

**SUIVI GERONTO-PSYCHIATRIQUE
DES MALADES ALZHEIMER,
LEUR FAMILLE ET LEUR RESEAU**

Dr P. Guillaumot

Pôle de Géronto-psychiatrie, Centre Hospitalier des Pyrénées, Pau

La Continuité des soins - Soigner sans rupture
Journée régionale du CCECQA
Bordeaux le 21 Octobre 2010

Que nous apprennent les patients
bénéficiant d'un diagnostic de maladie
d'Alzheimer ?

Comment nous activent-ils ?

Qu'elle expérience formative nous proposent-ils ?

Quelle compliance des soignants ?

- ✚ La psychiatrie publique n'a pas de légitimité officielle dans ce concert !
- ✚ Des malades neurologiques ou neurogériatriques – Ils ne sont pas fous.
- ✚ Des filières de soins officielles ciblées et financées MCO; un plan Alzheimer qui évoquait à peine la psychiatrie avec une non éligibilité financière.
- ✚ Quelques rapports nationaux évoquant succinctement la géro-psi-chiatrie, de même que le SROS 3, mais sans fléchage budgétaire dans la dotation globale.

- ✚ Une restructuration des pôles la faisant disparaître comme pôle.
- ✚ La géro-psi-chiatrie peut-elle exister sans DESC ?
- ✚ Pourtant 6 à 700 malades nous arrivent, avec un turn over annuel de 30 à 40 %.
- ✚ Nous travaillons en creux des filières officielles.
- ✚ Favorisons nous une rupture de la bonne continuité des soins ? Et/ou permettons nous une accessibilité aux soins pour les non demandeurs, grâce à notre spécificité ?

Motifs d'entrée dans la filière géro-psycho-geriatrique ? ou LA CLINIQUE DE LA CONSTERNATION

(offre de soins ambulatoires : équipe mobile infirmière, CMP, H de J)

- ✚ Avant 85 : HTTP priorisée; Sésame ouvre-toi : le T du C et l'aller simple.
- ✚ A partir de 87 : NON ACCESSIBILITE AUX SOINS, aller au devant des détresses, là où et comme ils peuvent nous entendre (refus du diagnostic, des aides, mise en danger, rupture des liens par solitude ou cut-off familial et de plus en plus de familles recomposées; pas de confiance ni d'adhésion aux plans de soins et d'aide, etc.)
- ✚ Triangulations et souffrances familiales révélées par le poids de la dépendance et de l'engagement qu'il nécessite (clivages, conflits de loyauté, implosion, ...).

Motifs d'entrée dans la filière géro-psycho-geriatrique ? ou LA CLINIQUE DE LA CONSTERNATION

(offre de soins ambulatoires : équipe mobile infirmière, CMP, H de J)

- ✚ Conflits dans le village-réseau par extension, isomorphisme (le médecin ne nous entend pas dit la F et l'AS, débat sur les médicaments et les psychotropes, débat sur les bonnes pratiques au bon moment : le Yaka de la surdité, etc.).
- ✚ Où sont les bonnes ressources ? (quel type d'aide aux aidants ? Qui est le plus utile au patient et à la famille à ce moment ? Quelles pensées pour la maltraitance ?)
- ✚ Quelle pratique des ressources (HJ/A de J; utilité de la consultation mémoire ou non ? Qui peut se mobiliser dans la crise et quel choix ?).

L'hyper complexification et la **CLINIQUE DE LA CONFUSION**

Ces malades et leurs familles nous questionnent sur le comment faire vivre ensemble nos logiques de point de vue, logiques de fonction et de service sur le terrain tout en prenant en compte la leur.

✚ **Ethique relationnelle et balance de justice des comptes relationnels familiaux**

(les professionnels n'ont pas à faire irruption dans les processus d'émancipation et de modification des attachements familiaux. Ils sont là pour repérer et soutenir ces processus évolutifs, sauf si violence)

(circularité des mandats, prises en charge séquentielles permet continuité)

✚ **Au delà des coordinations ? Au delà de la clinique du relais ?** Comment tenir dans toutes ces étapes, résister à tous ces échecs et impuissances ? Reconnaître notre vulnérabilité et ne pas résister à leur sollicitation et considérer que ces malades-là et ces familles-là ne peuvent nous activer que de cette façon en nous mettant au travail au sein de nos zones et pratiques de recouvrement médico-sociales.

Pratiquer les figures du réseau

Peut-on parler de pratique thérapeutique de réseau ?

Vers la **CLINIQUE DE CONCERTATION !**

« **Concertare** » se battre ensemble (la coordination met en ordre : l'ordre de qui ?) (la concertation part de la dimension conflictuelle à élaborer) les 2 sont utiles, mais quand ?

Vers une clinique de concertation :

✚ renversement de la vulnérabilité (on s'intéresse plus à ce qui se passe entre professionnels. Moins d'experts, au profit de l'expérience formative de l'apprentissage à travailler ensemble. La formation se trouve au cœur de l'expérience. Face aux contextes difficiles, proposer notre inter professionnalité.

Pratiquer les figures du réseau

Peut-on parler de pratique thérapeutique de réseau ?

Vers la **CLINIQUE DE CONCERTATION !**

- ✚ principes d'ouverture (le trépied concertatif : usagers, politiques, professionnels) Etre plus vigilant.
Quoi dire ? Ne pas dire ? Comment les familles aimeraient que l'on parle d'elles de façon qu'elles en soient fières ?
Comment parler des absents, des morts, des enfants à naître ? Comment parler avec mes collègues avec qui je ne partage pas le même avis ?
- ✚ l'effet positif sur les familles et leurs liens de nous voir travailler ainsi ? (anti-iatrogénicité du réseau)

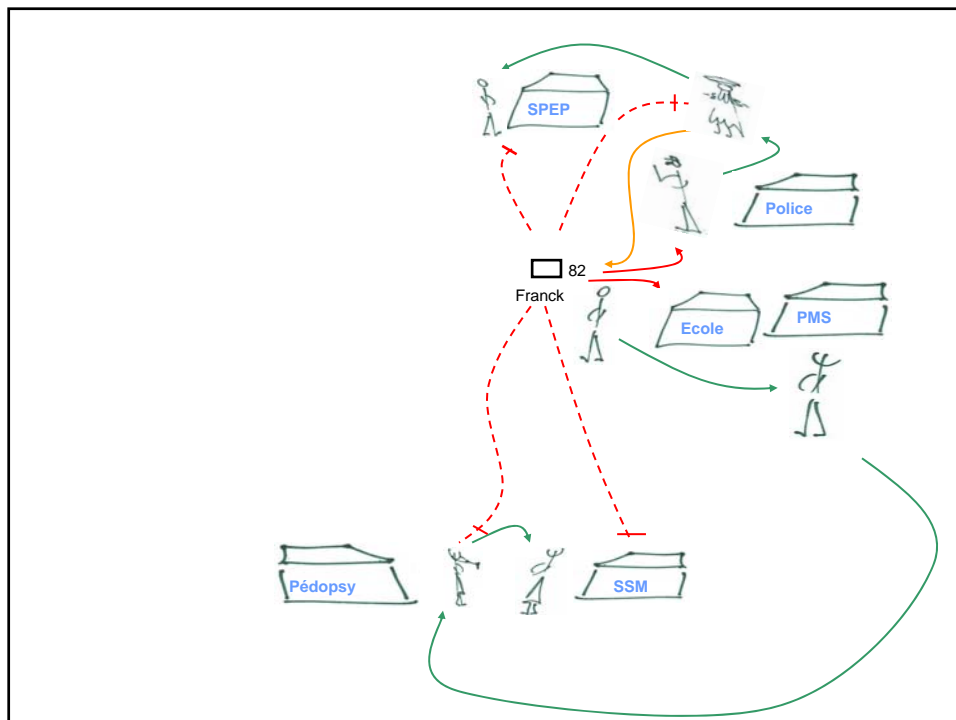
La « Clinique de Concertation » un outil au service du travail thérapeutique de réseau

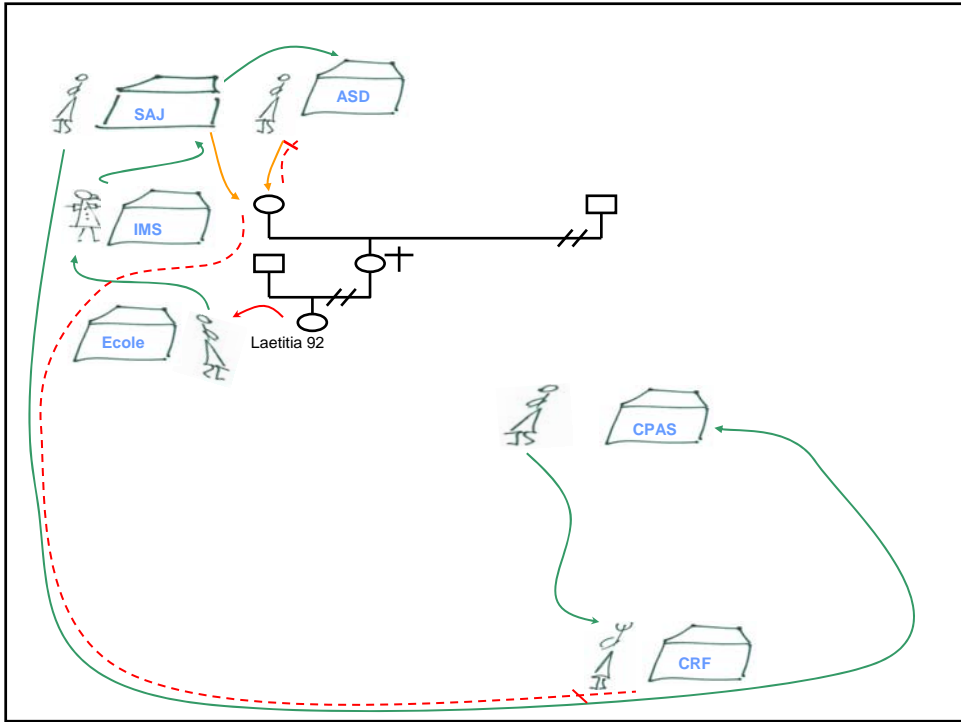
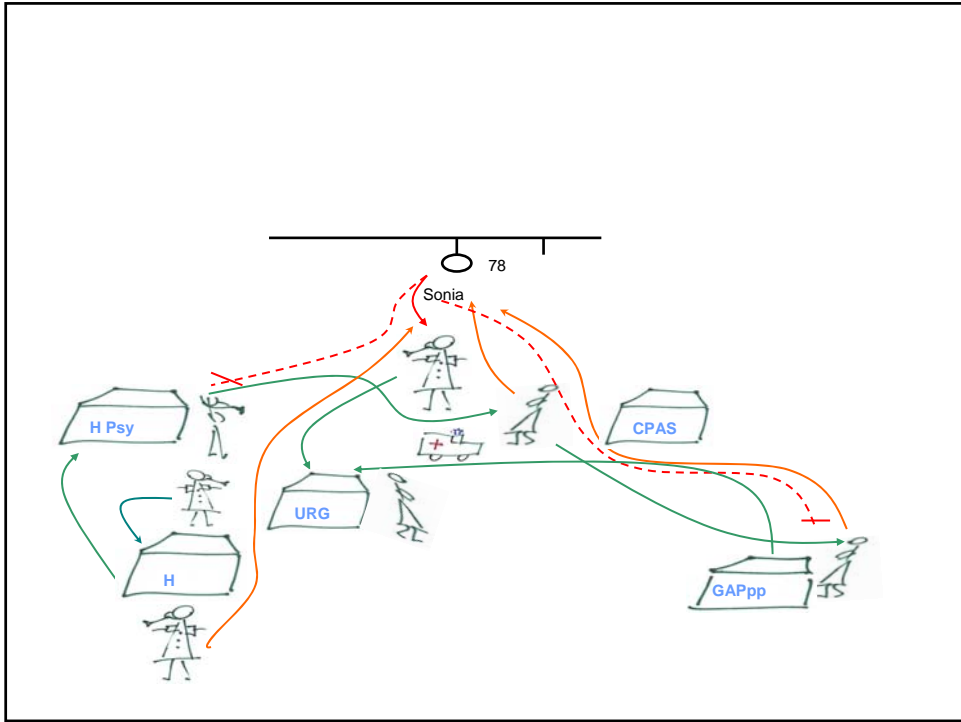


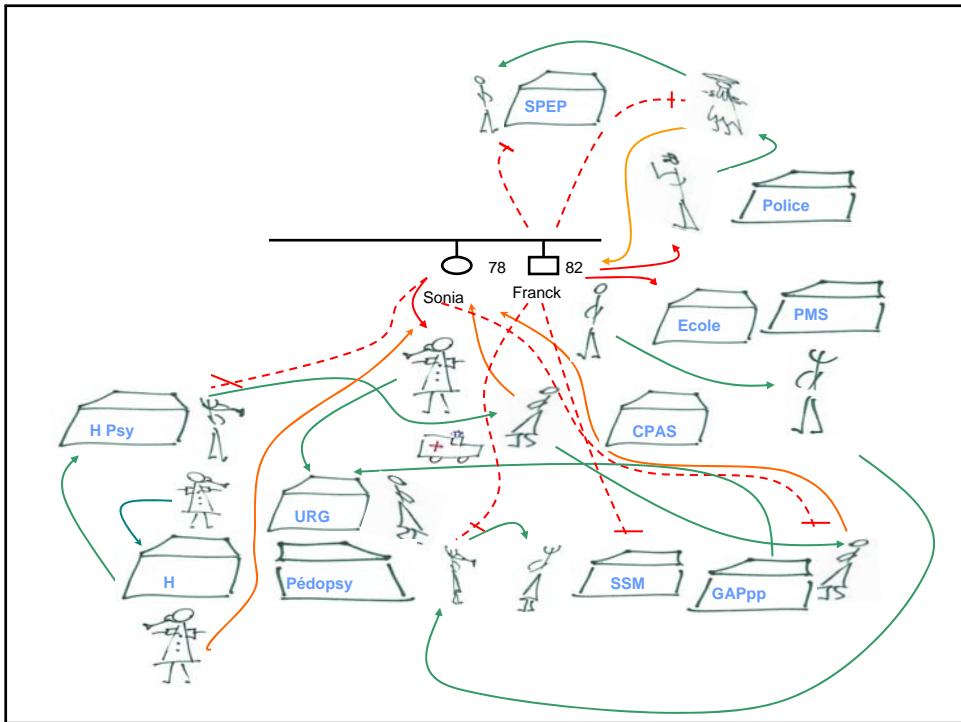
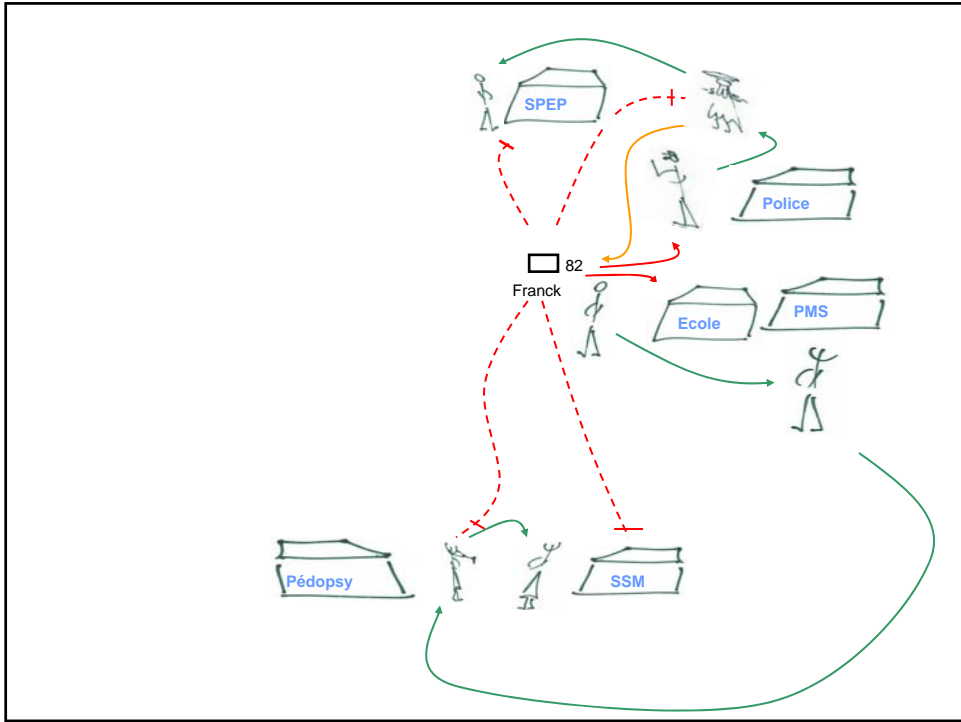
www.concertation.net

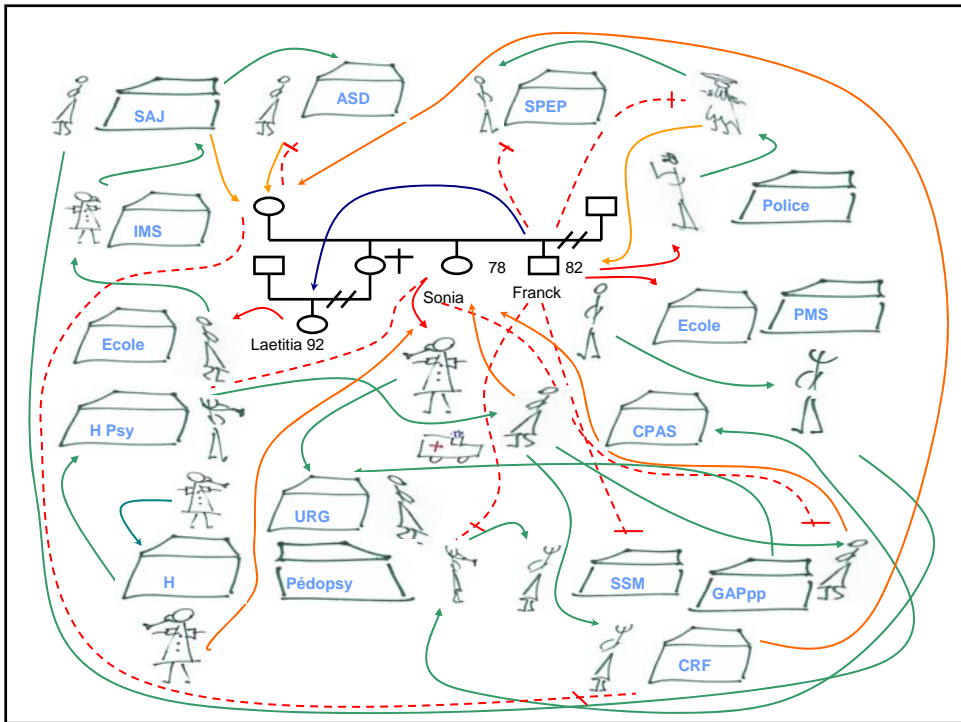
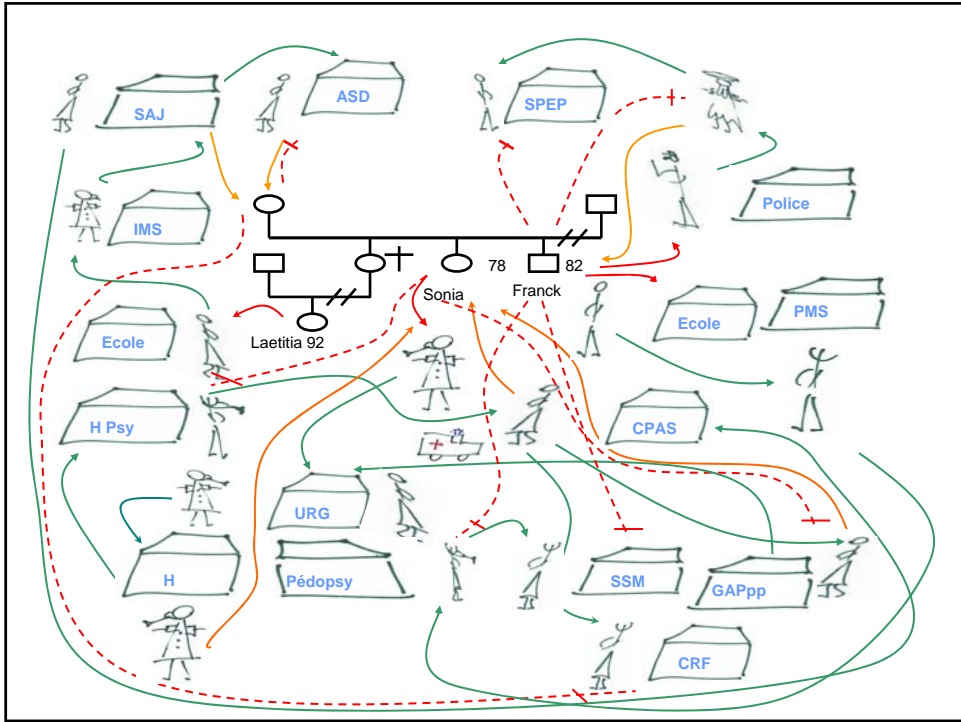
Dans quel état, les situations des familles en détresses multiples, nous mettent-elles ?

« Clinique de Concertation »
Flémalle (Belgique)
1996









Références

✚ « Service public et Clinique de Concertation : espaces habitables pour une psychothérapie inauthentique »

✚ Par JM. LEMAIRE et L. HALLEUX .

✚ In « L'inventivité démocratique aujourd'hui » de G. Brausch et E. Delruelle

✚ Editions du Cerisier 2005, pages 109-134

CONCLUSIONS

- ✚ Etre éthique, en psychothérapie, c'est prévoir, quand elle se termine que soit signifié aux malades et familles, un remerciement adapté, pour ce qu'ils nous ont appris.
- ✚ Nous n'inventons pas des choses. Ils sont créateurs et analyseurs des réseaux. L'inter professionnalité est déjà mise en marche sur le terrain.
- ✚ Si on accepte l'histoire commune des patients et de leur famille et ce qu'ils nous font faire (trajectoire, socio-génogramme) ; nous allons devoir, nous aussi, nous intéresser à notre histoire commune de réseau (logique de territoire, approches psychothérapiques, et engagement dans des relations longues (T2A ? Managers passants ? Cohabitations des logiques)
- ✚ **A quand une MAIA expérimentale de concertation au CLIC de Pau ?**