

La psychiatrie de la personne âgée

lettre concertative n° 12



Dr Guillaumot, Pau 2015

Collectif de recherche de la « Clinique de Concertation »

Plumes et porte-plume

Ce texte est issu des notes pour la « mission psychiatrie » rédigées par le Dr Guillaumot, à l'attention de M. Laforcade, Directeur de l'ARS Aquitaine. Philippe Guillaumot est psychiatre, Thérapeute Contextuel, il a dirigé le pôle de Gériopsychiatrie de Pau et préside l'Association ALMA 64 (« Allô Maltraitance des Personnes âgées et/ou Personnes handicapées »).

Les notes et lettres concertatives témoignent du travail mené par le Collectif de recherche de la « Clinique de Concertation ». Ils ne visent pas à une forme aboutie, mais à être remis sur le métier, modifiés et enrichis au fur et à mesure de leur diffusion à travers les différents groupes et territoires du collectif.

Déploiement du service territorial de santé mentale au public dans une logique de parcours de soins et de vie des personnes

Quelles modalités de lien et de relations instituer pour faire se rencontrer équitablement et en confiance (ou non) les tenant du parcours de soins (à priori les professionnels soignants) et les patients et leurs familles et amis (leurs proches) , créateurs de leurs choix de vie , confrontés aux limitations de la maladie et parfois de la dépendance ?

Le comment j'accompagne (ou non) au mieux mon parent dans sa maladie vers sa mort, est un choix identitaire avant tout, même si peuvent y interférer des modalités d'accompagnement techniques.

- **Le champ du parcours du soin est insuffisant**

Il faut rajouter toutes les actions des professions de l'aide (travailleurs sociaux , acteurs de la Maia , auxiliaires de vie , mandataires judiciaires etc. ..) , elles aussi nécessaires et impliquées souvent, elles aussi en 1ère ligne, qui ont aussi des effets «soignants», (rôle démontré depuis longtemps des effets du soutien social sur la santé) et qui ont souvent une fonction d'étayage majeur de la qualité de vie, en particulier du maintien à domicile (surtout s'ils sont soutenus et reconnus dans leurs pratiques).

On pourrait rajouter aussi les professions du «contrôle». Cela fait du monde!!!

Nous avons donc comme objectif collectif, de créer des espaces habitables d'un «travailler ensemble».

- **Les champs des parcours de vie et de soins ne sont pas étanches**

Ces deux champs et espaces (parcours de vie et de soins) ne sont pas étanches, et plus entremêlés qu'il n'y paraît. Les soignants portent en eux, et peuvent projeter un idéal de ce que serait un « parcours de vie réussi », risquant d'aller parfois jusqu'à des « recommandations - bonnes pratiques » sous formes de pressions normatives, évidemment « statistiquement validés » (le risque d'aveuglement du scientisme). Les usagers et leurs familles ont aussi une représentation de ce qui serait « un bon soin » singulier pour eux, et le choix d'y répondre ou non avec le risque du subjectivisme total : tout se vaut pour nous qui sommes uniques. L'enjeu est de sortir de plus en plus d'une confrontation des savoirs professionnels et des savoirs dit profanes. Mais pour cela il faut garantir leur rencontre, donc leur reconnaissance véritable, selon une méthodologie rigoureuse permettant, de tenter de passer des conflits de pouvoir, aux conflits de compétence, vers la coopération complémentaire (ainsi qu'entre professionnels du réseau).

Familles et patients ont la compétence de créer autour d'eux, de donner une certaine forme, à ce que j'appelle le « village-réseau ». Et il faut accepter et reconnaître cette responsabilité et le sens qu'ils y mettent. Les familles et leurs patient/parents ont des

« analyseurs » des pratiques de réseau (au sens psycho-social de révélateurs des mouvements et forces qui s’y exercent, qu’ils rendent visibles).

- **Le champ des idéaux**

Familles et professionnels, nous baignons tous dans ce champ des idéaux, du fantasme et de l’idéologie, des savoirs, dans des visions constructivistes favorisées par la « complexité ». Il est fait de différences, d’écarts, de modélisations aux logiques différentes, aux mouvements dialogiques, créant une conflictualité naturelle, dans les résonances que nous y vivons (et donc possiblement de rapports de pouvoir, mais aussi porteur de collaboration non mutilante), à la recherche du soins et de l’aide «justes», toujours à construire, contextualisés dans une société donnée, avec ses enjeux culturels, et ses choix économiques, politiques etc., qui sont mobiles et vivants, que nos pratiques doivent influencer en retour.

Ces situations créent et nous invitent à vivre dans des « laboratoires sociaux d’éthique appliquée », dont personne ne peut s’extraire et qui impliquent des choix, pour travailler à réduire l’écart entre l’idéal et la réalité, de notre «humaine condition».

- **Les objectifs d’un travail collectif**

La co-construction d’un accompagnement de « qualité » de ces situations, par les familles et les professionnels du soin, de l’aide et du contrôle, face à ce changement dont nous n’avons pas la maîtrise nous oblige à changer, parce que vieillir et mourir fait encore partie de la condition humaine et que persistent tant d’inconnues.

Les indicateurs de ce travail collectif tentent de répondre à des questions consensuelles :

- Pourquoi tant de passages aux services d’urgence pour ces personnes âgées, signant le plus souvent des ruptures dans les parcours ? Quand on connaît les possibles effets délétères de ce passage ? Quand on peut facilement imaginer qu’une telle action ponctuelle ne peut à elle seule répondre à la complexité d’une crise qui traîne et peine à se résoudre ?

Pour la psychiatrie publique, pourquoi la persistance du symptôme et le fréquent désir de l’envoi en « aller simple » en hospitalisation ? Si besoin en faisant référence à la loi pour répondre au danger et au risque ? « Prenez-le, gardez-le, il n’est plus pour nous, sinon ...», selon une notion de délégation massive et de stigmatisation qui prend peu en compte l’espoir de l’utilité d’un soin, et qui pourrait être parfois nommée « maltraitance sociétale » ?

Le modèle du recours à la solution «hospitalisation» est-il justifié ou en excès, parfois délétère ? Mais quoi proposer d’autre qui « marche » et aide?

Le développement des équipes mobiles - mobilité spatio-temporelle, mais aussi mobilité conceptuelle et des pratiques et des rôles - est essentiel.

- Pourquoi la psychiatrie publique de la personne âgée peine-t-elle à exister, et à s’engager dans la communauté et donc dans la mobilité (c’est pourtant l’idée de la

politique du secteur), quand on apprend que l'étude de l'ARS Rhône-Alpes sur les files actives des équipes mobiles gériatriques externalisées, retiennent que 30% des situations d'appel concernent des problématiques psychiatriques prédominantes ?

Mais les approches soignantes ne sont pas identiques, et nécessitent souvent un travail d'accompagnement, de type « Clinique du relais».

80% des demandes directes à nos équipes mobiles de géronto-psychiatrie, le sont pour des symptômes psychologiques et comportementaux (souvent des maladies démentielles), alors que nous ne sommes pas éligibles aux financements du Plan Alzheimer. Est-ce que cette interpellation de la psychiatrie publique diminuera quand les filières gériatriques s'engageront résolument dans la création d'Unité de soins Cognitivo-comportementales, et des EMOG externalisées, que nous appelons de nos vœux et avec lesquelles nous auront à collaborer étroitement ?

N'y a-t-il pas un manque incontestable de structure d'UHR dans le champ médico-social? Et qu'elles seraient les conditions de la motivation, des partenaires, à les développer?

- Pourquoi 20 à 25% des familles refusent-elles les aides ? (et 30% en milieu anglo-saxon)

Est-il possible de penser qu'existent des familles dont on serait tenté de dire «qu'elles ne demandent rien » ? Quel sens donner à cela ? Comment penser et garantir l'implication des patients et de leur famille dans leur expérience de soin ?

- Comment développer et construire des réponses, qui ne soient pas que juridiques, pour faire suite au droit d'ingérence des professionnels quand ceux-ci perçoivent et ressentent une dimension de «maltraitance» qu'il faut impérativement faire cesser ? C'est quoi soigner/aider contre la violence ?

Etc...

- **Les détresses multiples et sévères comme spécificité de ces situations et la question de la demande**

L'événement de vie-maladie, est un profond marqueur de contexte :

- touchant un corps vivant (mais avec des comorbidités, dépendances, réactions psycho-pathologiques, parfois précédentes),

- habité par un sujet (doté de capacités de choix, accès à la citoyenneté , dimension psychologique et désir),

- dans une communication sociale inter-subjective (soucis économiques et matériels divers , reste à charge , problème de logement , isolement , problèmes d'accès aux droits, croyance des partenaires dans les «bonnes solutions»),

- qui a valeur de crise pour le sujet et ses proches, avec qui il partage son existence (risque et chance, moments féconds, nouveaux investissements et choix),

- entraînant un bouleversement profond de la structure familiale (questionnement identitaires, des loyautés inter-générationnelle, remise en cause des modes relationnels de communication, changement des places et rôles les uns envers les

autres, affectant les évolutions personnelles et l'équilibre psychique de chacun, remaniements appelant un dialogue en confiance...),

- parfois indice d'un fonctionnement familial lui-même déjà en souffrance, questionnant la compétence actuelle à faire face, à mobiliser des ressources anciennes et au sein duquel se sont progressivement édifiées ses qualités mais aussi ses vulnérabilités (manque de confiance et de reconnaissance , peur d'être jugé , perception hostile de l'environnement , questionnement identitaire et estime de soi, ne facilitant pas la relation aux professionnels..)

Donc un cumul de problèmes de nature différente ; une complexité en soi , activant , convoquant par une cascade de délégations, une multiplicité d'acteurs professionnels, qui parfois même , sans le savoir, travaillent dans la même situation, au risque bien connu de morcellement et de manque de cohérence , des réponses.

Les familles en détresses multiples ne posent pas de demandes en « bonne et due forme », et se repèrent par un nombre important d'acteurs et de services concernés par leurs interpellations. Elles sont déconcertantes, décourageantes, vulnérabilisantes pour les professionnels, car elles montrent des souffrances, des problèmes, des difficultés, en même temps qu'elles refusent les aides, ou rompent les relations aux professionnels.

- **Prendre en compte la force convocatrice des membres des familles**

Le Dr Jean-Marie Lemaire , psychiatre belge , thérapeute familial , directeur d' un Service de Santé Mentale appartenant à un Centre Public d'Action Sociale (équivalent de nos CCAS) à Flémalle en Belgique, créateur de la « Clinique de la Concertation » , a proposé d'inverser la vision habituelle, et de reconnaître d'abord la place de ces usagers et leur famille, en prenant en compte , leur « force convocatrice » à notre égard, en l'interprétant , comme une façon de demander aux professionnels de travailler ensemble, de solliciter notre inter--professionnalité.

Tout se passe comme si, pour ses familles, l'important n'est pas d'être au bon « guichet », mais de trouver des espaces de rencontre, où l'on puisse vivre de la confiance dans la relation à l'autre, se sentir reconnu, légitimé, appartenant à la même humanité ... A la demande se trouve substitué la notion d'interpellation.

Donc le processus médical avec sa séquence diagnostic puis traitement, est ici inopérant.

Ici, il faut d'abord prendre soin, avant tout, et mettre en place une procédure rétablissant une confiance dans la relation, ce qui a déjà un effet « soignant ». La question du diagnostic se posera après, s'il est utile, si l'on considère comment l'usager peut en « bénéficier ».

C'est tout le sens de la méthodologie rigoureuse de la « Clinique de la Concertation », en particulier en reconnaissant cette force convocatrice, à travers et

par la pratique collective du « Sociogénogramme », avec la famille à la recherche des champs de recouvrement dans les pratiques professionnelles, et des ressources résiduelles ... Cet outil permet de retracer le parcours de l'activation, et ne pas attendre que la personne en détresse rencontre le bon professionnel ,dans la bonne institution , au bon moment et dans la forme adaptée.

« La « Clinique de Concertation» a pour objectif global le traitement des détresses multiples de certaines familles par une approche spécifique s'inscrivant dans le champ des thérapies familiales, en particulier celui de la thérapie contextuelle proposée par Ivan Boszorményi-Nagy. Elle associe pratique clinique et expérience formative. Elle inaugure un dispositif thérapeutique collectif encourageant les relations humaines les plus fiables (familiales, amicales, professionnelles, interprofessionnelles, institutionnelles et politiques.) Ce dispositif est producteur de relations confidentielles justifiées et reconstituteur d'identités singulières. Pour apprendre une partie de notre travail que nous connaissons mal, celle de travailler ensemble. Ce dont on peut remercier les familles. *Dr JM. Lemaire*

Évolutions nécessaires en terme de formations, pratiques professionnelles, métiers de demain, notamment concernant la coopération entre professionnels

Nous avons moins besoin d'experts que d'expérience formative. Se rapprocher du sujet de l'action dans toute sa transversalité permet l'expérimentation et la production de savoirs et comporte une dimension réflexive forte.

C'est ce qu'apportent les Formations-Actions au Travail Thérapeutique de Réseau. Comment importer cette manière de travailler dans les pratiques quotidiennes? Comment ces temps cliniques peuvent ou non transformer les situations, en renforçant les nécessaires formations pluri-disciplinaires et pluri-professionnelles.

Il importe de travailler la question des transformations des professionnalités en situation de «frottement», là où les frontières sont éprouvées par leur franchissement et où les appartenances institutionnelles sont rendues problématiques par les possibilités offertes ou fermées par ces situations de travail ensemble.

Travailler sur les définitions et diversités de ces concepts qui envahissent notre langage : Coordination, Concertation, Collaboration, Coopération, Partage, Partenariat et transversalité, Travail en réseau, Intégration, Notion d'isomorphisme. Et cela grâce à une sensibilisation à différentes approches :

. L'approche systémique :

Etre centré sur le lien et les relations qui unissent les personnes et les institutions

. La Thérapie Contextuelle :

Etre centré sur le rétablissement de la confiance dans les relations, et le cycle du *Between Give and Take* et ce qu'il donne à penser.

C'est cet arrière fond éthique, qui manque souvent dans les pratiques multiples de réseau et qui rentre en résonance avec les problématiques familiales, pour peu qu'on parle entre nous comme si les familles étaient présentes.

Qu'est-ce qu'une famille ? Comment ça vit, ça meurt, ça évolue, ça change?

Le passage d'«aidant naturel» à «proche soignant» est rendu encore plus nécessaire par le virage ambulatoire, de nos politiques de soins.

S'il est nécessaire de définir sous quelle forme reconnaître la spécialisation de la psychiatrie de la personne âgée, la Formation au Travail Thérapeutique de Réseau soutenu par la « Clinique de la Concertation » et la Thérapie Contextuelle¹ accompagne l'émergence d'un nouveau profil professionnel, qui ajoute à ses compétences spécifiques celle du « travailler ensemble ».

Les enjeux de citoyenneté et de droit des usagers, notamment les mesures concourant à la déstigmatisation de la santé mentale

Les familles en détresses multiples ayant un parent âgé, avec maladie à composante psychique et comportementale, et dépendant, potentiellement vulnérabilisées, dans le contexte du domicile, ayant secrété ou non un village réseau autour d'elles, lui-même vulnérabilisé et déconcerté, et en difficulté de cohérence, nous invitent à travailler dans l'esprit de la « Clinique de la Concertation ». A savoir être au chevet, se battre ensemble, prendre soin du travail entre les professionnels et les familles, des professionnels entre eux et des membres des familles entre eux, sans nier les conflits.

La montée de la catégorie du psychique dans les questions de souffrance sociale, doit faire l'objet d'un travail commun plus précoce.

Pour faire face au virage épidémiologique et à la prévalence des maladies chroniques, de même qu'au tournant ambulatoire, il est nécessaire de travailler les liens : clinique du lien défait ; clinique qui se porte sur le site de la rupture des liens pour tenter une suture à partir des ressources mobilisables sur place.

La psychiatrie de la personne âgée est une psychiatrie de liaison, qui a principalement une mission d'appui aux acteurs de 1^{ère} ligne - sociaux autant que sanitaires - par sa forme prioritaire d'équipes mobiles (temps de mise à disposition pour construire une réponse).

Elle devrait bénéficier d'une autonomie de pôle et pouvoir ainsi s'articuler et appartenir à des «communautés territoriales de santé», et/ou à des Groupements hospitaliers de territoire avec les autres partenaires du champ gérontologique.

Pour aller vers la déstigmatisation, qui est un problème social global, n'est-il pas prioritaire de commencer par la nôtre, en changeant nos pratiques ?

Devenir psychiatre dans le réseau, en particulier avec la pratique de la « Clinique de la Concertation» qui en est une forme, c'est rompre avec le modèle médical exclusif,

¹ Proposée, sur 4 années, par l'Association Française de Clinique de concertation, www.concertation.net

L'équipe mobile de psychiatrie de la personne âgée (EMGP) ?

C'est une équipe (un psychiatre et une infirmière de soins gériopsychiatrique) qui se déplace sur le territoire, pour faciliter et effectuer un travail au plus près des usagers et leurs proches (vivant des détresses multiples) ainsi que des acteurs de la communauté (souvent déconcertés) .

Prolongeant la politique de secteur en psychiatrie publique, elle vient renforcer et adapter une offre de soins, à des patients et familles :

- qui n'utiliseront pas les consultations programmées des Centres médico-psychologiques, que pourtant les professionnels du réseau sanitaire, social et médico-social pensent utiles pour eux, car ils ne sont pas en mesure de porter une telle demande.
- ou qui, dépassées ou précarisées par une situation de crise parfois préexistante, mais devenue durable et complexe, générée par l'événement de vie - maladie ;
- pas toujours conscients d'un besoin d'aide, et/ou ne sachant que faire et/ ou pensant qu'il n'y a rien à faire, et/ou ayant le sentiment de propositions morcelées des professionnels et non souhaitées,
- refusent les aides ou soins , où les remettent en cause tels qu'ils sont présentés , et prennent le risque , a l'acmé d'une souffrance , d'être orientées ou de se rendre aux Services des urgences , avec souvent des effets délétères pour cette classe d'âge , et le risque de peu d'efficacité d'un acte isolé et ponctuel , en situation complexe .

Donc en amont de l'urgence (et ne la remplaçant pas , quand elle est utile) , cette équipe , par un travail de disponibilité avec les partenaires , qui la sollicite , recherche , construit , effectue une prise en soin et/ou un accompagnement partagé , les plus adéquats possibles , flexibles et singuliers , pour répondre à une demande où à un besoin identifié comme appartenant au champ de la santé mentale .

Quelques références

1°) «Sujet de vie ou objet de soins? Introduction à la pratique de l'éthique clinique » Jean-Francois Malherbe, 2007, Editions Fides .

2°) www.concertation.net.

3°) «L'approche contextuelle» Pierre Michard, Guenièvre Shams Ajili, 1996, Editions Morisset .

4°) «De Proche en Proche . Proximité et travail thérapeutique de réseau en Algérie.» Selma Hellal , 2008 , Ed. barzakh réédité

5°) «Prendre soin: la famille comme pratiques et comme représentations.» Eric Gagnon, Nancy Guberman et Jean-Pierre Lavoie, in Famille et Santé sous la direction de G.Cresson et M.Mebtoul, 2010, Presses de l'EHESP, pp 273--283.

6°) «De la perspective d'aidant naturel à celle de proche –soignant: un passage nécessaire» Denis St Charles et Jean--Claude Martin, Santé mentale au Québec, vol 26 , n°2 , 2001 , pp227-244.

7°) «Le secret est une dimension politique de la thérapie», Vinciane Despret, dans «La guerre des psys . Manifeste pour une psychothérapie démocratique.» Sous la direction de Tobie Nathan, 2006, Les empêcheurs de penser en rond, pp153-176.

8°) «Ecole, Famille, Cité. Pour une coéducation démocratique.» de Antoinette Chauvenet, Yann Guillaud, Francois Le Clère et Marie-Pierre Mackiewicz, 2014, Presses universitaires de Rennes.

9°) «Les équipes mobiles en psychiatrie et le travail de disponibilité.» Lise Demailly, Olivier Dembinski et Catherine Déchamp-Le Roux, 2014, John Libbey Eurotext.

10°) «Services d'accompagnement et de soins: de la coopération à l'intégration» Revue VIE SOCIALE. Nouvelle série N°6. Juin 2014.

11°) «Maladies chroniques: vers un changement de paradigme des soins» Georges Borgès Da Silva. SANTE PUBLIQUE 2015/HS.

12°) «Le MONTREAL MODEL: Enjeux du partenariat relationnel entre patients et professionnels de la santé.» Marie-Pascale Pomey et al. Santé publique. 2015/HS pp 41_50.

13°) «Ces familles qui ne demandent rien» (JP.Mugnier.) Edit. Yakapa.

14°) «Prévention et réseaux de solidarité» Jean--Marie Lemaire, Le groupe familial, N°133 , 10/91 , pp 74--80.