



La prise en charge par le secteur psychiatrique de Pau

**« La force convocatrice »
des malades et des familles
en rupture avec les filières
officielles sollicitant
les ressources de la psychiatrie
de la personne âgée face
aux situations complexes**

Dans la maladie d'Alzheimer et les maladies apparentées nous sommes en présence d'une **métamorphose progressive** et souvent très importante d'une personne, le plus souvent âgée (pouvant donc avoir des comorbidités somatiques et des problèmes sensoriels aggravants), en un être totalement dépendant de son environnement familial et/ou professionnel, du fait d'une modification profonde de son fonctionnement mental. Cette modification est prioritairement considérée aujourd'hui comme la conséquence d'une maladie touchant le cerveau, support biologique de la vie intellectuelle (cognitive, émotionnelle et motivationnelle). Mais les malades, dans leur présentation et comportement, ne peuvent uniquement se définir par leur maladie et les pertes qu'elle provoque. Dans le quotidien, se superposent, s'emboîtent, s'intriquent la réaction et le vécu spécifique de la personne à ce processus hétérogène qui l'habite, en fonction de sa personnalité antérieure, sous une forme qui conjugue tant des pertes que des compétences restantes se traduisant dans l'analyse et la construction de la réalité même. De modification en modification, on voit émerger un individu diminué dans certaines fonctions mnésiques : sa capacité de parler, ses savoir-faire ou savoir reconnaître, sa possibilité de raisonner, d'être attentif, d'anticiper la réaction de l'autre qui atténue ses capacités d'empathie, etc. « *On peut perdre la vie sans être mort* » dit Boris Cyrulnik [5].

Mais ce sont surtout les **complications psychologiques et comportementales** qui posent le plus de problèmes et déclenchent un surplus de changement, une sorte d'accélération du processus et des situations critiques : dépressions, anxiétés, délires, hallucinations, troubles du sommeil, agitations et agressivités,

troubles de l'appétit, troubles sexuels, anosognosie et déni, etc. Ces symptômes, bien connus en psychiatrie, ne sont pas linéairement corrélés aux lésions cérébrales mais sont la qualité émergente d'interactions entre les localisations cérébrales des lésions, la personnalité du malade et ses réactions, l'interaction des comorbidités et des effets iatrogènes des médicaments, l'état de l'éthique relationnelle dans la famille et sa compétence à soutenir le malade et à le tolérer, tel qu'il devient, de même pour les aidants professionnels ainsi que de la valeur prothétique de l'environnement.

La **crise** se majore aussi chaque fois que les changements de l'environnement ne sont pas congruents à ceux du malade ; ou que la modification identitaire, conséquence de la maladie, dissout ou distend le lien d'appartenance familiale ou humain.

Aborder ces symptômes psychologiques et comportementaux est donc un travail en situation humaine complexe [43], qui conjugue plusieurs logiques de pensée : causalité linéaire, causalité circulaire, crise et changement, logique d'appartenance et séparation [46]. Il implique de reconnaître la nécessité de mettre en place des procédures pour faire face à la grande part d'inconnu et d'incertitude qui vont nécessiter créativité et expérimentation éthique partagée. Au fil de leur maladie, ces patients deviennent totalement portés, définis, « construits » par les visions et réactions émotionnelles, la tolérance, l'apprentissage de ceux qui les entourent et s'occupent d'eux. Il n'y a donc **pas de soin du patient sans prise en compte de « sa niche écosystémique relationnelle »** et particulièrement sa famille.

Cet environnement, « ce village-réseau » (voir le géosociogramme ci-contre) fait une analyse très diverse des réactions et des comportements du malade selon ses compétences, sa formation, ses propres réactions, sa spécialité, le lieu et le moment où il intervient et son histoire relationnelle.

De tout cela dépend le savoir aider et accompagner et aussi l'animation

importante des fonctions restantes, de même que le soutien psychologique du malade face à ses souffrances psychiques fréquentes. Les choses se compliquent quand on perçoit l'aspect traumatique de la maladie également sur les proches, du fait d'une disparition progressive et irrémédiable des liens d'intimité, support de la conscience de soi. Quand la crise est là et que tous ces paramètres interfèrent, nous sommes dans la **gestion des cas complexes**.

Nous pensons (et expérimentons depuis 1987) que l'un des acteurs essentiel est l'**infirmier référent de soins gérontopsychiatriques dans une équipe ambulatoire**, pour réaliser cet objectif de soins. Celui-ci doit garantir un suivi et une trajectoire qui respectent les autres partenaires, afin de valider ou non leur vision de l'existence des troubles psychiques, motif de leur sollicitation, pour trouver une solution. Il devra alors obtenir un mandat de soin du patient et/ou de sa famille, entreprendre ce soin, aider les autres partenaires à y participer en prenant la mesure de leur perception sur la problématique et permettre une cohérence d'approche, si besoin en les informant (éducation thérapeutique des familles en situation, partage de savoirs praticables), en les aidant (guidance) et en effectuant son travail de soutien psychothérapeutique (deuil, séparation, apprentissage de l'auto-protection, thérapie brève centrée sur les compétences...).

Pour cela, il faut être au cœur des interactions quotidiennes patients-familles-aidants-professionnels, pour avoir une chance de bien comprendre les enjeux multiples, définir des procédures d'intervention adaptées et partagées par une coconstruction garantissant l'articulation et l'évaluation des actions avec les autres intervenants.

Les interactions directes en situation avec leur aspect analogique sont souvent les plus utiles dans ce contexte d'une écologie de la vie de tous les jours du malade auprès des siens.

Mais le positionnement infirmier et l'implication dans le champ de l'humain présentent aussi des difficultés et des impasses et nécessitent obligatoirement un espace de temps réflexif en équipe

Philippe Guillaumot
Psychiatre, responsable
du Pôle de géronto-
psychiatrie
Fernande Puyoulet
Cadre de santé, Équipe
ambulatoire de géronto-
psychiatrie, Pôle de
géronto-psychiatrie
Centre hospitalier des
Pyrénées, Pau

et avec le psychiatre référent. Il faut conserver une capacité à se distancier des situations qui touchent, y compris émotionnellement au long cours avec la mort toujours en tiers. Cette approche bifocale institue une garantie indispensable pour garder à ce travail son aspect qualitatif et de recherche permanente. La responsabilité de cette fonction infirmière devrait être reconnue.

Nous pensons aussi que le fait d'associer, au travail de l'infirmier, un travailleur social du réseau, tous deux exerçant en binôme, constitue une aide essentielle pour le médecin généraliste afin qu'il puisse améliorer ses interventions dans ce champ si difficile. Comme les consultations mémoire ont eu un effet structurant sur l'organisation et la recherche des diagnostics de plus en plus précoces,

la création des «MAIAS» devrait permettre ce recours à l'intervenant référent médico-social d'une part et à ces équipes de seconde ligne, dites «gestionnaires des cas complexes», où la psychiatrie nous paraît avoir toute sa place, du fait de leur formation et de leur compétence dans l'approche de qualité psychothérapique. Les infirmières «géronto-psychiatrique» des services psychiatriques ont une

formation de base en psychiatrie, une sensibilisation à l'approche familiale systémique, des formations spécifiques sur les personnes âgées, des approches sur les pratiques de soins et de communication avec les patients déments (validation, stratégie de diversion, relation d'aide, rebouclage sensoriel), et une approche en thérapie brève centrée sur les compétences. 

