui sont devenus pesants, que le travail clinique lui-même.

Le moteur principal de l'émergence de cette équipe est la révolte d'une partie du "service infirmier" et son aspiration profonde à un changement. Dans un espace de rencontres régulières avec quelques psychiatres, un idéal se met en forme et en mots, pour "penser", garantir et instituer quelque chose, porteur d'espoir.

1985-1988 : Contexte positif de l'émergence de ce projet

Les bienfaits de l'asile village et de ses structures pavillonnaires.

L'existence d'actions positives a été un étayage de l'espoir mis dans un tel projet.

Des soins existent, et sont possibles, au sein d'une architecture qui ménage un lieu de vie, des espaces de déambulation, sécurisés parfois avec un jardin clos, la ritualisation parfois à l'extrême d'une journée comme repère, l'existence bon an mal an d'une vie et d'une animation institutionnelle, l'étayage de la vie en groupe, ... autant d'éléments de l'organisation institutionnelle des soins en psychiatrie qui permettent un cadre de réponse opérant pour ces patients souvent désorientés et dépendants.

On voit bien comment ce modèle reste d'actualité dans les projets médico-sociaux actuels dans les EPHAD.

Les équipes avaient acquis un savoir-faire pour apaiser ces malades mais elles avaient pris conscience qu'il était aussi facile de les agiter, en fonction des comportements, messages, contextes inadaptés, auxquels on les soumettait.

Cette certitude de pouvoir être utile n'empêchait pas un questionnement réitéré autour de la souffrance psychique de tels patients. La réponse était positive. Oui, ces patients ont des souffrances importantes, y compris psychiques, et peut être même surtout psychiques. Oui, ces patients devraient pouvoir bénéficier de soins psycho-relationnels, qui sont donc nécessaires. Oui, leur restituer dignité, apaisement, sécurité, qualité de vie et de fin de vie, est parfaitement indispensable.

En ayant l'ambition d'un tel soin, nous avons été amenés à nous demander ce que ces malades peuvent nous communiquer qui peut nous faire fuir, nous désarmer, nous paralyser, ... nous les faire rejeter ? Qu'ont-ils de spécifique ?

Il y a, bien sûr, les signifiants vécus et rencontrés à leur contact : les angoisses de mort et de la mort, les idées psychotiques surajoutées, l'irrationnel et l'incohérence de la pensée, la déshumanisation, souvent parfois la honte, le dégoût, le scandale de certains comportements de déshinhibition, les demandes incessantes et répétitives de certains malades... C'est aussi la rencontre permanente avec la question de la séparation et surtout la problématique des deuils. Notre équipe a été particulièrement touchée par cette dernière, puisqu'une des infirmières fondatrices de l'équipe naissante a perdu un enfant de 19 ans et nous a ainsi aidés à travers son propre cheminement.

C'est fréquemment aussi la question des rapports de pouvoir dans la relation soignant / soigné, position de dominant / dominé, générateur d'insécurité de position passive et de soumission de la personne âgée. Bien sûr, la dépendance des vieillards semble nous mettre en position de force, de décision de tout. Mais nous découvrons en symétrie que c'est aussi le malade "le patron". Comme cela paraît encore difficile à de nombreux soignants de prendre conscience et d'en tirer des conclusions relationnelles et pratiques. La modification cérébrale organique et fonctionnelle transforme malgré lui et profondément le malade dans ses compétences, en particulier relationnelles, et nous oblige à nous adapter en permanence à lui. Ce n'est pas une situation si habituelle en médecine, et il faudra apprendre à l'accepter.

Chemin faisant, la difficile identification au patient sera découverte, loin des modèles que l'on a appris à appréhender dans la dépression ou la psychose. Encore que ce dernier mode "hors du sillon" nous aide à nous décentrer pour accueillir ces malades, vivant dans d'autres espaces-temps que les nôtres. C'est peut être parce qu'ils sont les témoins d'une relativité de la réalité qu'ils font scandale, nous étonnent, nous éprouvent, nous troublent ? Cette réalité, dont ils nous montrent qu'elle est créée, pensée, par un cerveau, et qu'elle est construite en fonction de l'état de ce dernier ?

1987 : Création avec d'autres professionnels médico-sociaux et les familles, de l'Association Béarn Alzheimer, sur le modèle de l'AFIPADI, première association de familles de la région grenobloise.

Plusieurs types de réunions sont définis.

- Mensuellement, de libre expression des familles, ouvertes à toute nouvelle personne, où nous sommes présents depuis cette époque.
- Une réunion mensuelle à thème, avec des interventions de professionnels spécialisés.
- Enfin, des réunions délocalisées pour le grand public afin de sensibiliser la population et les professionnels aux difficultés rencontrées avec ces malades, aux ressources locales pour les aider, et à l'état de la recherche concernant cette maladie, touchant à présent 600 à 800 000 personnes en France.

C'est un lieu essentiel d'apprentissage pour les professionnels qui veulent comprendre le quotidien et l'intimité de la vie à domicile ou en institution pour ces malades et leur famille. Dans ces réunions, les familles enseignent aux soignants et aidants l'intensité, les formes de leurs difficultés, leurs questionnements, solutions et besoins.

Au regard de l'ampleur du problème le rapprochement des associations familiales nous positionne ainsi dans une perspective d'engagement militant pour faire avancer plus vite des solutions d'aide, de recherche, de soin. On est passé du "Il n'y a rien à faire" à "Il y a tant à faire".

On y découvre le champ de l'éducation pour la santé et toute la question de la transmission de savoir-faire. Pour aider les familles à domicile à faire face à un parent malade.

Mais cette approche pédagogique bien que nécessaire, est insuffisante car, plus qu'un savoir, c'est un savoir-être complètement nouveau que va imposer la maladie et le malade qui la porte, bouleversant les familles au plus profond des générations. On touche alors à une dimension psychothérapique.

Cela a incité plusieurs d'entre nous à s'engager dans un processus de formation aux thérapies familiales dans une perspective systémique. Nous avons vite perçu que les familles n'étaient pas assez aidées face à la difficulté d'avoir un tel malade à la maison. Ainsi s'expliqueraient en grande partie les ruptures, les pertes de tolérance, les crises, souvent suivies d'admissions en urgence qui pouvaient prendre un aspect définitif, chacun étant épuisé, "au bout du rouleau", avec des aidants principaux eux-mêmes vulnérables, payant un lourd tribut à cet événement maladie.

De 1988 à aujourd'hui, le projet a franchi plusieurs étapes importantes, que voici résumées à leurs titres : en 1997, création de l'association Béarn-Alzheimer ; en 1988, mise en place sectorielle d'une équipe à vocation intersectorielle ; de 1988 à 1991, passage du secteur au réseau où ce sont surtout les partenaires sociaux qui se sont montrés les plus capables et les plus désireux de ce type de pratique et de partage et où l'équipe infirmière s'est montrée la plus novatrice et la plus utile ; de 1993 à 1994, un projet de psychiatrie pour les personnes âgées avec, entre 1993 et 1998, un ren-

forcement de l'identité de la géro-psycho- psychiatrie et un début de théorisation des pratiques avec en guise de devise "nous sommes un facteur psychosocial modulateur" et l'apprentissage par les équipes de la conjugaison des différentes logiques à l'œuvre.

Suit, en mars 1998, l'ouverture d'une première tranche de lits d'hospitalisation temps plein spécifiquement dédiés à la géro-psycho- psychiatrie, complétée en 2000 par l'intersectorialité de cette hospitalisation.

Etat des lieux aujourd'hui 2001-2004 : Crise de croissance ou échec du département de Géro-psycho- psychiatrie ?

1) Au niveau de l'hospitalisation temps plein

Il va falloir encore un certain temps pour arriver à contenir l'afflux d'hospitalisations avec encore de temps en temps des hébergements dans d'autres services. Le fait d'avoir ouvert des lits dédiés spécifiquement à la géro-psycho- psychiatrie a peut être modifié le type de clientèle qui nous est adressé, à moins qu'il ne s'agisse d'un effet de la démographie. On découvre une population d'hospitalisés de plus en plus âgés, avec environ 2/3 de plus de 75 ans, et 1/3 entre 65 et 75 ans. Il s'agit aussi d'un effet indirect de l'amélioration de la santé globale de la population âgée française.

On constate que dans un même service, une femme, on a envie de dire une "jeune femme", âgée de 66 ans, déprimée, n'a rien de commun avec une vieille dame de 96 ans, dépendante, qui nous est adressée par un EPHAD parce qu'elle présente des cris incessants. Nous recevons aussi nos premières centenaires. C'est pour cela, d'un point de vue qualitatif, et du fait de la densité de la demande, que nous avons sollicité auprès de nos collègues et obtenu leur compréhension et leur accord, d'augmenter la tranche d'âge d'admission pour les pathologies psychiatriques à 70 ans, et non plus à 65 ans, en laissant une non référence à l'âge pour ce qui est des maladies démentielles.

Autre conséquence de cette modification de clientèle, on a vu émerger une majoration de la part des pathologies somatiques, ce qui renvoie aux personnes âgées vulnérables bien connues des psychiatres qui avaient été sous estimées à l'ouverture du service en 1998. D'où la nécessité d'avoir un gériatre équivalent temps plein pour les 41 lits de court séjour géro-psycho- psychiatrique.

Cela a aussi une répercussion au niveau du travail infirmier, avec persistance d'un clivage, certes discutable mais bien connu, entre un travail "psy" relationnel et le travail somatique et de réponse à la dépendance. Evidemment, on peut faire des soins somatiques de qualité relationnelle, mais dès que la quantité de patients dépendants devient trop grande, ces deux types de soin entrent en compétition, et ce sont les soins somatiques qui sont souvent priorités. D'où une frustration pour les infirmières de formation d'origine psychiatrique, qui n'y trouvent pas leur compte de satisfaction professionnelle.

(suite page 4)

On voit émerger régulièrement une plainte du personnel infirmier concernant une importante fatigue, une insatisfaction qualitative concernant leur travail. C'est particulièrement vrai dans les périodes où un patient âgé doit être accompagné en fin de vie. Cela n'est pas notre mission bien sûr au départ, et reste relativement rare. Cette situation survient pour 5 ou 6 patients par an (cela exclut les décès brutaux). Ce travail d'accompagnement du malade et de sa famille, d'ajustement d'équipe concernant le confort physique et psychique, le traitement de la douleur est toujours évidemment un travail physique, cognitif et émotionnel, que toutes les équipes décrivent comme éprouvant et mettant à l'épreuve les liens institutionnels.

On va découvrir aussi, et les collègues psychiatres commencent à s'y intéresser, les problématiques cognitives qui ne renvoient pas à des pathologies neurodégénératives, mais à celles de l'alcoolisme qui sont bien connues, celles aussi des problématiques de type frontal dans des psychoses vieilles. Cela est intéressant comme observatoire pour l'alcoolisme et devrait amener une réflexion avec les psychiatres adultes pour savoir à partir de quel moment il faut envisager le soin à ce type de patient de manière différente. En effet, quel sens peut avoir la confrontation de ces malades à leur liberté de s'abstenir de boire, aidés par une psychothérapie et des médicaments, quand ils ont des compétences cognitives qui ne semblent pas leur permettre de répondre à ce type de contrat ?

Concernant la dimension frontale des psychoses vieilles, c'est un domaine qui est relativement peu connu, et nous avons tenu à accepter de faire des bilans dans ce domaine, surtout quand peut émerger une problématique Alzheimer associée, ce qui est relativement rare. Les bilans sont d'autant plus compliqués que les patients sont souvent neuroleptisés et / ou ont encore des anti-parkinsoniens de synthèse à effet anticholinergique.

On se trouve parfois sollicités pour des patients cancéreux, en fin de vie, très hypothéqués somatiquement, dépressifs, exprimant un désir de mort, qui est pris à tort pour un risque suicidaire et qui sont orientés par des équipes de clinique privée. Cela nous renvoie en fait à une question d'organisation de soins palliatifs ambulatoires insuffisamment présents mais en cours de construction sur le territoire.

De la même façon, l'observatoire de l'hospitalisation permet de voir les problèmes d'insuffisante évaluation des patients âgés en Chirurgie, dont on va découvrir, comme si cela arrivait d'un seul coup, l'existence d'une pathologie démentielle en post opératoire. Chaque fois, évidemment, l'interrogatoire précis de la famille permettrait d'affirmer que ces pathologies précédaient l'acte chirurgical, et auraient donc nécessité peut-être certaines précautions et collaborations dans ces phases pré et post opératoires.

On découvre aussi que la fonction de l'hospitalisation temps plein est un symptôme de l'insuffisant développement de structures médico-sociales conventionnées, surtout sur la région paloise, pour patients dépendants, avec une politique départementale très en retard dans ce domaine. Ainsi, par périodes, environ 30 % de

patients qui sont hospitalisés le sont avec demande de réorientation, du type domicile vers un EPHAD ou d'une maison de retraite peu médicalisée, ou un foyer logement, vers un EPHAD ou un long séjour.

La géronto-psychiatrie ne possède ni moyen ni long séjour, ni EPHAD, et nous nous sommes tournés à plusieurs reprises vers les collègues de la gériatrie pour demander une sorte de priorité pour nos patients qui relèveraient du long séjour, sans succès. Au regard du manque de ce genre de structures, eux-mêmes sont en difficulté pour faire rentrer leurs malades gériatriques vers leur propre structure, avec de longs délais d'attente en SSR. Le problème se pose d'une politique de conventionnement très étroite avec toutes les maisons de retraite, en particulier sur la région de Pau : il en existe 32, et nous avons signé 28 conventions où les maisons de retraite s'engagent à reprendre les patients dès que ceux-ci sont stabilisés et peuvent rejoindre la structure qui les a envoyés avec un suivi infirmier ambulatoire, ne serait-ce que pour attendre une autre solution quand elle s'avère justifiée. Il faut encore souligner l'étroite interdépendance des champs sanitaires et médico-sociaux.

C'est une question que nous nous étions posée dès 1998, soit de savoir s'il fallait ou non créer une structure médico-sociale spécifique à la psychiatrie pour des patients qui ne pourraient bénéficier des structures habituelles en population dite normale. En fait, il y a très peu de patients difficiles à stabiliser ou nécessitant une surveillance permanente en milieu psychiatrique. On pourrait parler de deux ou trois patients en six ans, ce qui est très peu. On peut penser que le travail effectué par la Fédération de Réinsertion et de Réadaptation des patients, qui sont surtout des patients psychotiques qui vieillissent nous épargne effectivement par des bonnes solutions de réinsertion médico-sociales des passages directs en géronto-psychiatrie.

Au niveau de l'organisation de l'équipe infirmière, durant ces nombreuses années, une demande d'augmentation des effectifs infirmiers et d'aides soignants en intra hospitalier a été faite, et partiellement obtenue.

On a vu apparaître les premières demandes de mutation environ 5 ans après l'ouverture, souvent par rapport à la charge de travail, qui est tout de même très importante, parfois par frustration on l'a dit, concernant les soins de type psychiatrique jugés insuffisants. A peu près 1/3 des effectifs, en 2004, ont été renouvelés. L'arrivée de nouveaux IDE pose le problème d'une formation insuffisante à la psychiatrie, d'où l'organisation de formations de groupe pour le Service, mais qui sont globalement insuffisantes au regard des moyens financiers de la formation continue. Les réunions de conceptualisation mensuelle que nous avons initiées au départ de la création de l'équipe gérontopsychiatrique ont des difficultés à se pérenniser du fait du manque de temps.

La durée moyenne de séjour nous paraît encore un peu trop élevée, soit 28 jours aux Montbrétias, et 38 jours à Aubisque : cette différence étant à évaluer, cela ne tenant pas forcément à la clientèle.

On peut enfin noter que la pratique des entrées en hospitalisation directe programmée en évitant les urgences, négociées avec les partenaires du réseau, sur rendez-vous en fait, est de plus en plus la coutume, puisqu'on peut parler de 60 à 80 % des entrées. Il en découle une qualité d'accueil importante, souvent une réception d'emblée de la famille et une bonne connaissance rapide des informations utiles pour commencer immédiatement des soins de qualité.

De même que cela permet à l'équipe de gérer le turn over des malades de façon plus satisfaisante (au-delà de trois entrées et trois sorties par jour, l'équipe d'une unité est en difficulté). Globalement, 50 % des hospitalisations temps plein sont le fait de patients de type Alzheimer, avec troubles du comportement, de type démentiel avec troubles du comportement, et 50 % de pathologies psychiatriques plus classiques. Le taux de réhospitalisation dans l'année est de 10 %.

2) L'hôpital de jour comprend 10 places

L'offre de soin y est organisée là encore spécifiquement par pathologies, avec une prédominance pour les pathologies dégénératives et détériorations cognitives, les lundi, mardi et jeudi, avec des groupes de niveau. Le mercredi essentiellement des patients âgés atteints de psychose chronique, et le vendredi pour des patients avec des pathologies plutôt dépressives chroniques, des troubles de la personnalité, des troubles de l'adaptation, de l'hypochondrie, des PMD parfois difficiles à stabiliser, ...

80 à 90 malades dans l'année bénéficient de soins, sous forme essentiellement de travail de groupe thérapeutique médicalisé, n'excluant pas un soutien individuel. On notera le très important travail également fait auprès des familles, à la fois en individuel mais aussi avec l'organisation mensuelle d'un groupe famille ayant un parent atteint de la Maladie d'Alzheimer ou apparentée.

L'orientation vers l'hôpital de jour s'est accélérée du fait de l'ouverture dans le réseau d'accueils de jour médico-sociaux, permettant une continuité de solution satisfaisante pour les familles et une bonne préparation à l'entrée dans ces nouvelles structures.

3) La consultation mémoire

Importante à créer dans un esprit de secteur, pour anticiper au maximum la prise en charge de la file active de patients Alzheimer en les rencontrant dès le stade diagnostique, dans ce Service de psychiatrie, avec des compétences psychothérapeutiques tant au niveau médical qu'infirmier, la confrontation à des problèmes neuropsychologiques complexes, tant du côté des maladies dégénératives que du côté des pathologies de la personnalité ou des psychoses anciennes, nous a fait choisir un profil de poste de neuropsychologue (DESS de neuropsychologie).

Au moins 200 malades sont vus par année, avec un service rendu tant sur le réseau libéral des gériatres généralistes, généralistes, neurologues, que du côté de la psychiatrie publique.

On note un nombre important de problématiques fronto-temporales et de troubles cognitifs hétérogènes, en particulier post AVC, Maladie de Parkinson, démences à corps de Lewy ainsi que des demandes pour des maladies neurologiques plus rares, qui ont aussi un cognitif et affectif.

On a tenté de dédier ces consultations aux professionnels en seconde intention, de façon à ne réserver cette activité qu'à des patients ayant un niveau d'efficacité cognitive suffisant pour en bénéficier, soit avec des MMS supérieurs à 20.

Le second motif du choix d'une neuropsychologue est d'orienter un certain nombre de thérapeutiques en utilisant les procédures cognitives, qui sont très spécifiques. Le passage entre le diagnostic et les implications dans la vie quotidienne n'étant pas simple. Avec l'évolution des thérapeutiques, ces procédures seront de plus en plus nécessaires.

4) CATT

Faute de moyens dédiés à cet effet, c'est l'équipe infirmière de l'hôpital de jour avec la neuropsychologue et le psychiatre, à temps partiel, qui assurent le CATT rattaché à la consultation mémoire de proximité, sous forme de groupes dynamisation mémoire (nous avons réfuté le terme de stimulation).

Il s'agit de deux groupes de niveau, deux fois par semaine, qui visent très prudemment à utiliser les capacités cognitives restantes des patients, à repérer les problématiques anxiodépressives qui émergent lors des difficultés du fonctionnement cognitif en cherchant des solutions d'apaisement.

Il y a donc toute une composante de soins psychothérapeutiques individuels et de groupe qui nous paraît indispensable. Il n'est pas question de rééducation, puisque les lésions lorsqu'elles sont présentes ne permettent pas un changement ou une récupération de capacités.

Il s'agit de trouver des stratégies d'aide avec les capacités restantes et d'atténuer ou de traiter chaque fois que cela est possible les symptômes ou complications comportementales amenant les ruptures de tolérance des familles, mais qui sont aussi des signes de souffrance du malade.

5) Du côté de l'équipe ambulatoire

C'est à ce niveau que les difficultés sont les plus grandes, car la demande est toujours forte. Ce qui peut faire penser que nous sommes utiles dans le maintien à domicile et l'aide aux EPHAD. On se rappellera le désengagement du psychiatre en 2001 devant la surcharge du travail des réunions qu'il faisait mensuellement dans une douzaine d'EPHAD. C'est une rupture de convention, qui nous a été, bien sûr, reprochée à juste titre. Les demandes de moyens en personnel médical et paramédical se sont heurtées à des fins de non recevoir, sans explicitation précise, sauf les raisons budgétaires habituelles, sans réussir à réfléchir sur la question des charges de travail au sein de toute l'institution.

Au niveau du travail infirmier, cette surcharge de travail est régulière, au point qu'il y a pro-

gressivement une modification de fonctionnement, avec environ 60 % de patients suivis à domicile et 40 % en EPHAD (ces derniers bénéficiant déjà d'un environnement soignant !). De même, au niveau de la forme du suivi, il n'est plus possible d'avoir une régularité de présence et le travail s'oriente de plus en plus en période de crise, ou la demande est la plus forte, et à la demande express des institutions médico-sociales du réseau.

Un certain nombre de problèmes se posent aussi dans le travail en tant que référent institutionnel, avec certaines maisons de retraite, qui sont parfois non conventionnées, qui n'ont pas signé de convention tripartite, qui sont peu structurées, avec un personnel peu qualifié. Là, les infirmières ont de plus en plus à la fois un rôle direct de soignant des patients, mais beaucoup plus encore un rôle de formation, d'information, de supervision du personnel.

Cela demande un processus de transfert de compétences qui prend également du temps et nécessite aussi que les équipes infirmières soient de mieux en mieux formées. Certaines d'entre elles participent à des cours en écoles d'infirmières, d'aides soignantes, d'AMP ou au Diplôme Universitaire de Gérontologie Appliquée, que nous avons créé conjointement avec différents partenaires, dont l'hôpital général et l'université, ainsi que l'ADAPEI. Cela n'était pas trop dans la culture infirmière, mais c'est un temps fort de l'élaboration théorique des pratiques.

L'entretien, le partage, et l'acquisition des compétences se fait à travers différents projets. Depuis environ trois ou quatre ans ont été créés les soirées neuro-psycho-gériatriques, exposés à thème et débat avec la salle, se déroulant environ tous les trois mois, qui cherchent à faire valoir le travail, la recherche, les intérêts des acteurs locaux. C'est aussi une façon de renforcer une connaissance du réseau. Les orateurs ont été la plupart du temps plus médicaux qu'infirmiers. En moyenne il y a des assemblées d'environ 50 à 100 personnes selon les thèmes : peu de médecins libéraux, peu de gériatres, beaucoup de partenaires paramédicaux et des institutions médico-sociales. On voit venir des infirmières libérales, des Directeurs de maisons de retraite, des travailleurs sociaux, avec donc une ouverture large sur le réseau.

Certaines infirmières se sont engagées dans des formations auprès des structures médico-sociales sur leur temps personnel : il s'agit de formations que nous avons paramétrées, de plus en plus pratiques, participatives, centrées sur l'analyse du quotidien, en partant des acteurs qui en général ont déjà une expérience dans ce domaine, en partant de leur questionnement et des savoir-faire en situation.

En ce sens, on peut parler de transfert de compétences, avec nécessité de stages dans le service, mais également en retour un encadrement sur place dans leur propre institution, en situation avec leurs propres clients, pour faire les choses avec eux, ou les voir faire. Les thématiques qui reviennent souvent sont, bien sûr, des thématiques autour de la dépression, du délire, des troubles du comportement, dans les pathologies dégénératives, de la communica-

tion avec le dément, de la dynamisation mémoire, du rôle du groupe dans le soin, de l'approche des pathologies fronto-temporales, ... qui semblent résumer les grosses difficultés au quotidien.

L'extension et la modification de la pratique des équipes infirmières, qui les rendent de plus en plus responsables de leur fonction thérapeutique, nécessitent un travail hebdomadaire très régulier de régulation, d'analyse des situations difficiles et de partage, de supervision, qui est même parfois insuffisant. Il suppose également une propre formation, en particulier à la relation d'aide et aux thérapies brèves, que nous avons choisie de type systémique, où là encore les difficultés de financement de la formation continue nous posent problème.

Toujours dans le cadre de la formation, l'équipe a sollicité et obtenu la possibilité d'organiser le congrès de Psychogériatrie de Langue Française en 2003, dont le thème était "Les changements dans la famille d'un patient atteint de dépendance psychique", qui visait à positionner les problématiques géro-psycho-psychiatriques insuffisamment reconnues et élaborées en France, sauf par certains spécialistes. Ce congrès a eu un succès de participation, puisque environ 750 personnes ont été présentes. Les textes de ces congrès devraient être publiés début 2006.

6) HAD – Equipe mobile de géro-psycho-psychiatrie

Le changement le plus significatif en ambulatoire est l'émergence d'une évolution de la forme de la demande de soins. A partir du domicile surtout, familles et médecins généralistes, qui nous ont repérés, nous appellent pour les troubles psycho-comportementaux dans des périodes de crise de tolérance de l'environnement, et sous forme de ce que nous avons appelé une semi-urgence.

Il faut essayer de répondre au-delà d'un premier contact téléphonique, qui a une fonction thérapeutique incontestable, dans les 48 heures. C'est l'occasion de découvrir qu'environ 30 % des familles ne changent de position face à ce type de problème que dans la crise, c'est à dire en allant au bout de leur force et de leur limite. Cela nous a imposé le projet de renforcer notre présence avant et lors de ces crises en densifiant nos actions de soin, par la présence de l'équipe infirmière, du psychiatre au domicile, avec tous les acteurs du réseau, y compris le généraliste, pour apporter une expertise et un soin de crise pour favoriser ce soutien de qualité ou aider à gérer d'autres solutions (hospitalisation en milieu gériatrique ou psychiatrique, passage en SSR, travail sur la séparation, admission en structure médico-sociale ou en hôpital de jour).

Le projet d'HAD géro-psycho-psychiatrie est évoqué depuis 2000 environ et s'articulera avec les équipes infirmières des CMP, bien insérées dans le tissu et le réseau médico-social existant, qui gardera toute sa place dans la continuité des soins.

A notre avis, à tort, un certain nombre de décideurs pensent qu'en situation de crise les solutions temporaires de type médico-social sont suffisantes pour faire face. Nous avons démontré par ailleurs que, dans cette période, la famille et le malade vont mal, et souffrent de ne pou-

(suite page 6)

voir se séparer dans de bonnes conditions, et que ce travail, y compris avec les hébergements médico-sociaux nécessitent du soin. Cela nous fait dire et répéter que le placement ou la séparation est un soin, et non pas une mesure sociale banale.

Difficultés de l'ambulatoire rural, en dehors de la zone Paloise

Il nous semble que les CMP, qui devaient s'occuper au départ des personnes âgées en ambulatoire le font de moins en moins. Il y a plusieurs raisons à cela. Les collègues n'étaient pas au départ vraiment intéressés par les personnes âgées, et ont été dans l'ensemble réticents à signer des conventions avec les maisons de retraite de leur secteur, pour ne pas être obligés de répondre aux demandes. La notion contractuelle semble les gêner, alors qu'elle nous paraît clarifier la gestion.

Certains pensent que les problèmes des personnes âgées ne les concernent qu'à la marge, et que ce n'est pas un problème de "vraie psychiatrie" mais plutôt de santé mentale. Peu se sont engagés dans un véritable travail de réseau. Ils ont souvent une surcharge de travail en psychiatrie adulte, qu'ils priorisent, on le comprend, et ont assez peu de temps infirmier, qu'ils n'ont jamais vraiment demandé dans ce domaine d'ailleurs. Enfin, le système de rendez-vous à un ou deux mois, voire plus, est inadéquat pour ce type de problématique et cette population.

Par ailleurs, il y a une logique dans le fait que l'existence d'un département spécialisé dans ce domaine soit attractive pour les différents partenaires de Béarn Soule dont les malades ont été hospitalisés dans ce même département, et qui réadressent finalement leur client au centre référent. Cela d'autant que ce centre référent assure également tout ce qui est diagnostic et bilan dans les problématiques mnésiques précoces.

C'est une explication supplémentaire à la surcharge de travail pour le département de géronto-psychiatrie. Ce qui pose problème, c'est bien sur la question du traitement des troubles du comportement. On l'a vu précédemment dans la théorisation, la thérapeutique passe par la nécessité de réunir les acteurs du soin sur place, et l'équipe référente, qui vont co-construire des réponses. Cela nécessite une présence, une disponibilité, même si un soutien méthodologique à distance pourrait être amené par la Télé-médecine.

Pour conclure

Cette période 2001-2004 a vu l'explosion de la demande et du besoin de soin d'ordre gérontopsychiatrique tant en intra hospitalier que surtout en ambulatoire, où l'équipe est restée à six équivalents temps plein et demi, comme en 1998, avec un nombre de praticiens qui n'a pas changé, pour une file active qui est passée de 750 à 1 400 patients, avec un taux de renouvellement annuel de plus de 50 %. La démographie est-elle la seule explication ? Avec 66 424 personnes âgées de plus de 65 ans sur le territoire Béarn et Soule, on découvre qu'on ne peut plus répondre de manière satisfaisante aux demandes, et ce que l'on vou-

lait éviter dans nos premières réflexions de 1985, soit de souffrir au travail et de flirter avec le burn out, est devenu une réalité.

S'ajoute à cela, dans la nuit du 17 au 18/12/2004, le meurtre d'une infirmière, Chantal, et d'une aide soignante, Lucette, au pavillon des Montbrétias, qui ajoute stress, traumatisme, tristesse et désarroi, dont nous ne sommes pas encore sortis. On peut dire dès à présent que le travail institutionnel, les liens forts existant dans l'équipe, sont peut être un atout devant cette grande difficulté. Cet événement a eu une résonance très forte dans toute la France, et au-delà, et nous avons reçu beaucoup de soutien, qui sont une aide incontestable, même si nous n'avons pas encore tout à fait réalisé ce qui s'est passé.

2005

L'histoire va donc continuer à s'écrire et se construire. Notre hôpital traverse une crise importante, déclenchée essentiellement par des problèmes financiers de déficit, mais qui cachent des problématiques structurelles. Dans cet esprit, à notre demande, les tutelles et le Ministère ont accepté de nous aider par le biais d'une mission d'appui DHOS, avec laquelle le travail de réflexion a commencé, et devrait se concrétiser par un nouveau plan médical et d'établissement courant novembre 2005.

Quelles sont les pistes que l'on peut retenir, fruits de l'expérience de ces nombreuses années de travail ?

Il faut, bien sûr, aller vers le réseau formalisé, pas à pas, progressivement, car il s'agit d'un enjeu majeur d'apprentissage entre différents métiers, différentes perspectives, et cela ne va pas de soi et nécessite une maturité de négociation des crises.

Vraisemblablement, la géronto-psychiatrie va devoir prendre en compte tout le territoire Béarn Soule, et donc se voir renforcer dans ses moyens en personnel, particulièrement du côté ambulatoire et médical.

Ce que nous avons, je le pense, démontré, c'est l'importante inter-dépendance de notre "spécialité" avec d'un côté les structures de gériatrie qui sont amenées à se développer de plus en plus, et de l'autre les partenaires médico-sociaux, sur lesquels porte souvent la longueur et la lourdeur des prises en charge, alors qu'elles ne possèdent pas encore des ratios et des qualifications de personnel suffisantes et recon-

nues. Notre orientation va rester centrée sur la psychiatrie spécifique de la personne âgée, mais aussi particulièrement vers les problématiques Alzheimer ou apparentées, dont on a vu qu'elles représentent au moins 50 % de notre file active.

C'est dans le champ de la psychiatrie de liaison qu'il nous paraît que l'effort de développement doit se continuer, en particulier avec l'HAD gérontopsychiatrique, étayée par l'aide de la télé-médecine.

Il nous manque aussi un outil de pilotage fiable de nos actions, d'où la demande de pouvoir expérimenter un dossier clinique intitulé Evacliq, qui permet d'analyser les trajectoires des patients, et qui, pourquoi pas, pourrait faire l'objet d'un partage et d'une généralisation avec la

gériatrie et les structures médico-sociales, puisque ce dossier peut comporter des paramètres spécifiques à chaque équipe. Cela permettrait aussi d'être une des chevilles ouvrières d'un observatoire de la prise en compte de ces pathologies, avec pour nous en particulier trois grandes thématiques de santé publique :

- l'amélioration des problèmes de dépendance chez les patients Alzheimer avec un diagnostic précoce, un traitement de leurs troubles psycho-comportementaux et une aide fondamentale aux familles,
- la question de la dépression et du suicide des personnes âgées,
- enfin, le problème de la qualité de prise en charge des patients dépendants, avec les risques de maltraitance possible.

Il est indispensable d'amplifier l'articulation avec les partenaires, en particulier la gériatrie sur Pau, dont nous souhaiterions qu'elle se dote, avec notre aide, d'une unité spécifique de soins aigus Alzheimer, surtout pour les patients les plus hypothéqués somatiquement car notre plateau technique est insuffisant. Cela permettrait de créer également un SSR Alzheimer commun, que nous pourrions gérer, qui permet de mieux préparer et planifier les retours à domicile des patients ou cette difficile transition de l'entrée en institution.

Le renforcement des complémentarités en consultation mémoire est aussi à l'ordre du jour.

Enfin, il est non moins urgent de définir des critères pertinents d'efficacité et d'efficacités du soin, que sont le taux de recours à l'hospitalisation temps plein, les modalités d'admission et leurs qualités, le nombre de dossiers communs entre les structures, le taux de diagnostic précoce, la durée moyenne de séjour, le nombre de conventions entre les structures, le nombre d'intervenants, et la qualité de leur articulation à propos des situations à domicile, ... **Enfin, un effort majeur de transfert de compétence et de formation est indispensable, et cela ne pourra pas se faire sans moyens. Afin de souligner une fois de plus la position pour nous centrale de l'infirmière de soins gérontopsychiatriques, véritable "plaque tournante" du soin à domicile, regroupant des compétences somatiques, psychothérapeutiques, une ouverture sociale et, tout naturellement, du fait de son travail sur le lien entre le client et son environnement, qui a développé un rôle de coordination des visions, de négociation, de décision, d'action, puis d'évaluation.**

Dr PHILIPPE GUILLAUMOT* ●

*Psychiatre Responsable du Département de Gérontopsychiatrie du Centre Hospitalier des Pyrénées à Pau (64000).

Ce texte a été écrit grâce à la collaboration de Mesdames A.M Gassie et F. Puyoulet (cadres de santé en géronto-psychiatrie), Mesdames M.O Dupont, A. Loubet, G. Solomud, J. Hinfray (infirmières de soins gérontopsychiatriques), Madame A. Macua (infirmière de soins gérontopsychiatriques, retraitée), Madame M.C Lapeyre (ancien cadre de santé en géronto-psychiatrie), Madame M. Lageyre (Assistante Sociale du CLIC de Pau), Madame C. Darrou (pour les Assistantes Sociales, spécialisées personnes âgées du CCAS de Pau).

Niort : quelle place donner à la psychiatrie du sujet âgé à l'hôpital général

De façon générale, l'accessibilité aux soins des sujets âgés présentant des troubles psychopathologiques est médiocre :

- soit parce que la représentation sociale de la psychiatrie pour les plus âgés se fait en terme de folie et d'enfermement,

- soit parce que la symptomatologie est atypique, mal diagnostiquée par rapport à l'adulte (dépression masquée, syndrome régressif),

- soit parce qu'une partie du système psychiatrique lui-même tend à rejeter une partie des tableaux démentiels jugés trop organiques.

La clinique du vieillissement cérébral vise donc à concilier trois approches :

- celle de la maladie du cerveau,

- celle d'atteinte de la personnalité en terme de perte d'estime de soi, d'écart par rapport à ce qu'on a été ;

- celle de la négociation d'un sujet âgé fragile avec l'environnement familial, institutionnel en terme d'autonomie, de handicap.

La psychogériatrie se propose donc de concilier la neurologie, la psychiatrie, la gériatrie :

- autour d'un travail de partenariat intégrant la double contrainte d'une approche de spécialité "transversale" et d'une approche plus "longitudinale" gériatrique "d'évolution sur le long terme",

- autour d'un travail dans le réseau avec des consultations de proximité dans les hôpitaux locaux, des consultations avancées dans les EPHAD.

La population concernée

Quatre types de population sont concernés :

1/ Les sujets âgés présentant des plaintes mnésiques (évidemment pour le dépistage et la prise en charge des syndromes démentiels mais aussi pour le dépistage et la prise en charge des autres troubles mnésiques anxieux ou dépressifs qui représentent 45 % de l'ensemble).

2/ Les sujets âgés présentant des troubles dépressifs dont la prévalence en population générale dépasse 15 % des plus de 65 ans avec une clinique très atypique par rapport à l'adulte (plaintes hypochondriaques, tableau délirant, troubles caractériels récents, pseudo-démence).

3/ Les sujets âgés présentant des troubles psycho-comportementaux liés à une atteinte de la personnalité, un état délirant, un défaut de maîtrise de l'environnement familial ou institutionnel ; à un déficit cognitif (difficulté à se figurer les dangers) ; à une atteinte de langage (impossibilité à exprimer ses émotions).

4/ Les sujets âgés présentant une atteinte de l'autonomie conséquence de la polypathologie, conséquence d'un défaut de motivation, conséquence d'un état d'inhibition anxieuse.

La philosophie du soin

La consultation mémoire

Celle-ci s'appuie sur une prise en charge à trois niveaux :

- pour passer d'une pratique multidisciplinaire à une pratique pluridisciplinaire s'articulant autour du malade et n'imposant pas de changement de spécialité au cours de l'évolution de la maladie (cf. schéma 1) ;

- pour intégrer dans une même démarche l'évaluation neuropsychologique de la mémoire, du langage, des fonctions exécutives et celles des capacités du sujet à vivre et négocier ce handicap ;

- pour apporter une réponse graduée de proximité et de dépistage (CMP – Hôpitaux locaux) ; ou plus spécialisée avec un plateau technique (scanner, scintigraphie) [Hôpital de NIORT].

Les hôpitaux de soin de jour

• Parce que diagnostiquer ne sert à rien s'il n'y a pas de prise en charge :

- en moyenne une maladie d'Alzheimer c'est :
2 ans de retard au diagnostic,
9 ans de vie à domicile,
3 ans de vie en institution ;

- en moyenne une dépression non traitée pendant un an multiplie par 6 le risque d'institutionnalisation par perte d'autonomie.

• Parce que la prise en charge nécessite un microclimat relationnel apaisant, interface avec le domicile, qui permet de cheminer avec le sujet âgé, de lui faire accepter ses pertes sans qu'il ne se perde trop lui-même, d'accompagner la famille (cf. schéma 2, p.8).

Les outils du soin en hôpital de jour s'articulent autour :

- des prises en charge individuelles ou de groupe,
- des techniques de soutien, de réassurance par rapport aux problèmes d'identité, de handicaps,
- des techniques de réapprentissage, de rééducation de mémoire, des praxies, des gnosies,
- des techniques de rééducation et d'amélioration de l'autonomie par la gymnastique, la marche, le bricolage, le jardinage,
- des techniques de médiation corporelles (massage, relaxation, psychomotricité, maintien cognitif en mémoire implicite).

L'hôpital de jour consiste en des séances régulières une à deux fois par semaine, dans un périmètre de 20 km autour des sites de Niort – Saint-Maixent – Parthenay.

Les unités d'hospitalisation de crise

Elles correspondent à un système souple reposant sur deux unités d'hospitalisation séparées :

- avec une unité prenant en charge les troubles psychopathologiques liés au vieillissement (troubles de la personnalité, délires tardifs, états dépressifs, états régressifs), qui intéresse plutôt les sujets âgés de 65 à 75 ans ;
- et avec une unité prenant en charge les troubles démentiels et psycho-comportementaux, qui concerne plutôt les sujets âgés de plus de 75 ans.

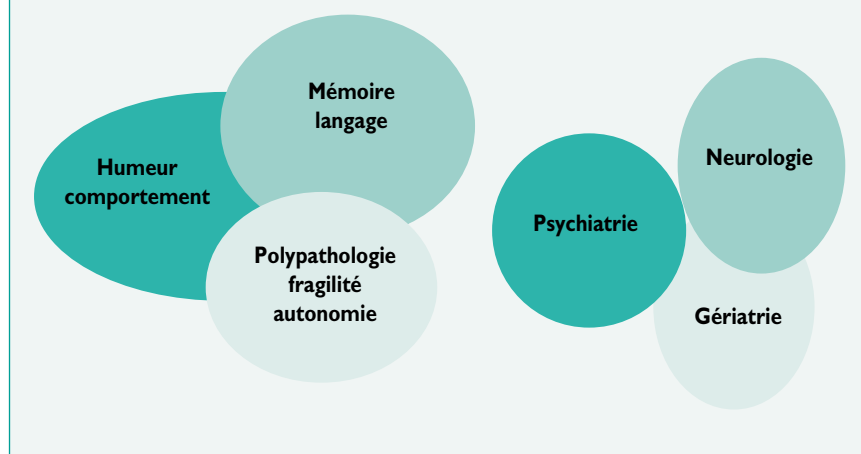
L'application à l'Hôpital de Niort et au bassin de santé

L'émergence d'un système de prise en charge concernant la psychopathologie du vieillissement s'est faite progressivement et au fil de la réorganisation du système de soin niortais ces quinze dernières années.

(suite page 8)

Schéma 1 : Evaluations pluridisciplinaires

Dans le contexte de la consultation mémoire (Niort, Saint-Maixent, Parthenay) ou d'hôpitaux de jour d'évaluation (Niort)
Démarche diagnostique de la maladie d'Alzheimer



- La déchronisation d'un pavillon de vieux psychotiques, leur adaptation en maison de retraite par un suivi de secteur a apporté une nouvelle clientèle institutionnalisée,

- Le développement des CMP sur Niort et Parthenay, le travail de partenariat avec les médecins généralistes a amené en consultation des sujets âgés déprimés et anxieux,

- Le travail plus récent de partenariat avec l'hôpital local de Saint-Maixent a permis l'ouverture d'une consultation mémoire avancée ; (le temps de neuropsychologue étant apporté par Saint-Maixent) et la création sur ce site d'un long séjour psychogériatrique,

- D'autre part, parallèlement se sont développés, tant en gériatrie qu'en psychiatrie, des hôpitaux de soins de jour, venant en complémentarité des consultations et permettant une prise en charge associée au maintien à domicile, la différence de prise en charge étant plus liée à l'avance évolutive de la maladie qu'à la maladie elle-même (début de démence, dépression névrotique : hôpital de jour gériatrique - démence avancée, dépression récurrente : hôpital de jour psychiatrique).

- Bien entendu, la neurologie de ville prenait sa part dans la prise en charge des maladies d'Alzheimer mais, avec l'avance de la maladie et des troubles du comportement, elle sortait progressivement de cette filière pour rejoindre, via les urgences, l'unité d'hospitalisation psychogériatrique, faute d'anticipation.

Le rassemblement, la structuration du soin sur Niort

Depuis 2003, deux types de partenariat ont été mis en œuvre.

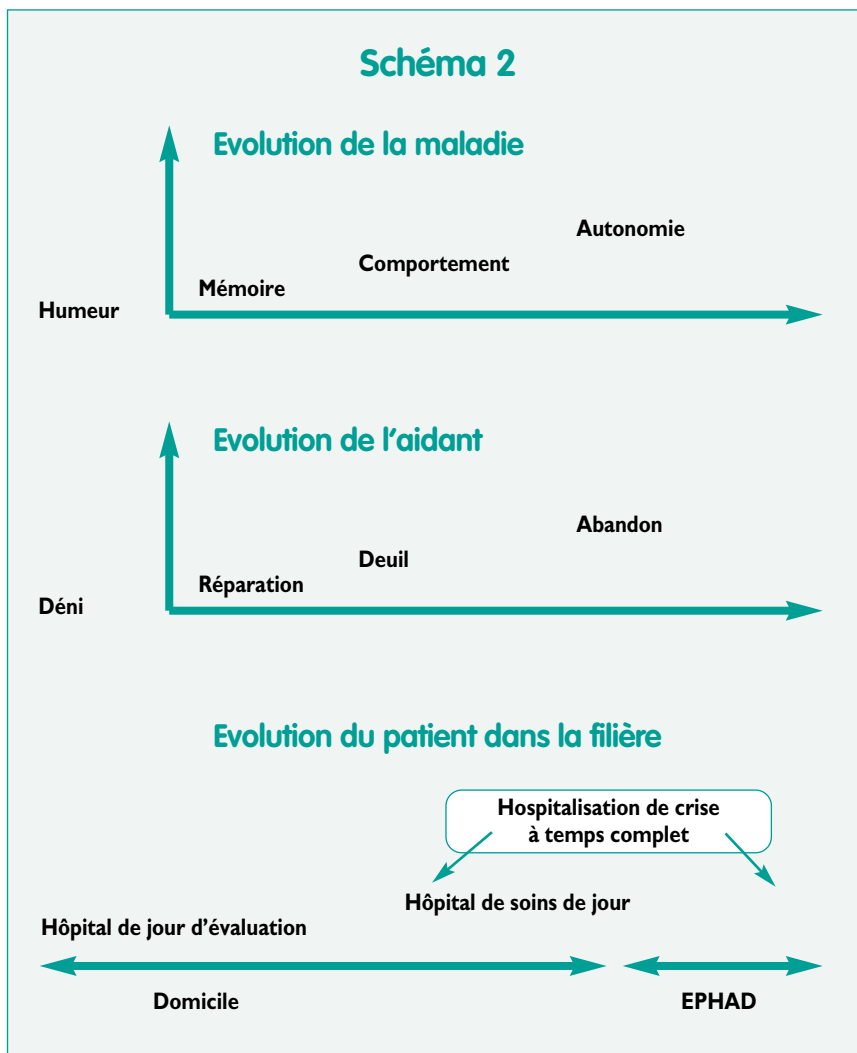
- *Un projet de psychogériatrie intersectorielle* (73000 sujets âgés de plus de 65 ans pour les trois secteurs concernés du Sud Deux-Sèvres ; avec 20 % de troubles dépressifs, 13 % de troubles anxieux en population générale de plus de 65 ans selon l'enquête CCOMS – Secteur III ; 3000 lits d'EH PAD).

Il se met en place :

- par le redéploiement de 15 places d'hôpitaux de jour de soin psychogériatrique (12 sur le niortais, 1 sur Parthenay, 1 sur Saint-Maixent, 1 sur Melle -à venir-) ;
- par la création d'un service d'hospitalisation aigue avec deux sous-unités de 15 lits chacune. Une pour les pathologies démentielles, une pour les troubles psychopathologiques liées au vieillissement (dépression, régression, délire tardif) ;
- par le rassemblement sous un guichet unique des consultations mémoires gériatriques, psychiatriques neurologiques ;
- par le rassemblement des hôpitaux de jour de soins psychiatriques et gériatriques, soit 19 places pour le niortais.

Le rassemblement, la structuration du soin sur le bassin de santé

- Des consultations mémoires et de psychopathologie du vieillissement avancée dans les hôpitaux locaux ayant une forte connotation gériatrique (Melle, Saint-Maixent, Parthenay).
- Des unités de long séjour psychogériatrique sur ces trois sites avec un appui psychiatrique.
- Une équipe d'appui en psychogériatrie de trois



infirmiers de secteurs travaillant en conventions dans les CMP adultes (atelier mémoire, psychomotricité), les EPHAD (consultation infirmière), évaluation rapide des fonctions cognitives, prise en charge de groupes.

Mise en œuvre du projet

Le projet de psychogériatrie s'inscrit dans le Projet Médical et le Contrat d'Objectifs et de Moyens du Centre Hospitalier de Niort dont un des volets, qui devait faire l'objet d'un avenant, portait sur la prise en charge somatique et psychogériatrique du sujet âgé. Dès à présent, ce projet s'est concrétisé lors des instances de décembre 2004 par la création du service de Psychogériatrie et Gérontologie Clinique.

Déjà, le 30 novembre dernier, s'est déroulée l'inauguration des locaux de l'hospitalisation de jour regroupant sur un même lieu des places d'évaluation, les 7 places issues du Secteur 3, les 7 places issues de la Gériatrie Générale et, dans un futur proche, les 4 places du Secteur 1 et 4 places du secteur 2.

L'installation de l'hospitalisation complète s'effectue en plusieurs étapes et reste liée à l'obtention de moyens complémentaires de la part des Autorités de Tutelle à hauteur de 25 %, sachant que 75 % des moyens proviennent de redéploiement interne des trois secteurs de Psychiatrie adulte.

A partir du 4 avril 2005, dans les locaux actuels

de l'Unité de Psychogériatrie du Secteur 3, ouvriront 16 lits intersectoriels constitués de 10 lits du secteur 3, 3 lits du Secteur 1 et 3 lits du Secteur 2. Cette première étape peut se réaliser sans véritables moyens complémentaires, mais, pour un meilleur fonctionnement, il serait nécessaire de passer dès le mois de septembre 2005 à 21 lits, la constitution des deux unités de 15 lits n'étant pas possible dans les locaux actuels.

Pour cela, le Centre Hospitalier de Niort a sollicité la création de postes médicaux et non médicaux spécialisés (neuropsychologues, psychomotriciens, assistants sociaux, socio-esthéticiennes, ...), qui ne peuvent être redéployés des autres secteurs.

Enfin, le passage à 30 lits d'hospitalisation se fera dans le cadre de la construction de l'Hôpital Gériatrique, à l'horizon 2008, où seront regroupés dans un lieu unique les consultations, dont les consultations mémoires, les hôpitaux de jour de soin et d'évaluation, l'hospitalisation de psychogériatrie et la médecine gériatrique. Ainsi, les personnes âgées disposeront d'un guichet unique regroupant sur un même lieu la prise en charge somatique et psychogériatrique.

Dr DOMINIQUE LÉGER* ET OLIVIER BOUTAUD ●**

* Chef de service de psychogériatrie et gérontologie clinique.

** Directeur en charge de la psychiatrie, Centre Hospitalier de Niort

Paris : la géro-psycho-geriatrie dans la gériatrie

L'hôpital de jour de géro-psycho-geriatrie du XIII^{ème} arrdt*

L'Association de gériatrie du XIII^{ème} arrdt

Un peu d'histoire

L'Association de gériatrie du XIII^{ème} arrondissement de Paris est née en 1965, il y a donc quarante ans sous l'impulsion du Dr Balier, psychiatre à l'ASM 13, autour de praticiens de la santé, d'élus locaux, de responsables administratifs et d'organisations qui déjà s'occupaient de personnes âgées. Le docteur Balier avait conduit son projet à partir de deux constats : le premier, sorti d'une enquête dans la population âgée du XIII^{ème} arrdt., qui avait noté l'ampleur très grande des besoins, le second de la situation pathologique des personnes âgées dans les CHS quand elles y échouaient au moment de la rupture sociale et de la solitude dont elles souffraient. En fait l'Association du XIII^{ème} arrdt. avait constitué l'une des premières réalisations coordonnées sur un secteur géographique de mise en œuvre d'une politique de maintien à domicile des personnes âgées en prenant en compte tout à la fois les aspects sociaux, psychologiques et médicaux du vieillissement.

Aujourd'hui

L'Association a évolué, étendu ses actions et modifié son fonctionnement. Elle gère jusqu'à aujourd'hui 1 hôpital de jour de proximité situé sur deux sites dans l'arrondissement, un centre d'information et de prévention, un service de soins à domicile et une petite unité de vie accueillant 13 personnes. Le service de soins à domicile et l'unité de vie sont depuis peu gérés par une loi de 1901, ISATIS, avec laquelle une convention doit être signée prochainement par l'Association.

L'hôpital de jour géro-psycho-geriatrie

Il est implanté sur deux sites. Il reçoit des patients pendant une journée ou une demi-journée et a pour visée principale de maintenir dans le tissu social les personnes de plus de 60 ans qui présentent des troubles neuro-psychopathologiques et psychiatriques. Les indications les plus fréquentes sont les troubles de l'humeur, les syndromes dépressifs et anxieux, les processus démentiel débutants ou déjà avérés, des pathologies psychiatriques déjà anciennes ou récentes ; en gros un tiers de démences, un tiers d'atteintes psychiatriques et un tiers de troubles de l'adaptation liés au vieillissement pathologique. La prise en charge a des limites qui sont les troubles persistants du comportement, des retards mentaux profonds, des troubles somatiques graves, des états délirants aigus, des fugueurs systématiques. La prise en charge est assurée 5 jours sur 7, 252 jours par an par une équipe formée d'ergothérapeutes, de psychologues, de psychomotriciens, d'art et de musicothérapeutes – à des temps très partiels, d'un psychiatre à mi-temps, d'un gériatre à plein

temps par site un jour par semaine, d'une directrice médicale (Sylvie Etienne) ; d'un agent hôtelier et d'une secrétaire médicale.

Cette équipe de professionnels tend ainsi à répondre à l'évaluation thérapeutique qui est effectuée lors du premier rendez-vous avec le médecin psychiatre par une prise en charge groupale (les psychologues pouvant assurer dans certains cas des prises en charge individuelles) où sont mis en œuvre des moyens très divers qui vont du travail sur le corps dans ses dimensions psycho-affectives, relationnelles et ré-éducatives, aux stimulations cognitives, aux moyens offerts par l'ergothérapie ou les groupes d'expression verbale. Il s'agit de resocialiser, de re-valoriser, de rendre son expression propre à la personne, en gérant ses liens avec son entourage.

Projet thérapeutique et projet de vie sont établis lors du premier rendez-vous et sont, bien entendu, révisables à mesure que la prise en charge se poursuit qui ne se conçoit pas sans lien avec les professionnels situés hors de l'hôpital de jour qui n'est qu'un relais cédant la place aux relais sociaux extérieurs.

Les capacités d'accueil sont de 27 et de 21 places et le taux d'occupation en 2003 a été de 82% pour une file active d'une centaine de personnes qui, dans leur grande majorité avaient plus de 85 ans. Il s'agit donc de prises en charge longues de personnes très âgées dépendantes psychologiquement et pour lesquelles les relais sociaux extérieurs sont difficiles soit parce que la décompensation psychique est considérable, soit parce que les troubles psychiques sont difficiles à stabiliser, soit parce que la dimension socialisable de la personne est faible.

Les psychothérapies, quand elles sont indiquées, sont pratiquées hors de l'hôpital de jour où les médicaments ne sont pas prescrits afin de ne pas se substituer aux médecins généralistes ou aux psychiatres de ville.

Le souci de l'hôpital de jour est de conserver une priorité d'action aux différents partenaires.

Les pratiques de réseau de proximité : les liens avec les partenaires

Le travail de réseau de l'association s'appuie sur trois niveaux d'action :

1/ L'information et la prévention du vieillissement pathologique

La visée générale est celle de la recherche de nouveaux rôles sociaux, d'un enrichissement individuel et aussi d'une sensibilisation aux facteurs de risque afférents aux problèmes que pose le vieillissement et, singulièrement, le moment de la retraite quand se produit la rupture sociale. C'est ainsi qu'existent aujourd'hui, ouverts aux retraités du XIII^{ème} arrondissement 35 ateliers d'activité qui se réunissent sous la responsabilité de ces retraités eux-mêmes qui atteignent le nombre de 400.

Un accueil quotidien est assuré par des professionnels qui sont formés à l'écoute. Des carrefours d'information reçoivent tous les mois les nouveaux venus.

2/ L'évaluation et la réévaluation

Lorsque la situation d'une personne se précaire et que le maintien à domicile commence à faire problème, une évaluation de la situation nouvelle s'impose : elle concerne l'état général de la personne, ses handicaps et ses capacités subsistantes, ses difficultés psychiques entre autres. On mesure l'aide qui peut être apportée par l'entourage, les rapports de la personne avec son environnement, son degré d'isolement, l'état du logement... Cette mise au point est conduite conjointement par l'infirmière coordinatrice du SSIAD, par le médecin traitant, par l'assistante sociale, agissant tous avec l'entourage.

Quand les situations s'avèrent complexes, il est recouru à une concertation gériatrique (il s'en produit une douzaine par an) avec un généraliste qui s'est spécialisé en gériatrie, le docteur Guillet. Cette concertation peut avoir lieu à domicile et est souvent axée sur le projet personnel de vie de la personne en tenant compte des désirs des différents acteurs qui collaborent à sa vie, et, au premier chef, les parents proches. Cette concertation aboutit à une ré-orientation des aides, à une modification du projet de vie pour lequel chacun s'engage à mettre en œuvre telle ou telle action.

3/ Soins et accompagnement

Le service de soins intervient au domicile de la personne âgée quand son autonomie est mise en péril par une maladie aiguë ou chronique, mais ce service opère toujours dans le cadre d'une prise en charge globale et travaille en relation étroite avec les autres services et structures. Et, parmi ces derniers, le secteur de santé mentale. Une convention existe avec l'ASM 13 et des réunions du personnel de l'Association de gériatrie avec le personnel du CMP de l'ASM 13 ont lieu 5 fois par an, ainsi que deux réunions de formation commune.

La dynamique du service de soins est évidemment facilitée par le fait qu'il est partie intégrante de l'Association et qu'il peut donc utiliser au mieux les autres services proposés et l'entière du réseau relationnel : hôpitaux de proximité, services d'aides, etc...

Cette dynamique peut s'appuyer sur :

- un appartement d'accueil qui constitue une petite unité de vie de 13 personnes dont 3 sont en séjour tempo. Il s'agit d'un lieu non médicalisé qui abrite des personnes en grande perte d'autonomie auxquelles les soins sont prodigués par des professionnels du secteur géographiques, libéraux ou non ;
- l'hôpital de jour géro-psycho-geriatrie dont les activités sont décrites ci-dessus. ●

*Ce texte a été rédigé à la suite d'un entretien avec le Docteur Gériatrie Sylvie OXUSOFF-ETIENNE, directeur de l'hôpital de jour.

Caen : un récit géronto-psychiatrique

Des différences subtiles permettraient de distinguer géronto-psychiatrie et psychogériatrie. Nous avons préféré géronto-psychiatrie pour mettre l'accent du facteur "âge" sur la maladie mentale et le fait psychologique, ce qui est en concordance avec notre*³* spécificité et notre parcours.

Dans notre secteur de Côte Fleurie (14 G 08 - Côte bas-normande de Cabourg à Honfleur, en passant par Deauville-Trouville et Pont-l'Évêque), l'émergence de la spécificité de la P.A.*³* remonte à vingt-cinq ans lorsque nous n'avons plus supporté sa promiscuité dans les services Longs Séjours sur-dimensionnés avec des patients agités et violents des hôpitaux psychiatriques d'alors...

Une unité de dix lits spécifique à la géronto-psychiatrie a été créée, ce qui nous a permis de cerner sur le terrain les lignes de force de l'aide à cette population.

Le constat et l'élaboration du projet

La pratique dans cette Unité de soins de dix lits a mis en exergue immédiatement plusieurs évidences :

- qu'elle soit exclusivement réservée aux P.A., et ceci malgré la pression sur les lits de soins actifs ;
- qu'elle soit un lieu de soin et non pas un lieu de vie ou de placement, ce qui signifie que les patients en sortent, afin de ne pas bloquer tout mouvement ;
- qu'elle soit en connexion étroite avec les maisons de retraite publiques et privées du secteur ou avec les familles, car de cette qualité relationnelle dépend le retour des hospitalisés et leur maintien dans leur milieu d'origine (afin d'éviter les navettes entre Unité de soins et maison de retraite).

Ces trois points induisent donc :

- une réflexion-action autour du soin à la P.A., c'est-à-dire connaissance de la pathologie psychiatrique, intellectuelle, somatique et compréhension du trouble (du comportement) présenté pour l'aborder au mieux et le soigner ;
- une qualité relationnelle consituée par le contact sans entrave, la communication sur la compréhension de la pathologie observée, une aide large et diverse aux aidants relais (familles ou soignants des maisons de retraite). Cette aide ne peut être seulement ponctuelle (au retour de la P.A.) mais se poursuit dans le temps et chaque visite est l'occasion d'entrer encore en relation avec l'environnement aidant ou soignant (à la manière d'un suivi en CMP, mais en maison de retraite ou en famille).

A mesure que notre expérience dans la filière géronto-psychiatrique s'est développée, nous avons encore constaté :

- la polyopathie quasi constante de la P.A., et il faut relever la fréquence des pathologies : cardio-vasculaire, digestive, locomotrice, douloureuse,... et, partant, la polymédication, avec ses incompatibilités et sa iatrogénie ;
- le désarroi des familles devant la dégradation de leur P.A., l'incompréhension, l'angoisse, l'épuisement à y faire face. Mais leur connaissance

de la personne nous est indispensable pour le décryptage de certains comportements, et cette connaissance ne peut être apportée que par les proches ;

- le désarroi des maisons de retraite ou structures d'accueil devant les troubles du comportement, alors que tout est fait, en principe, pour le bien-être matériel et somatique du résident. Alors il faut donner réponse à ces constats :

- la polyopathie nécessite une équipe pluridisciplinaire totalement indispensable en la matière : gériatre, psychiatre, neurologue et autres soignants, allant du psychologue à l'infirmier, l'aide-soignant, l'AMP, l'auxiliaire de vie, l'animateur, etc.... Pour une fois, la multi-disciplinarité n'est pas un vain mot qu'il faut glisser dans le texte pour faire tendance... ;

- le désarroi des familles doit être entendu, écouté et soigné par l'information large, médicale, psychologue, sociale ; la famille et les aidants doivent être revalorisés car eux seuls connaissent l'histoire de vie de leur P.A., peuvent aider les soignants à comprendre le sens des symptômes et participer à l'élaboration de la conduite à tenir, et même à en fixer les limites, au besoin ;

- le désarroi des soignants des maisons n'en est pas moins pathétique et il faut les revaloriser et les secourir en les aidant à comprendre, à se comporter, à tolérer, à accompagner, à s'allier aux familles. Quel travail de formation, délicat et difficile, si nous ne voulons être ni intrusifs, ni arrogants comme ceux qui savent !

Le projet

A la suite de l'émergence progressive et de plus en plus évidente de ces constatations, qui sont aussi des demandes, nous avons élaboré un projet de géronto-psychiatrie autour de quatre points simples et forts, dimensionnés pour un secteur de Psychiatrie de 70 000 habitants et comportant 800 lits publics et privés de structures d'accueil de P.A.

Mais ce dimensionnement est extensible à deux ou plusieurs secteurs : ce n'est qu'une affaire d'organisation et de moyens.

Ces quatre idées fort simples sont :

1/ Les P.A., dépendantes ou non, doivent être soignées ou prises en charge sur place (maisons de retraite ou autres structures d'hébergement, familles) ou au plus proche de leur domicile pour éviter déplacements pénibles et perturbation des repères, facteurs de déstabilisation.

2/ La prise en charge et les soins aux P.A. ne peuvent être assurés que par une équipe pluridisciplinaire : médecins gériatres, psychiatres, neurologues ; soignants D.E. et issus de la Psychiatrie ; aides-soignants et AMP. Chaque soignant coordonne ses domaines de compétence, ceci en raison de la polyopathie quasi constante de la P.A. où le soin somatique n'est pas dissociable du soin psychologique ; la P.A. doit être prise en charge dans sa globalité somatique et psychique éclairée par la dimension sociale (famille ou tutelle essentiellement).

3/ Les lieux et les modalités de prise en charge doivent être diversifiés, tout en restant proches du lieu de vie de la P.A.

Prise en charge à temps plein :

- foyer-logement pour les P.A. non dépendantes,
- maison de retraite pour les P.A. dépendantes,
- sections aménagées dans le cadre des maisons de retraite pour les P.A. présentant une maladie d'Alzheimer avec troubles du comportement,
- une unité d'hospitalisation intersectorielle de diagnostic et de soins de géronto-psychiatrie lorsque les structures précédentes sont débordées.

Prise en charge à temps partiel :

- sous forme de lieux d'accueil spécifiques fonctionnant de façon très souple : à la journée, à la demi-journée, à la nuit, à la semaine...
- à proximité immédiate du lieu de vie habituel (domicile, maison de retraite),
- la plupart des maisons de retraite pourraient créer en leur sein de tels espaces sécurisés et architecturalement définis.

Prise en charge ambulatoire ou à domicile sous forme de :

- VAD par Infirmiers en Psychiatrie,
- Aide aux familles des aidants.

4/ Une équipe mobile des soignants en Psychiatrie, rattachée au secteur de Psychiatrie générale, comportant un médecin psychiatre, un psychologue, un coordinateur (Cadre de Santé) et des soignants (infirmiers, aides-soignants, AMP, auxiliaires de vie) formés à la Géronto-Psychiatrie, ayant pour mission :

- de soutenir et former les équipes de terrain des maisons de retraite et autres structures,
- de superviser les Unités ou Sections Alzheimer de ces maisons de retraite,
- d'animer des temps de parole, des ateliers mémoire dans les diverses structures,
- d'animer les accueils à temps partiel,
- d'établir et d'entretenir les liens avec les familles : information, soutien et aide, orientation, etc...
- d'animer un "point de coordination éthique" où l'on aborde des questions de fin de vie, d'accompagnement, d'information aux politiques de décision ou de financement.

Situation actuelle et devenir

Ce projet est notre ligne d'action.

Ce qui est réalisé

• C'est l'Unité de soins en Géronto-Psychiatrie (fondée en 1988) située sur le site d'hospitalisation du secteur (CHS de Caen). Nous veillons à sa spécificité.

Elle est multidisciplinaire, tant au plan médical (Psychiatre, Gériatre, parfois Neurologue et spécialistes collaborateurs, dont une équipe en soins palliatifs ambulatoires) que soignant (Psychologue, infirmiers DE, aides-soignants, AMP, nutritionniste, kinésithérapeute).

Elle est le siège de notre formation et de notre réflexion sur la compréhension de la pathologie présentée, le sens du soin, l'accompagnement de fin de vie, l'information et l'aide aux familles, l'expérimentation de prises en charge alternatives (prise en charge de jour, de nuit, à temps partiel, etc...).

• L'aide aux maisons de retraite (ou structures

d'accueil) et notamment : transmissions médicales et infirmières aussi complètes et formalisées que possible lors du retour de patients hospitalisés ; suivi de ces patients in-situ ; consultations infirmières et psychiatriques régulières en présence d'infirmiers de la structure ; formation de groupe (rare).

• *L'aide aux familles et tuteurs* : notamment dans l'Unité de soins mais aussi dans les trois CMP du secteur.

Ce qui reste à faire

• *Dans l'Unité de soins* : maintenir notre niveau de compétence, assurer le turn over en développant le réseau et ses partenaires (sans doute la même chose !). Maintenir, avec beaucoup de difficultés, des activités telles que des incitations cognitives (atelier mémoire, groupe de paroles, vigilance culturelle...).

• *En extra-hospitalier* :

- le développement de nos relations avec les

maisons de retraite, qui ont chacune leur "personnalité", leur susceptibilité, dont il faut tenir compte ;

- rechercher la meilleure manière d'informer et de former (ce qui n'est pas évident car il faut être opportuniste et satisfaire à la demande, ne pas être intrusif, atteindre le personnel concerné et pas seulement la hiérarchie...);

- s'introduire dans les instances directrices ou décisionnaires des maisons de retraite afin que les projets d'établissement tiennent compte de la dimension psychologique de la P.A. (et notamment ces "espaces Alzheimer" qui permettraient de prévenir bien des hospitalisations), être les instigateurs à tous les niveaux (Santé, Conseil Général, communes) de propositions alternatives du soin et de l'aide aux P.A. et à leurs familles.

• *La création d'une équipe mobile* en gériatrie psychiatrique pour assurer ces liens et les animations contenues dans le projet, et compo-

sée des personnes aux compétences et qualifications déjà énumérées.

L'auteur de cette histoire touche au terme de sa vie professionnelle, alors qu'avec son équipe il a déterminé une ligne de travail possible qui leur donne du sens et de la pugnacité.

Qu'ils poursuivent ce travail avec détermination et délicatesse (car il s'agit de relation) et, tout comme ils sont à l'écoute attentive des personnes âgées et de leurs aidants, qu'ils puissent être entendus de ceux qui permettent, décident et gèrent les structures recevant les P.A.

MICHEL PITON* ●

* *Praticien hospitalier, Secteur Côte Fleurie (14 G 08)*

** *Il ne s'agit pas d'un "nous" de majesté mais d'un "nous" d'équipe*

*** *P.A. : Personne Agée*

Paris Sainte-Anne : dispositif de psycho-gériatrie à vocation intersectorielle

Historique

Gérard Massé a pris la décision à la fin des années 2000 de convertir, à moyens constants, une partie de son dispositif de psychiatrie adulte en un dispositif de psychogériatrie à vocation intersectorielle pour un territoire géographique presque superposable à la rive gauche de Paris. Cinq ans plus tard, voici un texte qui est à la fois un bilan et un support pour éclairer l'avenir et les équipes de psychiatrie adulte qui veulent se lancer dans l'aventure du soin aux personnes âgées pas faciles.

L'indication du dispositif psychogériatrique

Elle tient en une phrase un peu longue mais qui permet à chacun de comprendre l'essentiel : il s'agit des personnes âgées pas faciles, qui épuisent leur entourage naturel ou professionnel, qu'elles aient ou non un état démentiel associé, avec ou sans pathologie somatique associée, à la condition qu'une urgence médicale ou chirurgicale ait été écartée, à la condition que chacun fasse le pari qu'il y ait une maladie psychiatrique sous-jacente, et après avoir compris et accepté que l'aide demandée soit limitée à un avis ou à un complément transitoire de soins, en sachant que la légèreté actuelle du dispositif ne permet pas de proposer un suivi qui reste à la charge des secteurs de psychiatrie adulte, des médecins gériatres et des médecins généralistes qui assurent l'essentiel des soins à cette population souvent exclue ou mise à l'écart en raison de la pénibilité du travail.

L'offre de soins

Le dispositif psychogériatrique n'apporte pas un soin mais un complément de soins qui se

décline selon quatre modalités possibles. Le choix parmi ces quatre possibilités est effectué en équipe le matin après une lecture en groupe du recueil de données effectué la veille par le secrétariat. Les quatre possibilités sont :

- *une consultation* : l'objectif est d'aboutir à un avis sur la situation. Il faut du temps, 2 à 3 heures réparties en une à trois sessions. L'intéressé est d'abord vu seul puis en présence de la famille. Les partenaires du soin sont ensuite appelés au téléphone toujours en présence de l'intéressé. Les données sont recueillies en temps réel sur le clavier d'un ordinateur portable. Un logiciel de bibliographie adapté au dossier patient permet une sortie papier immédiate remise au patient, et avec l'accord de l'intéressé, ce dossier est remis à la famille et au médecin qui a adressé l'intéressé. Le facteur limitant l'activité de consultation est la présence d'un seul médecin à mi-temps qui a la charge de l'ensemble du dispositif (Consultations, Visites sur place, Hospitalisation) ;

- *une visite sur place* là où se trouve la personne âgée pas facile (visite à domicile, déplacement en EPHAD, dans un service de gériatrie, de médecine interne ou de psychiatrie adulte). Le but est le même que celui de la consultation. Ici, le médecin n'est plus seul. Il effectue la VAD en binôme. la présence de ce deuxième intervenant et le temps mis pour trouver une place de parking sont les deux obstacles limitant le nombre de VAD. La dispersion des domiciles des enfants qui se partagent la charge et l'hébergement de la personne âgée explique que la notion de secteurs géographiques tende à céder la place à une zone qui correspond dans l'ensemble à Paris rive gauche avec des incursions exceptionnelles sur la rive droite

et sur les communes situées à la bordure sud de Paris. Là encore, nous demandons à ce que la famille soit présente sur place. La VAD se termine par des appels téléphoniques passés à partir du domicile. L'absence d'imprimante portable empêche pour l'instant la remise immédiate d'une sortie papier du dossier patient constitué sur place ;

- *une hospitalisation brève* dans l'unité de psychogériatrie dont les murs, l'équipe et son fonctionnement sont décrits ci-dessous ;

- *un accueil d'une demi-journée* qui vient le plus souvent dans les suites de l'hospitalisation en psychogériatrie pour réduire la durée de celle-ci et faciliter le détachement du lien créé pendant l'hospitalisation

Une mise à disposition du public effectuée progressivement

Les offres de consultation et de visites sur place existent depuis avril 2003. L'offre d'accueil de jour existe depuis septembre 2003. Enfin, en raison du contexte de pénurie d'effectifs infirmiers, l'ouverture de l'hospitalisation n'a eu lieu qu'en février 2004 avec une montée en charge progressive de 3 à 7 lits plein temps et de quatre places de jour, soit 11 places au total.

Les murs de l'unité

Le lieu est un bâtiment classé par les monuments de France, il est en cours d'adaptation. La première décision a été de choisir, parmi les unités, celle qui devait être transformée en unité de psychogériatrie. Le premier critère

(suite page 12)

a été le choix d'une localisation située en rez de chaussée. Cela a permis l'accès de plain pied à un jardin qui fait fonction d'espace de déambulation privé et sécurisé. Le deuxième équipement architectural obtenu a été l'obtention d'une pièce multifonctions faisant office de salle de bains et de balnéothérapie. Une baignoire à ultra-sons permet à la personne âgée d'être lavée sans qu'il soit besoin de la frotter et de la savonner. La pudeur est respectée. Une grande pièce appelée "forum Marc Chagall" est dédiée aux activités d'animation. Une photo sépia du siècle dernier a permis de la rééquiper avec le mobilier d'origine : des fauteuils en osier et un piano. Les deux touches de modernité sont le plafond lumineux à visée de lux-thérapie et un vidéo-projecteur couplé à un micro-ordinateur comme support d'animations musicales et d'éducation à la santé. La salle de détente, le poste de soins et le secrétariat devraient être regroupés pour être positionnés à l'entrée de l'unité dans un lieu à la fois unique et multiple, avec une fonction du type "tour de contrôle" afin qu'il y ait le maximum de chances qu'il y ait en permanence un "aiguilleur du ciel", c'est-à-dire une personne en charge du filtrage des entrées-sorties, de leur redirection éventuelle et de la réception des visiteurs et des appels au téléphone.

L' équipe soignante

Sa composition est en cours. Nous avons commencé petit. La philosophie de départ a été de commencer à fabriquer du pain sans farine et d'en montrer la qualité. L'infirmière est la personne clef, le facteur limitant de la création de ce type d'unité. La fermeture d'unités MCO dans le même groupe hospitalier a permis d'obtenir deux infirmières diplômées d'état qui ont décidé de se reconverter à la psychiatrie de la personne âgée. La continuité 24h/24 d'une présence infirmière est obtenue par la proximité de l'unité de psychiatrie adulte. Comme ailleurs, c'est l'aide soignant qui est la personne le plus au contact des personnes âgées. L'AS a le pouvoir d'organiser ou de désorganiser le travail effectué auprès des personnes âgées. Avec le temps qui passe, le ratio de soignants augmente avec des personnes maintenant volontaires pour travailler auprès de nous. La secrétaire et l'assistante sociale sont prélevées à temps partiel sur le pool du secteur de psychiatrie adulte avec l'espoir d'en disposer bientôt à plein temps. Pour les autres catégories professionnelles nous faisons appel ponctuellement à d'autres services de l'hôpital (médecin interniste ou spécialistes, kinésithérapeute, diététicien, psychologue,...). Il reste à citer le noyau du dispositif. Il s'agit d'un binôme associant un psychomotricien (affecté à plein temps, il délivre des soins individuels le matin et assure tous les après-midis des activités de groupe dans un lieu nommé "le forum") et un médecin (affecté à mi-temps, il est neurologue, psychiatre et gériatre).

Le fonctionnement de l'équipe soignante

La base du fonctionnement est cette phrase de Pierre Marie Charazac : "Des soignants apai-

sés sont des soignants apaisants". Il s'agit que chacun reste apaisé tout en assurant un double travail : un travail de soins et un travail pour résister à la violence des personnes âgées. Le dispositif qui a permis de résister à l'usure et de préserver la fonction contenante de l'équipe est une mise en commun des informations et des pensées. Cette mise en commun est ritualisée en respectant une unité de lieu, de temps et d'action. Le lieu est le "forum" que nous détournons de sa fonction. Le temps est la plage horaire de 8h30 à 9h30 tous les matins. L'action obéit à un ordre du jour remis à chaque participant. La moitié du temps est consacré aux patients de l'unité, l'autre moitié aux patients de l'extérieur. Debriefing des attaques subies la veille, Briefing des actions à mener par chacun. Appels au téléphone des familles et des médecins généralistes avec proposition systématique de mettre l'amplificateur pour que toute l'équipe puisse échanger avec le correspondant. Un panneau mural déguisé en tableau artistique s'ouvre comme un tryptique pour dévoiler un planning mural avec les noms des soignants et des personnes à soigner avec les actions prévues, en particulier les visites à domicile assurées en binôme. On voit bien qu'il ne s'agit ni d'un flash café, ni d'une réunion, ni d'un staff.

Le soin et ses outils

Les soins sont somatiques, biologiques, psychologiques, corporels et environnementaux. Les soins somatiques sont toujours présents, même quand la personne âgée est annoncée en bonne santé physique. Il faut savoir faire des diagnostics médicaux, voire chirurgicaux. Les traitements à visée somatique doivent être adaptés en faisant la chasse aux anticholinergiques cachés et aux interactions. Le Dorosz 2005 est notre livre rouge. Les traitements psychotropes sont basés sur un postulat de base : l'existence d'un trouble de l'humeur méconnu. Le stabilisateur de l'humeur est donc la première ligne de traitement suivie par un antidépresseur dont la prescription suit la règle internationale (start low, go slow, but go all along the way). Notre deuxième postulat de base est l'existence méconnue d'un traitement par anxiolytique-hypnotique depuis que ceux-ci existent, c'est à dire 1960. Pour éviter un sevrage à l'allure de delirium tremens nous installons dès le premier jour un traitement anxiolytique à dose pédiatrique. La mise en oeuvre d'un traitement neuroleptique est la quatrième ligne de traitement. Quand elle est nécessaire, la dose est de l'ordre du dixième de la dose d'adulte. La prescription d'une contention physique ou de l'isolement en chambre est pour nous le signe que le jardin a du être fermé pour des raisons climatiques et/ou que l'équipe a perdu sa fonction contenante. Les entretiens à visée psychothérapique sont centrés sur la narration des épisodes biographiques avec une focalisation sur la période 0-3 ans et l'épisode actuel. Nous empruntons aux pédopsychiatres la théorie de l'attachement et au groupe d'Aix en Provence sa conception de la résilience des personnes âgées. Tout semble se passer comme si un événement contemporain (un veuvage, la vente d'un ap-

partement, une chute au sol, un vol à l'arraché,...) venait réactualiser un trouble de l'attachement et/ou un événement traumatique ancien. Ces théories permettent de revisiter les conceptions de Pierre Janet sur l'état mental des hystériques et les positions de Freud. Les personnes âgées pas faciles semblent souffrir de réminiscences, des "névroses de révélation tardive". En pratique, nous disons aux personnes âgées pas faciles qu'elles ont du probablement lutter seules, développer une personnalité forte, devenir résilientes, jusqu'à un effondrement de ces capacités de résilience. Lorsque la personne âgée comprend que l'équipe a compris, que les comportements "fous" trouvent une explication dans le passé, alors "la mayonnaise prend" et la personne âgée cesse d'attaquer ou de se laisser glisser. L'approche corporelle en kinésithérapie et psychocorporelle par le psychomotricien est la médiation qui facilite le plus l'accès à la verbalisation. Enfin, l'équipe a adopté la métaphore du Dr Guillet de l'association de gérontologie du 13ème : un poisson soigné ne peut pas aller bien si on le remet dans un aquarium en mauvais état. Nous essayons le plus tôt possible d'avoir au téléphone ou de faire venir l'entourage, soit au domicile lors d'une VAD, soit dans l'unité. L'objectif est toujours de faire alliance. Une fois sur dix l'alliance n'est pas possible car l'entourage a pour objectif voilé la mort de la personne âgée pour des raisons économiques. Quand la personne âgée va mieux, les soins sont attaqués, disqualifiés et entravés : il s'agit de ce qui a été appelé "les mauvaises familles". Une seule de ces familles peut aboutir à la fermeture d'une institution. Depuis une année, trois institutions nous ont appelés à l'aide dans ce contexte.

La recherche et l'évaluation

L'indication du soin étant les personnes âgées pas faciles, nous avons construit un instrument pour évaluer la sévérité et l'évolution de cette population. Cet instrument est en cours de validation afin de devenir une échelle : l'échelle d'évaluation des personnes âgées difficiles (E.P.A.D). Elle est composée d'une sous-échelle d'hostilité (visant à mesurer le syndrome dit de "Tatie Danielle") et d'une sous échelle d'opposition aux soins (visant à mesurer le syndrome dit "de glissement").

L'enseignement

Le premier enseignement est le séminaire de psychogériatrie pour la région Ile de France. Inauguré en 1990 sur la demande de Made-moiselle Thérèse Lempérière qui avait fait le constat de l'absence d'enseignement de la psychogériatrie, il se poursuit chaque année selon la même formule : libre, gratuit, et ouvert à tous les professionnels de santé en charge d'assurer une aide et des soins auprès des personnes âgées. Il a lieu tous les mercredis de 17 à 19 heures. La continuité psychiatrique de cet enseignement est assuré depuis le début par Jean-Claude Monfort. La continuité gériatrique est assuré par un gériatre qui délivre à chaque séance "le mot du gériatre". Actuellement, cette fonction est assurée par Anne

Marie Mathieu (qui succède à Marie Pierre Hervy, Olivier Saint Jean, François Piette, Murielle Rainfray,). Le deuxième enseignement, lui aussi libre et gratuit, est ouvert aux médecins qu'ils soient généralistes, psychiatres ou gériatres. Il s'agit des Week-Ends de Psychogériatrie de Sainte-Anne. Trois week-ends par an, du vendredi 9 heures au samedi 12 heures. Complété le samedi après-midi par la visite d'une unité de psychogériatrie de la région Ile-de-France. Chaque demi journée est dédiée à un thème psychogériatrique illustré par une séquence vidéo suivie d'une discussion interactive entre les participants qui apportent leur pratique des quatre coins de l'hexagone. L'un des bénéficiaires de ces week-ends est d'apporter à ceux qui exercent ce métier difficile le sentiment d'appartenance à une communauté solidaire. Enfin, en marge ou en satellite du congrès de la société de psychogériatrie de langue française, un premier symposium vidéo psychogériatrique, basé sur des séquences vidéo présentées par leurs auteurs, aura lieu les 15 et 16 septembre 2005 à Paris. Les programmes et les inscriptions à chacun de ces trois enseignements peuvent être obtenus auprès du secrétariat de psychogériatrie (tél. : 01 45 65 84 49).

Premiers résultats

En attendant la production de tableaux chiffrés que doit nous fournir le DIM à partir de notre recueil de données, nous pouvons déjà faire trois constats. Le premier résultat immédiat a été que l'ouverture n'ait pas été suivie ... d'une fermeture. La fermeture aurait pu se justifier techniquement en raison du déficit de personnel. Ouvrir un dispositif supplémentaire dans un contexte national de fermeture était un pari. Il a été gagné (au prix d'un stress qui nous a valu de mouiller nos chemises et de conflits qui nous ont permis de mieux nous connaître). Le deuxième résultat immédiat a été que l'ouverture n'ait pas été suivie ... d'une embolisation. Le pronostic d'embolisation en raison du déficit de structures d'aval ne s'est pas vérifié et les sorties ont toujours été possibles grâce au tissage de liens avec les partenaires qui nous sollicitent depuis 2003 pour des consultations ou des visites sur place. Le troisième résultat a une valeur incitative pour les secteurs d'adultes qui voudraient se lancer dans l'expérience : c'est la découverte ou la confirmation qu'une unité de psychogériatrie peut servir "d'unité de préparation à la sortie" pour les personnes qui sont en psychiatrie adulte depuis plus de 200 jours. Le passage de ces personnes vers l'unité de psychogériatrie a permis aux unités d'adultes d'améliorer leur DMS et de permettre ainsi d'accueillir l'afflux d'entrants adultes jeunes.

Résultats du côté des soignants

Après avoir eu des infirmiers de toutes nationalités et de tous services qui annonçaient dès leur arrivée que leur prise de fonction, pour rendre service, serait d'une durée limitée à quelques jours ou quelques semaines, nous avons maintenant deux infirmières qui trouvent leur compte dans ce type de soins

au point d'avoir le désir de s'inscrire dans la durée. Du côté des aide-soignants nous avons du nous exposer et signaler les dysfonctionnements de plusieurs d'entre eux. Les aide-soignants sont maintenant des aide-soignants agréés. Du côté logistique nous devrions retrouver ce qui avait été promis au départ : la secrétaire et l'assistante sociale devraient pouvoir être détachées du pool du secteur adulte pour se rapprocher et être enfin affectées à plein temps à ce dispositif psychogériatrique de Paris Rive Gauche. Le psychomotricien attend d'être épaulé par un psychologue, celui lui permettra de se recentrer sur l'approche psycho-corporelle. Le médecin en charge du dispositif, mis à disposition de l'hôpital par l'AP-HP est maintenant employé à mi temps. Il aura fallu deux années, et contrairement à un pronostic annoncé il a "ni pété les plombs, ni fléchi les genoux". Il attend un partenaire généraliste, interniste ou gériatre pour être déchargé de la dimension somatique des soins, cela lui permettra de recentrer les soins et ceux de l'équipe sur l'aide relationnelle et le soutien psychologique des personnes âgées et de leurs familles.

Résultats du côté des patients et de leurs familles

Les visiteurs nous disent leur perception d'une ambiance apaisante malgré la sévérité des situations. La plupart des familles remercient l'équipe, même à distance de l'hospitalisation. Une fille a pu dire par exemple "j'ai retrouvé ma mère". Une famille qui avait déjà obtenu une place en EHPAD a pu reprendre un maintien à domicile. Ce cas illustre les situations de patients qui arrivent "déments" de leur domicile avec le projet d'être "placés" en maison de retraite. Une partie d'entre eux n'ont pas de démence avérée, et ils retrouvent leur domicile avec une famille moins épuisée et surtout moins affolée. Derrière le syndrome de "Tatie Danielle" se trouve souvent une personnalité forte avec un trouble de l'humeur qui peut être stabilisé. Ces personnes âgées pas faciles sont souvent les survivants d'un drame de la petite enfance, des résistants dont les aptitudes de résilience se sont effondrées sur un mode démonstratif hystérique. Il y a plus de 100 ans des "épileptiques" repartaient de la Salpêtrière avec un diagnostic de conversion hystérique. Aujourd'hui tout semble se passer comme ce type de dispositif psychogériatrique attirait des situations pas faciles étiquetées "démences" mais relevant d'un mécanisme de conversion hystérique aboutissant à des tableaux proches de celui de Anna O. Là où un psychiatre d'adulte dira "démence" et proposera, DMS et habitudes obligent, le "passage en maison de retraite", une équipe psychogériatrique dira confusion psychogène par conversion hystérique et réussira dans le meilleur des cas un retour à domicile. Un autre recrutement qui semble être le deuxième par ordre de fréquence semble être les situations de type "syndrome de glissement" mais avec des oscillations entre la vie et la mort sur plusieurs semaines, constituant ainsi une sorte "d'état de mal" prolongé. Lorsque l'évolution est favorable, soit la mort survient dans un

contexte d'apaisement personnel et familial, soit la personne âgée revient sur sa décision de renoncement aux efforts qui permettent la poursuite de la vie. D'autres tableaux se cachent derrière la dénomination "personnes âgées pas faciles", parmi ceux là se trouvent les syndromes de Diogène, social breakdown syndrome, pour lesquels l'intérêt du passage dans le dispositif psychogériatrique est de donner la date de ce qui est pour nous un suicide social qu'il faut savoir accepter post mortem. Enfin, cet article ne peut se terminer sans nommer la fréquence des situations de maltraitements des personnes âgées qui ont pour résultat l'affolement d'une personne âgée qui se présente en urgence, pas facile, soit avec un tableau de violence, soit avec un tableau de glissement.

Résultats du côté des institutions qui ont fait appel au dispositif psychogériatrique

La première résidence de personnes âgées qui nous a sollicités en 2003 nous a fait part de son épuisement et a demandé que nous propositions "un plan de sauvetage" tant pour la personne âgée concernée que pour la résidence. Puis c'est un centre de gériatrie au sud de Paris qui nous a dit qu'il implorait sous l'effet "d'une mauvaise famille". Ensuite c'est un service de gériatrie au sud du périphérique qui nous a sollicités comme on demande une expertise pour contrer une famille qui disqualifiait les soins. Nous avons ainsi redécouvert l'existence de ces familles qui mettent à mal les institutions. Ensuite nous avons découvert le sort réservé aux conventions. Notre apparition a fait disparaître de manière perverse la présence dans les EPHAD de nombreux collègues qui, pourtant liés par des conventions, se sont éclipsés en avançant l'argument cynique qu'il y avait désormais plus compétents qu'eux et mieux à faire ailleurs.

Conclusion

L'ouverture à Paris d'un dispositif de psychogériatrie confirme ce que chacun savait : les besoins sont là, en augmentation constante du fait de la démographie, et le chemin à parcourir en matière de psychiatrie de la personne âgée est immense. Malgré cette réalité, les défauts de soutien et les résistances sont la règle. Nous avons décidé ici de ne pas les nommer, mais la tentation est trop grande. Pour les illustrer, nous citerons le propos d'un infirmier bien avancé en âge qui a eu le courage de nous dire tout haut sa perplexité devant notre motivation à faire fonctionner un dispositif psychogériatrique : "Il a fallu vingt ans à vos anciens confrères pour vider l'hôpital psychiatrique de ses déments et se débarrasser de son pavillon de déments, mais vous, pourquoi faites-vous l'inverse?". In memoriam, nous terminerons par une pensée en direction du dispositif psychogériatrique de Pau, de Philippe Guillaumot et de son équipe qui nous a accueillis en septembre 2003 et qui nous sert depuis de modèle et de référence.

JEAN-CLAUDE MONFORT * ●

*Unité de psychogériatrie, CH Sainte-Anne, Paris

Leyme : l'intersecteur de géronto-psychiatrie du Lot

Un projet riche, ambitieux, aux strates de développement variées, initié par trois pionniers le Docteur Michel Tournemine, le Cadre Infirmier Supérieur Monsieur Christian Bailleul et le Cadre Infirmier Madame Martine Vol.

Ce projet trouve ses origines il y a dix ans dans le mariage d'une politique nationale à l'égard des personnes âgées avec une réalité socio-démographique particulière.

Le bilan de la prise en charge des personnes âgées en psychiatrie réalisé par l'IGAS en 1995, la volonté de l'Etat de définir pour le Lot les conditions de médicalisation des structures pour personnes âgées et d'organiser une prise en charge globale de la personne dans laquelle l'Institut Camille Miret apporterait ses compétences, mais aussi la réalité lotoise où le profil de la population avec ses 30 % de personnes âgées de plus de 60 ans, préfigure celui de la France de 2015, où 4 500 à 5 000 personnes sont porteuses de facteurs de risque de la dépendance psychique et où 2 000 nouveaux cas par an de pathologies démentielles sont recensées, ont abouti à la mise en place de ce dispositif, expérimental à l'origine.

Son socle : la dépendance psychique

Le projet est avant tout fondé sur le concept de dépendance psychique caractérisée, rappelons-le, par l'impossibilité de se réaliser sans l'action ou l'intervention d'un tiers, consécutive à une incapacité mentale. Ce concept contesté par certains, contestable peut-être en soi, mais ayant à nos yeux le mérite de sérier l'essentiel des pathologies du troisième âge, correspond en effet aux états démentiels et aux troubles dépressifs dont la fréquence croît avec l'âge. Suivant le proverbe "qui trop embrasse, mal étreint", il nous est apparu souhaitable de mettre un outil spécifique aux fins d'évaluation et de prise en soin de la dépendance psychique uniquement, laissant à la psychiatrie générale le soin de continuer à traiter les psychoses vieilles, les névroses vieilles, dès lors qu'elles demeureraient exemptes de tout processus démentiel neuro-dégénératif ou vasculaire associé.

Sa philosophie

Il s'agit bien d'un projet psychiatrique. Combien ont été nombreuses les remarques, les critiques d'un grand nombre de confrères Psychiatres, considérant qu'il s'agissait là d'un domaine relevant de la gériatrie.

Vous vous doutez alors, que les réticences, les résistances même sont allées bon train, avec comme fer de lance dans les propos : "le dévoiement des personnels de la psychiatrie vers une mission parallèle" ; "la démence ne fait pas partie de la psychiatrie..." dira l'un, tel autre feindra d'ignorer notre existence quand un autre au contraire nous submergera de demandes pour toute les personnes âgées de plus de 60 ans !

Au-delà d'une réponse facile qui consiste à rappeler que les pathologies démentielles sont bien présentes dans la CIM 10, les manifestations

psycho-pathologiques inhérentes à ces affections en sont une plus convaincante démonstration.

L'éclosion délirante, la décompensation dépressive ou anxieuse, les troubles du caractère et du comportement sont légion et invitent bien souvent le Neurologue et / ou le Gériatre à demander l'avis du Psychiatre.

Et puis, plus intéressante encore selon nous, s'avère être l'approche psycho-dynamique du processus involutif au travers des remaniements d'adaptation que va tenter d'opérer le sujet dément face au principe de réalité qui peu à peu lui échappe.

Si vous tentez de chercher du SENS aux symptômes, vous allez alors décrypter le phénomène régressif au travers de la clinique, angoisse situationnelle, angoisse de séparation, angoisse de castration, angoisse d'anéantissement comme le mouvement inverse de la structuration de l'être et de la mise en place des mécanismes de défense du Moi.

Il ne fait donc aucun doute pour nous que l'approche de ces pathologies relève aussi du champ de la psychiatrie. Nous ne dirons nullement qu'elle en a l'exclusivité, nous pensons réellement que ces affections se situent au carrefour des trois spécialités que sont la neurologie, la gériatrie et la psychiatrie.

Dès lors, nous ne pouvons considérer la prise en charge des personnes atteintes d'un état démentiel (maladie d'Alzheimer par exemple) que de façon multidisciplinaire, que ce soit en intra-hospitalier ou en ambulatoire.

Cela a pour conséquence la mise en œuvre d'un travail en partenariat et, mieux encore, en réseau.

Si la maladie d'Alzheimer interpelle le médecin et les équipes soignantes, elle ouvre aussi des interrogations sur le champ social (responsabilité, autonomie, relations, place sociétale), elle interroge encore sur les origines, les facteurs prédisposants, les circonstances de survenue...

Ainsi l'appréhension d'une maladie d'Alzheimer (exemple type de ce genre d'affection) est inévitablement une approche bio-psycho-sociale où s'intriquent la multidisciplinarité et le travail en réseau avec les différents acteurs le composant, acteurs médicaux, médico-sociaux, sociaux, associatifs, bénévoles et même aidants naturels.

Nous, soignants de la psychiatrie, n'avons pas à penser en maître d'œuvre de cette approche, par contre, nous ne voyons pas non plus comment nous pourrions nous en détourner.

Enfin, nous voudrions rappeler l'évidence pour ceux qui s'occupent de ce type de pathologie, à savoir que dans le champ des démences, le patient est assurément le Sujet de l'affection, mais cette dernière touche avec plus ou moins d'impact son environnement familial. Nous avons coutume de constater et donc de dire que la maladie d'Alzheimer dépasse largement le sujet malade, elle concerne et fragilise souvent tout un équilibre familial.

S'il y a de profondes différences, quant à la nature des troubles entre le champ de la démence

et le champ de la psychose, nous sommes cependant frappés des nombreuses similitudes qui existent entre ces pathologies quand on considère l'impact élargi qu'elles peuvent avoir sur la famille environnante.

Le dispositif intersectoriel de géronto-psychiatrie

Ses objectifs

- Apporter les réponses les plus adaptées et les plus efficaces dans cette approche bio-psycho-sociale, aux personnes âgées présentant un état de dépendance psychique.
- Apporter un éclairage, une information, ainsi qu'un soutien effectif aux aidants naturels, mais également aux bénévoles et aux professionnels de terrain d'horizons divers.
- Dépister les signaux d'alerte d'entrée dans une affection démentielle.
- Prévenir les crises familiales et améliorer les conditions de maintien à domicile.

Ses missions

Elles consistent en l'amélioration de la prise en charge de la Dépendance Psychique de la personne âgée, au plus près des besoins de la population, réalisée selon trois axes aujourd'hui :

- 1) la prise en soin des troubles psychiatriques liés à la Dépendance Psychique nécessitant l'hospitalisation pour les usagers de l'ensemble du département, dans une unité de 29 lits.
- 2) La participation à la "médicalisation" des structures médico-sociales (aujourd'hui EH-PAD).
- 3) L'intégration au sein du réseau gérontologique, coordonné par le CLIC, quand celui-ci existe.

Les moyens

1) L'unité d'hospitalisation de 29 lits est sise sur le site de Leyme au cœur d'une ancienne abbaye cistercienne remarquablement réhabilitée. Ces 29 lits correspondent à la conjugaison de deux sous-unités avec pour mission :

- Pour la première, 15 lits ouverts dans un but d'évaluation, d'expertise, de diagnostic et de soins de la dépendance psychique.

Le plus souvent, il s'agit de patients dits "en crise", et la demande d'hospitalisation est la plupart du temps gouvernée par l'existence de troubles psycho-comportementaux : agitation psychomotrice, opposition, refus à l'alimentation, aux soins..., agressivité, ou encore déambulation intempestive...

- Pour la deuxième, 14 lits offerts pour poursuivre, consolider l'amélioration amorcée, ou encore pour "travailler" un projet d'institutionnalisation ou de réorientation.

Enfin, ces lits sont également utilisés pour des séjours dits "de rupture" allant de une à quatre semaines, pour venir en aide aux familles en saturation physique et/ou psychique.

Toute demande d'hospitalisation est analysée pour bien en comprendre le contenu. En dehors des situations d'urgence, au demeurant peu nombreuses d'un point de vue objectif, les admissions sont programmées sur l'unité de

façon à apporter le meilleur confort au patient "attendu" ; ce qui améliore la fonction d'accueil, et "lisse" la charge de travail pour l'équipe soignante. Nos partenaires n'y voient plus aucun inconvénient dans la grande majorité des cas ! Chaque semaine, une réunion d'analyse clinique regroupant l'équipe pluridisciplinaire (un mi-temps Gériatre, un temps plein Psychiatre, un mi-temps Psychologue, un mi-temps Assistante sociale, un Cadre Infirmier et une équipe soignante) élabore le projet thérapeutique individualisé ou apporte les réajustements nécessaires.

Le travail recherche le plus possible l'alliance thérapeutique auprès des familles et le maintien des relations les plus pertinentes avec les partenaires extérieurs.

Schématiquement, l'équipe soignante axe son travail dans deux domaines distincts mais complémentaires : l'évaluation et la prise en soin.

L'évaluation se fait à l'aide de différentes grilles d'évaluation ayant pour fonction de mettre en évidence ou non les déficits cognitifs, les troubles comportementaux, leur intensité et leurs conséquences, ainsi que les troubles psycho-affectifs, en particulier les troubles dépressifs.

Nous utilisons :

- le classique MMS de Folstein,
- l'échelle de comportement de Cohen Mansfield,
- l'EGD (Echelle Gériatrique de la Dépression),
- l'échelle de Cornell.

Depuis peu, nous avons étendu le champ de ces investigations en introduisant bien évidemment en fonction du degré d'évolution du processus démentiel la SIB courte pour les formes évoluées et à l'opposé les SUBTESTS (test des 5 mots, praxies réflexives, l'empan, le test des fluences verbales et le test de l'horloge) pour les troubles légers.

La synthèse de ces évaluations, appelée "croisée des données" permet à l'équipe soignante (infirmières et aide-soignantes comprises) de déterminer une problématique et d'élaborer une démarche de soins avec propositions d'actions qui seront présentées en analyse clinique. Selon leur pertinence, elles seront intégrées au projet thérapeutique individualisé.

La prise en soin : une planification murale permet une lisibilité aisée de la prise en charge de chacun des patients, lesquels bénéficient de prestations variées parmi lesquelles :

- relation d'aide, soutien moral,
- ateliers à visée cognitive pour favoriser le maintien des acquis le plus longtemps possible :
 - ateliers mémoire,
 - ateliers praxies,
- ateliers à visée corporelle :
 - estime de soi,
 - toucher-massage,
 - gym douce,
- ateliers à visée relationnelle avec utilisation d'un support : livres, musique, TV.
- ateliers occupationnels où les usages de la vie quotidienne d'une part, mais aussi les ressources de communication interpersonnelle d'autre part sont appréhendés :
 - ateliers cuisine,
 - ateliers chant,
 - ateliers sorties à thème, etc.

Nous précisons, ici, que les évaluations sont également réalisées par les aide-soignants (dont la mission a été "tirée vers le haut") sous contrôle du Psychiatre référent.

La prise en charge du patient implique quasiment toujours la rencontre, et à un degré moindre le suivi de l'aïdant tant ce dernier est souvent un sujet en souffrance morale et/ou en fatigue extrême.

La médicalisation

A ce jour, nous intervenons dans neuf maisons de retraite dispersées sur trois des quatre bassins de vie du Lot, Gourdon, Saint-Céré et Figeac.

Après accord issu de réunions préalables où notre projet et nos prestations proposés sont considérés en phase avec les besoins de l'institution, nos interventions sont validées par une convention passée entre notre établissement psychiatrique et l'EPHAD concerné.

La congruence est de plus en plus aisée entre l'offre proposée et le besoin quand on voit le nombre croissant des sujets dépendants psychiques. Notre personnel : un binôme (un infirmier et un aide-soignant) est mis à disposition sur la structure soit à temps plein (quand il s'agit d'une institution importante en capacité d'accueil avec de nombreux patients dépendants psychiques) soit en compétences tournantes sur des structures plus petites ; dans ce deuxième cas notre personnel intervient sur deux ou trois maisons de retraite situées dans une même zone géographique.

Nous réalisons alors une "évaluation de masse" avec l'accord préalable et indispensable du résident et/ou de son représentant légal.

Cette évaluation nous apporte un double enseignement :

- Elle détermine le nombre de sujets dépendants psychiques et par là même la charge de travail potentielle, ce qui nous indique le volume horaire que nous consacrerons sur la structure.
- Elle permet de soulever une ou des problématiques avec des propositions d'action en regard qui seront soumises à validation au médecin traitant du résident ou éventuellement au médecin coordonnateur quand ce dernier assume aussi un rôle clinique dans la structure. Au même titre que le personnel de notre unité intra, le personnel de médicalisation intervient donc :

1) directement auprès du malade avec les mêmes prestations (relations d'aide – mise en place d'ateliers individuels ou collectifs).

Cette action est bien évidemment articulée avec celle de l'équipe de la structure (soignants et animatrices).

Son rôle peut également se traduire par des actions séquentielles à visée thérapeutique : repas thérapeutique, toilette thérapeutique...

Mais notre personnel conserve sa spécificité complémentaire de celle de l'équipe de l'EPHAD ou du CHG (quand il s'agit d'EPHAD intégré à un centre hospitalier). Elle n'offre en aucune façon "des bras supplémentaires" pour les soins de base réclamés par le patient.

Bien évidemment, rien n'interdit l'entraide toute ponctuelle !

2) Directement auprès des familles en difficulté qui nécessitent, au delà d'informations sur la maladie actuelle et son évolution, un soutien moral face à la culpabilité prégnante qui souvent les habite lors du choix du placement en institution, ou encore devant ce conjoint, ou ce parent si changé qu'elles ne le reconnaissent plus.

3) Indirectement en apportant sa compétence auprès de l'équipe de la structure sous forme d'informations spécifiques sur les maladies mentales, sur les traitements et notamment sur l'efficacité et la tolérance de ces derniers et surtout sur l'idée que le symptôme du patient n'est pas qu'un trouble dérangeant, mais souvent une modalité d'expression porteuse de sens qu'il y a lieu de décoder.

Notre objectif prévoyait aussi que l'équipe de l'EPHAD puisse peu à peu s'approprier les outils d'évaluation et participer elle-même à ses propres évaluations.

Pour notre part, nous intervenons en soutien auprès des équipes sous forme d'informations et/ou de formations structurées dont les thèmes auront été recensés à partir des problèmes spécifiques rencontrés dans l'établissement.

Dans chacune des structures, indépendamment de la participation de notre personnel aux staffs techniques, aux réunions institutionnelles, nous proposons chaque mois une réunion d'analyse clinique où nous appréhendons plusieurs situations complexes en présence du médecin traitant, du médecin coordonnateur (quand il y en a un) du cadre infirmier, de l'équipe pluridisciplinaire de l'EPHAD, de notre binôme, d'une infirmière clinicienne intervenant à mi-temps en gériatrie-psychiatrie et de nous-même. Si au début, les médecins généralistes étaient bien peu présents, peu à peu nous avons "fidélisé" un bon nombre d'entre eux qui s'intègrent ainsi à ce travail en équipe pourtant assez différent pour eux du colloque singulier largement prévalent dans leur activité libérale. Mensuellement, nous organisons également une réunion de soutien limitée à notre seul personnel afin d'appréhender les difficultés rencontrées dans sa pratique, dans son intégration au sein de la structure et dans sa complémentarité avec les équipes.

Sur ce point, nous voudrions préciser que l'osmose entre les équipes de psychiatrie et des EPHAD ne s'est pas faite immédiatement, loin s'en faut. Dans notre département, à prédominance rurale, nous nous sommes heurtés à la réalité de cultures différentes, entre la nôtre fondée depuis longtemps sur l'élaboration en équipe pluridisciplinaire avec des supports et des outils bien rodés (dossier patient informatisé, projet thérapeutique individualisé, démarches de soins, diagnostic infirmier) et celle des structures médico-sociales où la fonction essentielle relève bien plus de l'hébergement que du soin mais surtout qui ne disposaient ni de dossiers de soins, ni même de projets de vie, encore moins de temps de réunion pour réfléchir.

En moyenne, nous constatons qu'il a fallu près de deux ans pour que cette osmose se fasse pleinement sans perte d'identité pour chacun et avec une claire compréhension des compétences et donc aussi des limites de chacun.

Le réseau

Sur les trois bassins de vie cités plus haut, deux infirmiers basés sur le CMP interviennent comme acteurs de la gériatrie-psychiatrie au sein du réseau gérontologique coordonné par un CLIC sur Gourdon et Figeac (il n'y en a pas à ce jour sur Saint-Céré).

Notre personnel peut être sollicité par tout acteur du réseau et bien entendu par tout

(suite page 16)

Pluriels-News

Depuis le 1er mars 2005 vous pouvez trouver sur le site de la MNASM www.mnasm.com une nouvelle publication : *Pluriels-News* dont vous trouvez détaillé ci-dessous le sommaire du premier numéro

Pluriels News n°1 - Mars 2005 -

Dans *Pluriels News* vous trouverez chaque mois un choix d'informations sélectionnées par le comité de rédaction de *Pluriels*. Vos éventuelles réactions, réflexions et commentaires seront les bienvenus :

La nouvelle du mois

- Entrée en concertation du Plan psychiatrie et santé mentale
- Les réactions au projet
- L'UNAFAM
- Les réactions des 4 organismes
- Les syndicats
- La fédération d'aide à la santé mentale Croix Marine *Suite...*

Biopolitique et santé mentale

- Helsinki : la santé mentale en première ligne
- Montréal : Un Plan d'action en santé mentale : 2005 2008 pour le Québec
- Paris : Une étude sur la surveillance en santé mentale
- Paris : La Haute Autorité de Santé *Suite...*

Les usagers et leurs familles

- Les objectifs et les moyens de la formation à l'UNAFAM
- Création de club d'accueil et d'entraide
- Plan de santé mentale et schémas d'organisation de la santé (SROS) *Suite...*

Les travaux de l'Administration et des services déconcentrés

- Formation d'adaptation des personnels infirmiers exerçant en psychiatrie
- Le répertoire des métiers
- Evolution des prises en charge *Suite...*

La psychiatrie dans le champ de la santé mentale

- Conférence de consensus sur la liberté d'aller et venir : le jury souhaite l'interdiction de la contention systématique *Suite...*

Colloques et débats à venir

- 17 Mars 2005 : L'inconscient politiquement correct ?
- 18/19 Mars 2005 : Soins Somatiques en santé mentale.
- 24 Mars 2005 : Promotion de la santé mentale chez le jeune enfant.
- 24 Mars 2005 : L'encadrement des équipes soignantes par les cadres de santé de psychiatrie.
- 7 Avril 2005 : Les patients au long cours.
- 6 Avril 2005 : Le souci de sécurité en psychiatrie.
- 27 Mai 2005 : Tentative de suicide par précipitation (Journée d'étude et de formation). *Suite...*

Libre-opinion

- Quel avenir pour l'associatif en santé mentale ! (Dr Bernard Durand) *Suite...*

médecin généraliste, spécialiste, ou médecin hospitalier, en vue de réaliser ici aussi une évaluation psycho-gériatrique, avec comme pour le personnel de médicalisation l'objectif de soulever une ou des problématiques et d'énoncer des propositions de soins adaptées.

Ces interventions se font soit au domicile soit en institution (lorsqu'il n'y a pas de personnel de médicalisation) ou encore en milieu hospitalier. Les évaluations et propositions d'action sont soumises également au médecin traitant ou au médecin coordonnateur ou au médecin hospitalier et au psychiatre référent pour validation. Cette validation est jugée par nous indispensable et prend valeur de prescription, sans laquelle notre personnel ne pourrait dispenser tel suivi ou mettre en place tel atelier et se trouverait cantonné à son "rôle propre". A la différence du travail de médicalisation, ce personnel de réseau travaille essentiellement "en séquentiel" pour des durées plus limitées. Les missions citées plus haut, de dépistage de signaux d'alerte d'une démente ou d'un état dépressif prennent ici tout leur sens.

De même, l'action au domicile, articulée avec celle des autres acteurs du réseau et qui cherche à prévenir le plus possible les situations de crise, y compris les crises familiales, a souvent pour effet de limiter les hospitalisations superflues et de "travailler" dans le temps les projets d'institutionnalisation.

Ce même personnel participe à la réalisation du document de pré-admission pour des demandes d'hospitalisation dans notre service. Les réunions d'analyse clinique et de soutien sont plus soutenues en fréquence ici que pour notre personnel de médicalisation travaillant en EPHAD afin d'éviter pour le personnel d'être un soignant isolé, véritable électron libre.

Dans ce souci, nous organisons chaque mois avec notre infirmier général de pôle une réunion de régulation qui offre l'occasion aux personnels travaillant en ambulatoire sur des zones éloignées, de se retrouver, de faire état de leurs expériences, de les comparer, ce qui a pour effet de favoriser une meilleure cohésion d'équipe. Enfin, annuellement nous invitons nos partenaires à des soirées de travail afin de repréciser notre mission, d'apporter des informations et des réflexions sur notre projet intersectoriel, de proposer des perspectives nouvelles de prise en charge, telle que l'hospitalisation de jour au sein de notre unité. Ainsi en mai, nous aborderons la présentation du projet de Centre d'Évaluations et de Suivi que nous avons élaboré avec nos confrères gériatres, neurologues et coordonnateurs du département.

Reflexions et conclusions

Notre projet aujourd'hui implanté sur trois bassins de vie est totalement absent sur le quatrième et non des moindres celui de Cahors, Préfecture du département !

Ainsi, simultanément nous avons à gérer des lieux d'activité où nous sommes bien implantés, nous avons à faire évoluer certaines mentalités sur d'autres lieux et à tout démarrer sur ce quatrième bassin de vie "en friche" faute de moyens en personnel pour couvrir ce territoire.

Voilà pourquoi nous comparons notre projet en l'état à de véritables strates géologiques d'ancienneté variée. Notre premier écueil a porté

sur le fondement même du projet, à savoir le concept de dépendance psychique puisque cette réalité engendrait pour corollaire une bicéphalité de la psychiatrie dans la prise en charge des personnes âgées. Si nous avons à différents moments penser élargir notre projet à l'ensemble des pathologies psychiatriques de la personne âgée, notre pratique nous a cependant démontré aussi tout l'intérêt de conserver une spécificité avec des outils adaptés alors que nous risquions une certaine dilution et une perte d'efficacité dans nos réponses à vouloir tout appréhender. Notre projet a ses limites :

- quantitatives. En effet 29 lits ne peuvent répondre aux besoins de l'ensemble de la population du département d'autant que certaines situations de patients très déficitaires, pour lesquels les orientations deviennent bien difficiles, embolisent quelque peu les lits. A cet égard, sur cinq ans nous sommes passés d'une durée moyenne de séjour de 28 jours à 44 jours ;
- qualitatives. Les évaluations aussi sérieuses soient-elles, réalisées par notre personnel ne peuvent avoir valeur de diagnostic mais plutôt d'indicateurs.

Cependant, bon nombre de nos partenaires y compris médecins se félicitent de cet apport qui ne se limite pas à la seule évaluation, nous avons toujours veillé à ce que notre personnel ne soit pas utilisé comme équivalent d'un examen para-clinique, puisqu'il participe aussi et surtout à la prise en soin du patient et au soutien des aidants naturels et professionnels.

A cet égard, je tiens à les en remercier ici vivement.

Dr JEAN-JACQUES AUSSEILL ●

pluriels
sur internet

Dès à présent vous pouvez trouver tous les numéros parus de "Pluriels" sur le site :

www.mnasm.com

Pluriels

La Lettre de la Mission Nationale d'Appui en Santé Mentale • Directeur de la publication : G. MASSÉ • Comité de rédaction : Christian BONAL, CEREP ; Mme ERMATINGER BODEN-HAUSEN, UNAFAM ; Carole FESTA, MNASM ; Mme FINKELSTEIN, FNAPSY ; Jean FURTOS, Praticien Hospitalier ; Catherine ISSERLIS, Hôpital Richaud, Versailles ; Marcel JAEGER, Directeur de l'IRTF ; Alain JOURDAIN, Enseignant chercheur à l'ENSP ; Pierre JUHAN, MNASM ; Serge KANNAS, MNASM ; Raymond LEPOUTRE, MNASM ; Martine MANDOPOULOS-CLEMENTE, Directeur adjoint EPS Ville Evrard ; Claude MARESCAUX, DHOS ; Jean-Claude MIE, Directeur honoraire ; François MOUSSON, Infirmier général ASM 13 ; Eric PIEL, Praticien Hospitalier ; Sarah SARAGOUSSI, Chargée de mission, Maison-Blanche ; Rémy SEGUIN, Chargé de Communication à l'EPS Ville-Evrard.

"Pluriels", 5 avenue d'Italie, 75013 Paris - N° de téléphone : 01.53.94.56.90 - N° de télécopie : 01.53.94.56.99. E-mail : mission@mnasm.com