

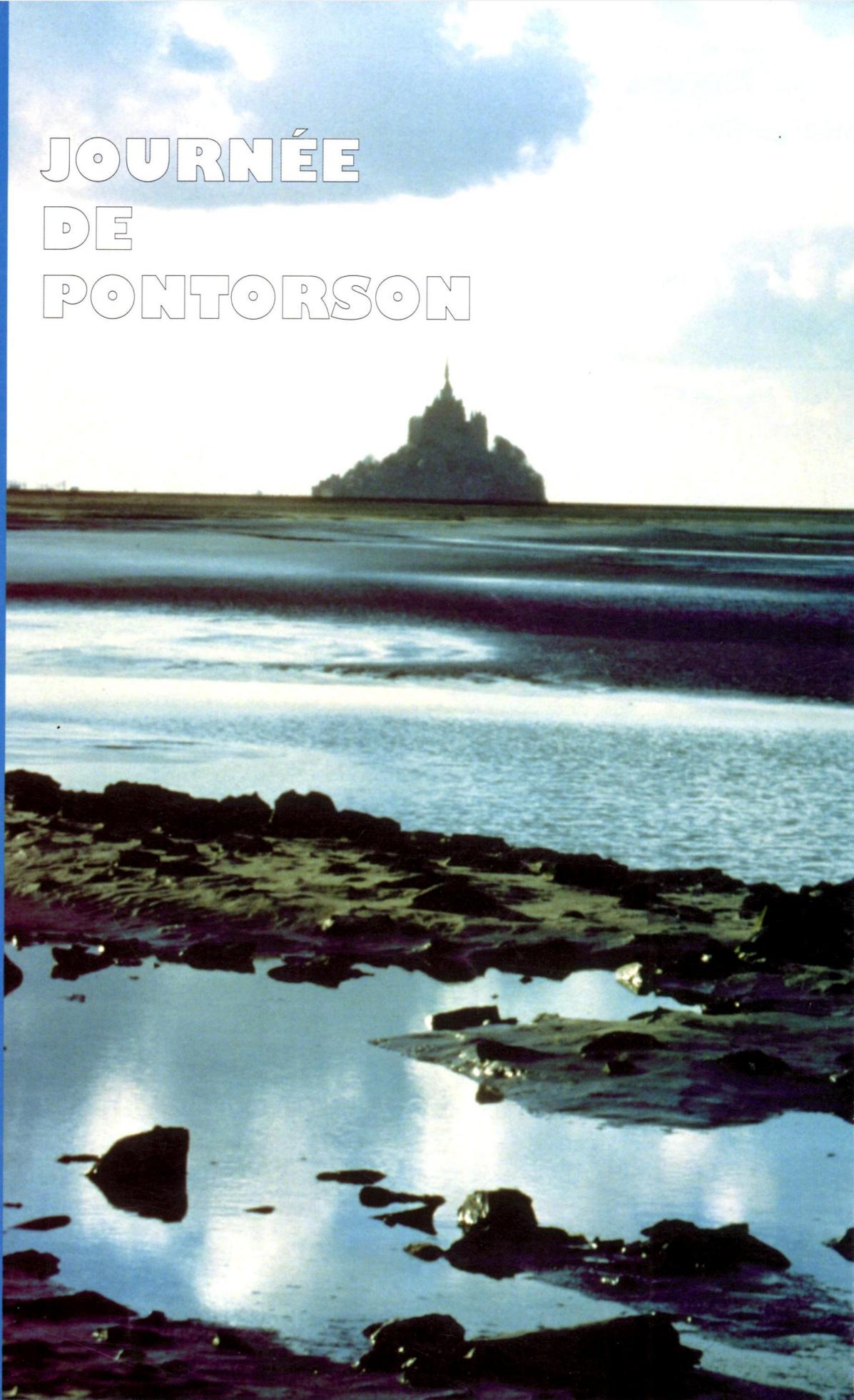
PRATIQUÉ & RECHERCHES

*En Santé
Mentale*

N° 16

ISSN 1157-5135

JOURNÉE DE PONTORSON



**REVUE DE L'ASSOCIATION
CROIX-MARINE
DE BASSE-NORMANDIE**

30 F

SOMMAIRE

- 1** ÉDITORIAL
- 2** CROIX-MARINE BASSE-NORMANDIE
RAPPORT D'ACTIVITÉ 1996 - RAPPORT MORAL
- 4** BRÈVES
- 6** CROIX-MARINE INFO
INFOS FÉDÉRATION
- JOURNÉE-RENCONTRE DE PONTORSON : LA SANTÉ MENTALE DE LA PERSONNE ÂGÉE*
- 8** PRATIQUE D'UN ATELIER MÉMOIRE
- 11** LA CRÉATIVITÉ CHEZ LE SUJET ÂGÉ : EXPÉRIENCE D'UN ATELIER
D'EXPRESSION EN GÉRONTO-PSYCHIATRIE
- 12** SANTÉ MENTALE EN MAISON DE RETRAITE
- 14** A PROPOS DE LA COMMISSION PERSONNES ÂGÉES DU SROS
- 19** DU SAVOIR SUR LES VIEUX AU SAVOIR DU VIEUX

PRATIQUE ET RECHERCHES

REVUE DE L'ASSOCIATION CROIX-MARINE BASSE-NORMANDIE

Fondation du Bon-Sauveur, 50360 PICAUVILLE
Tél. 02 33 21 84 00 (poste 8466) - Fax 02 33 21 85 14

Directeur de la publication : Jean-François GOLSE
Responsable de la rédaction : Philippe LAMOTTE
Secrétaire de rédaction : Maryse CORBET
Comité de rédaction : J.- N. LETELLIER
J. ANDERSON,
M. PITON, D. CATHERINE,
G. BOITTIAUX, B NOUHAUD
T. JEGARD

Composition et impression : LOCOMOTIVE
02 33 07 54 09
P. LAMOTTE
Photos :
Photos du Mont-St-Michel : Olivier DUCHEMIN,
PONTORSON
Secrétariat : 02 33 21 84 66
Dépôt légal : 1^{er} trimestre 1997



ÉDITORIAL

Début de l'année, point d'équilibre entre les bilans qui s'estompent déjà et les projets dont les contours se précisent.

Le bilan 1996 de notre association Croix-Marine tel qu'il a été dressé au cours de notre assemblée générale le 17 janvier dernier : des adhérents en nombre croissant (85 adhérents individuels, 22 associations ou établissements adhérents), des journées rencontre qui sont maintenant autant de rendez-vous régionaux, une revue qui s'installe et s'est donné désormais les moyens de paraître à des dates plus régulières, un budget équilibré. Ajoutons qu'il a été procédé au cours de cette assemblée générale au renouvellement du tiers sortant des administrateurs; nous avons ainsi le plaisir d'accueillir Monsieur MONDEHARD du C.P.O. d'Alençon, Monsieur DRIEU de l'association l'Élan de Flers et Monsieur DUCHEMIN du Centre Hospitalier de Pontorson. Gérer l'association, susciter de nouvelle adhésion, élaborer les thèmes des journées-rencontre, être le correspondant de la revue... Autant de tâches essentielles qui incombent aux administrateurs; il est encourageant de constater que des bonnes volontés se déclarent pour occuper de tels postes.

Les projets? Des journées rencontre qui invitent à la réflexion sur des thèmes d'actualité : exclusion et santé mentale le 4 mars à Valognes, place et rôle des associations actuellement et dans les années à venir le vendredi 6 juin (cette journée s'inscrit dans le cadre du Forum national Croix-Marine dont l'intitulé exact est : actions de santé mentale pour l'an 2000, place des associations), évolution des rôles infirmiers à l'automne. La revue fera de façon synthétique le compte rendu des interventions et tachera, cela dépend de vous, de mieux rendre compte de toutes les initiatives qui animent le champ qui est le nôtre. Mais ceci est presque déjà de l'acquis, et c'est dès maintenant qu'il nous faut imaginer les nouvelles actions de demain.

Enfin nous allons continuer de renforcer nos liens avec la Fédération Croix-Marine et vous tenir informés de la vie de la Fédération, de ses démarches, de ses prises de position. Mais je vous invite aussi, car rien ne remplace les liens directs, à vous abonner à la revue de la Fédération, lieu d'échange et de débat "transdisciplinaire" s'il en est, et à venir nombreux aux journées nationales d'Amiens en septembre prochain.

DOCTEUR J.-F. GOLSE,
PRÉSIDENT.

Rapport d'activité 1996

Rapport moral

**CROIX-
MARINE**
Basse-
Normandie

Notre association Croix-Marine de Basse-Normandie poursuit son chemin grâce au dynamisme de ses adhérents et au soutien constant de ses partenaires; l'année 1996 aura été me semble-t-il une bonne année.

Les actions de l'association

I. Les journées rencontres

Ces journées, moments forts de notre vie associative, rencontrent un succès qui ne se dément pas. Nous avons maintenu le principe de trois journées par an, une dans chacun des trois départements bas-normands selon une formule maintenant bien connue.

Cette année, ce furent :
Le thème de l'inceste, sujet complexe et difficile s'il en est, et qui malheureusement s'affirme comme une préoccupation croissante à notre époque; l'importance considérable de l'assistance était là pour en témoigner (330 personnes en sachant qu'il nous a fallu refuser de nombreuses demandes). Cette journée était organisée au C.P.O. d'Alençon le 25 mars 1996 avec les interventions suivantes :

- "Point de vue analytique sur l'inceste - évocation d'une prise en charge" par le Dr EDY, chef de service du secteur Est Orne de pédopsychiatrie.

- "Notions d'inceste au niveau des textes. Quelles sont les réponses et aides qui peuvent être données par le système judiciaire" par madame P. MEMHELD, juge des enfants au Tribunal de Grande Instance d'Alençon et par madame V. FRANÇOISE DELPECH substitut du Procureur de la République à Alençon.

- "Le secret et la honte dans les conduites incestueuses" par le Professeur L.-M. VILLERBU, professeur et directeur du centre d'études et de recherche en clinique criminologique, université de Rennes.

- "Pour le père détenu accusé d'inceste : continuer d'exister" par G. CHESNEL, assistant social à la maison d'arrêt d'Alençon.

- "Constitution et devenir du GRAMEP" (Groupe de Recherche et d'Action contre la Maltraitance des Enfants dans le Perche) par un collectif de travailleurs sociaux, enseignants et soignants.

- "Intervention dans les écoles primaires dans un but de prévention des agressions sexuelles sur les enfants" récit d'une expérience de plusieurs années par Mme LEMONNIER, puéricultrice à la P.S.F.E.

La journée suivante s'est tenue au Bon Sauveur de Caen sur le thème : "**Place et Parole des usagers dans le dispositif de santé mentale**".

- "Témoignage des associations locales d'usagers en santé

- mentale" : associations AUSER de Caen, ÉLAN de Flers.

- "Point de vue de l'UNAPEI" par G. JOINNEAUX, vice président de l'UNAPEI.

- "Point de vue de l'UNAFAM" par D. MAUDUIT, vice présidente de l'UNAFAM.

- "Point de vue d'une association parisienne" "Fil retrouvé à Paris" par J. RUHL

- "Place des usagers dans l'évaluation de la loi de 90 et dans les instances d'élaboration des politiques" par P. GOFFAUX, représentante des usagers à la commission d'évaluation de la loi de 90.

L'assistance était moins nombreuse qu'à l'accoutumée, 80 personnes tout de même; deux explications à mon sens : la nouveauté du sujet, mais n'est-ce pas aussi le rôle de notre association que d'explorer les voies nouvelles qui s'offrent à nous? mais aussi sans doute un "timing" des opérations un peu trop serré et qui a laissé trop peu de temps pour l'annonce de cette journée.

Enfin, nous avons terminé l'année à Pontorson où nous étions environ 180 personnes le 28 octobre sur le thème de "**la Santé mentale de la Personne âgée**".

- "Du savoir sur les vieux au savoir des vieux" par M.-T. GOURMEL psychologue au



C.H. de Pontorson.

- "A propos de la commission personnes âgées du SROS" par le docteur ALARY du C.H. de Saint-Lô.

- "Ateliers mémoire : expérience professionnelle d'une équipe infirmière" par une infirmière du C.H. des Pontorson.

- "La créativité chez le sujet âgé : expérience d'un atelier d'expression en géronto-psychiatrie" par l'équipe du C.P.O. d'Alençon.

- "Santé mentale en maison de retraite" par monsieur BLIN, directeur de la maison de retraite de Torigny-sur-Vire.

- "Action de santé communautaire concernant la prise en charge des troubles démentiels" par le docteur BOITIAUX du C.H. de Picauville.

L'association remercie ici les établissements qui nous accueillent et se mobilisent pour la réussite de ces journées qui impliquent une logistique importante. Nous remercions ainsi pour cette année 1996 le C.P.O. d'Alençon, le C.H. du Bon Sauveur de Caen et le C.H. de Pontorson.

Nos remerciements vont aussi aux "coordinateurs" de ces journées qui auront été le docteur ANDERSON ET J.-

Louis FOUCAULT pour Alençon, Claude DEUTSCH pour le thème de l'inceste et Annick GOURDIER pour Pontorson.

2. La Revue

Nous avons au cours de cette année 1996 comme au cours de l'année précédente publié trois numéros de notre revue. Cette fois-ci, le dernier numéro a pu sortir et être distribué fin décembre et non pas en janvier ce qui, chacun en conviendra, est plus cohérent.

Ceci résulte d'une volonté délibérée de notre part d'améliorer à la fois la régularité et la qualité de notre revue, ceci en nous donnant plus de temps pour la confection de chaque numéro.

Vous aurez remarqué que les trois numéros de 1996 n'auront traité que de deux journées et non de trois; il en résulte que la revue qui rendra compte de la journée de Pontorson du 28 octobre sur la santé mentale des personnes âgées sera le premier numéro de 1997, numéro qui sortira en février. Ce décalage entre la journée et la publication de la revue correspondante permettra désormais au comité de rédaction de travailler dans de meilleures conditions.

Les adhérents

Le nombre de nos adhérents continue de s'accroître régulièrement en ce qui concerne tant les adhérents individuels que les adhérents collectifs :

- adhérents individuels. 41 en 94, 73 en 95 et 85 cette année; autrement dit, le nombre de nos adhérents a plus que doublé en deux ans. Un peu plus de 50 % de ces adhérents individuels sont du département de la Manche ce qui revient à dire... qu'il existe au niveau des départements

de l'Orne et du Calvados un gros potentiel de progression. A noter l'existence d'un adhérent dans le Morbihan et d'un autre à Madagascar.

- 22 adhérents "collectifs" (associations et établissements) soit 5 de plus que l'an dernier.

Les finances

Les finances présentées par notre trésorier J.-L. FOUCAULT sont saines malgré un déficit de fin d'année d'environ 2 000 francs (1 946,03 francs). Les trois piliers de nos ressources sont :

- la subvention de la CRAM qui s'est élevée en 1996 à 22 895 francs
- le montant de nos cotisations qui va s'accroissant parallèlement à l'augmentation du nombre de nos adhérents (16 300 francs).
- les subventions des laboratoires (5 000 francs) et de l'AGRR (3 000 francs).

Il est à noter que la somme de ces deux dernières rubriques dépasse désormais le montant de la subvention CRAM ce qui signifie la meilleure répartition de nos ressources.

A ces trois grandes sources de financement s'ajoutent des petites sommes issues de la vente de quelques numéros de notre revue et des entrées à nos journées.

Questions diverses

- Fonctionnement interne : Le conseil d'administration comme en 95 s'est réuni à quatre reprises. Il serait souhaitable que le renouvellement du tiers sortant du Conseil d'Administration permette d'améliorer la représentativité du département de l'Orne qui est actuellement très faible (deux administrateurs de l'Orne, six du Calvados et donc neuf de la Manche).

- Les tâches s'alourdissant au

furet à mesure que l'association se développe, il faut donc sans relâche continuer la recherche d'une amélioration de la structuration de l'association et de la répartition des tâches.

- Nous n'avons pas résolu à ce jour de façon satisfaisante la difficile question de la politique du prix des entrées à nos journées. Le prix des entrées varie selon que le repas est compris ou non. Et dans ce domaine nous sommes tributaires des capacités d'accueil des établissements; mais il varie aussi selon que l'on est adhérent ou non à notre association. Et si l'on voulait être parfaitement logique, le prix devrait varier également selon que l'on est adhérent individuel avec la carte de l'association ou simplement membre d'une association ou établissement adhérent. Ce qui reviendrait à pratiquer trois prix différents ce qui est quasiment ingérable. Il va falloir clarifier et simplifier.

- Nous avons entrepris des démarches pour obtenir un numéro de formation continue mais ceci ne pourra pas être opérationnel en tout état de cause avant 1998.

- La fédération continue de travailler

activement à un projet de régionalisation dont nous aurons à débattre quand nous en aurons eu connaissance. Dans l'immédiat, nous n'avons pas obtenu de la fédération Croix-Marine la reconnaissance de notre fonction de coordination. Il faut

savoir qu'il existe dans la plupart des régions une organisation Croix-Marine appelée coordination qui réunit tous les adhérents à la fédération d'une même région. Les statuts de la fédération, association reconnue d'utilité publique, n'autorisent pas ces coordinations à avoir la personnalité juridique, c'est à dire à être constituée en association. Cette impossibilité statutaire à reconnaître la fonction de coordination de notre association Croix-Marine de Basse-Normandie n'altère en rien les excellentes relations et les liens privilégiés que nous entretenons avec la fédération; à noter en effet que sur proposition de notre association, monsieur Serge LOQUET, cadre infirmier chef au centre hospitalier du Bon Sauveur de Picauville, a été nommé par la fédération, délégué régional pour la région Basse-Normandie.

Il me reste à vous souhaiter à tous une bonne année 97. Picauville, le 9 janvier 1997
Docteur J.-F. GOLSE
Président de l'association.



Alain Mondehard
C.P.O. Alençon



Daniel Catherine
Nouveau
secrétaire général

Les élus



Didier Drieu
Association
Élan de Flers



Olivier Duchemin
C.H. Pontorson

EXONÉRATION DE LA VIGNETTE AUTOMOBILE

L'exonération de la vignette aux associations de handicapés mentaux est désormais possible pour les véhicules dont elles sont propriétaires ou locataires même non aménagés à condition qu'ils ne soient utilisés que pour le transport de ses membres et que ces institutions n'aient pas de caractère commercial.

Pour plus de précisions, se renseigner près de l'HÔTEL DES IMPÔTS.

L'ASSOCIATION CROIX-MARINE DE BASSE-NORMANDIE ORGANISE SA PRO- CHAINE JOURNÉE-RENCONTRE :

————— **LE MARDI 4 MARS 1997** —————

**À VALOGNES (NORD-COTENTIN)
AUTOUR DU THEME**

"EXCLUSION ET SANTÉ MENTALE"

ASSOCIATION PRISME

Après Cherbourg, le colloque de l'association PRISME - Basse-Normandie se tiendra cette année au Centre Psychothérapique de l'Orne à Alençon les 12 et 13 juin sur le thème : "Création et Médiation thérapeutique".

Nous voulons profiter de ces journées de rencontres entre professionnels et usagers des services de santé mentale pour dynamiser les recherches en cours dans les ateliers, mais aussi pour permettre aux animateurs d'ateliers artistiques, à médiation thérapeutiques d'échanger quant à leurs questions, leurs difficultés.

Avant ces journées, nous avons prévu de nous rencontrer à nouveau le 10 avril à 9h30 à l'Institut de Formation du C.H. de CAEN. Aussi, pour tous ceux qui aimeraient participer, vous pouvez trouver des infos dans le bulletin qui circule dans les services mais aussi prendre contact au moment de cette journée régionale.

N'hésitez pas à vous manifester,
Association PRISME,
Didier DRIEU.

BRÈVES

par Thierry Jegard

à noter

Journée-rencontre Croix-Marine

PONTORSON : LES S.P.A.D. EN ACTION

Le numéro 22 de la revue "éChangeS" de janvier-février 1997 (bulletin de liaison du C.H. de Pontorson) a consacré la rubrique "reportages" à la journée rencontre du 28 octobre 1996, organisée par l'Association Croix-Marine Basse-Normandie sur le thème de "La Santé Mentale de la Personne Âgée".

Notre confrère y dresse un bilan des interventions notamment celle de l'équipe infirmière du S.P.A.D. (Suivi des Personnes Âgées à domicile) du C.H. de Pontorson. Dans son exposé, l'équipe soignante a présenté son travail dans le cadre des ateliers mémoire. Les objectifs sont le maintien ou l'amélioration des facultés mnésiques des patients par la stimulation, la revalorisation de la personne, le dépistage des états dépressifs avec orientation si besoin du malade vers un spécialiste. Au préalable, le suivi des personnes se fait à la demande des équipes soignantes après accord du médecin psychiatre, gériatre ou généraliste. Ces soins concernent tous patients qui souffrent de pathologies lourdes, invalidantes. Les S.P.A.D., le premier a vu le jour sur le secteur GO7 en 1988 et le second sur le secteur GO6 en 1992 (région Sud Manche), interviennent dans diverses structures mais aussi apportent un soutien psychologique aux familles.

CROIX-MARINE EN BASSE-NORMANDIE

Même si la Fédération Nationale Croix-Marine ne possède pas encore de coordination sur les trois départements Bas-Normands, M. Serge LOQUET, surveillant chef à la fondation du Bon-Sauveur de Picauville, a été nommé délégué régional par la Fédération sur proposition de l'A.C.M.B.N.

LE CENTRE D'ÉCOUTE D'AVRANCHES

Créé le 2 avril 1991, le C.A.E. (qui n'a pas d'existence légale) est un des composants du C.M.P. d'Avranches. Le C.A.E. reçoit essentiellement des consultants des communes périphériques de l'embouchure de la Sée. Il participe à la prise en charge extra-hospitalière de personnes qui évoquent plus des difficultés psychologiques qu'un état mental perturbé.

L'équipe qui se compose de trois infirmiers épaulés par deux psychologues, a pénétré avec succès le tissu social, médical, éducatif et judiciaire de la région, partenaires avec lesquels le C.A.E. travaille en étroite collaboration afin de répondre aux demandes de plus en plus importantes qui lui sont faites.

LA CHAMBRE D'ISOLEMENT ! EN SORTIR ?

Parmi les comptes rendus des ateliers Prisme du 26 septembre 1996, publiés dans la revue n° 10 de "Maintenant", Jérôme ORANGE, cadre infirmier dans le secteur de Flers, se fait le porte-parole du groupe de soignants qui réfléchit autour de la chambre d'isolement.

Si ce sujet dans le grand public est empreint de mystère, l'hôpital psychiatrique, derrière ses murs, pratique-t-il encore, en cette fin de millénaire, ce genre "d'intervention" ? Le groupe s'interroge sur le soin "punition", le soin "sévice", le soin "dégradant", autant de qualificatifs qui expriment des sentiments de culpabilité dans le discours des soignants. Aussi, note le rapporteur, "la prescription médicale d'isolement se fait encore souvent au constat d'impuissance d'une équipe face à des troubles du comportement importants, sans plus de réponse possible dans le contexte de soins habituel". Le groupe souhaite mener une réflexion pour faire sortir de l'ombre ce sujet tabou.

PLAN D'ACTION RÉGIONAL SUR L'AUTISME

À la suite de la circulaire du 27 avril 1995 demandant l'élaboration dans chaque région d'un schéma directeur pour la prise en charge des personnes autistes, l'élaboration du plan régional pour la période 1996-2000 qui vient d'être publiée par la DRASS de Basse-Normandie, précise que deux projets ont été retenus par les instances nationales permettant la création de 10 places réservées à l'accueil d'adolescents et d'adultes autistes dans notre région. La définition de l'autisme proposée par l'ANDEM (Agence Nationale pour le Développement de l'Évaluation Médicale) est retenue pour la démarche de planification en Basse-Normandie.

Pour l'ANDEM : *"le syndrome d'autisme infantile est un trouble global et précoce du développement, apparaissant avant l'âge de trois ans, caractérisé par un fonctionnement déviant et/ou retardé dans chacun des trois domaines suivants : interactions sociales, communication verbale et non verbale, et comportement"*.

En Basse-Normandie, le taux de prévalence des troubles autistiques varie de 4 à 10 cas pour 10 000 personnes. Selon une enquête du C.T.R. (Comité Technique Régional) effectué en 1996 auprès de l'ensemble des établissements et services médico-sociaux et psychiatriques de la région, on recense 811 personnes originaires de la région ayant un syndrome autistique, 325 dans le Calvados, 329 dans la Manche et 157 dans l'Orne. De ces chiffres, il ressort que 261 personnes sont prises en charge par les services de psychiatrie, soit 30 % au total. La mise en œuvre du plan doit mettre à disposition des places dans les structures pédo-psychiatriques pour la prise en charge ambulatoire et la prise en charge à temps complet d'adultes autistes en psychiatrie devant évoluer vers le médico-social.

VOTRE COURRIER

Adressez les nouvelles que vous souhaitez voir apparaître :

- soit directement à Madame Maryse CORBET, secrétaire de rédaction A.C.M.B.N., Secrétariat du Docteur GOLSE, 50360 Picauville,
- soit au Docteur PITON, correspondant de la revue pour le département du Calvados,
- ou au Docteur ANDERSON, correspondant pour le département de l'Orne.

CROIX-MARINE INFO

Lettre d'information

Janvier 1997

**Infos
Fédération -
Infos
Fédération -
Infos
Fédération**

I - Après les motions : rencontres avec les services ministériels

I - Madame le Docteur PATRIS, Conseiller Technique auprès de Monsieur EMMA-NUELLI. Notre Fédération était représentée par C. BONNET, J.-P. ARVEILLER, A. GRUNFELD.

Échange un peu "fermé".

a) La F.N.A.C.M. souhaite que parmi les personnalités qui seront désignées par le Préfet pour la création des Comités Départementaux d'Insertion (voire les Comités Régionaux) soit choisi un représentant "Croix-Marine".

b) La F.N.A.C.M. prend acte que le projet de loi est d'ores et déjà rédigé et, dorénavant, il appartiendra aux députés et aux sénateurs de travailler sur ce projet de loi : c'est donc vers à que la Fédération s'adressera dès maintenant.

c) La F.N.A.C.M. constate que, plus que jamais, la vitalité associative constituera l'un des garants de l'application de la future loi ; dans cette optique, elle demande instamment que les directeurs hospitaliers reçoivent des directives claires permettant aux équipes soignantes pluridisciplinaires (infirmiers, psychologues, assistants sociaux, aides-soignantes...)

de participer activement et sans difficulté à la vie associative, ce qui est très loin d'être la réalité actuelle.

2 - Secrétariat d'État à la Santé et à la Sécurité Sociale, Monsieur PICARD, Conseiller Technique du cabinet de Monsieur GAYMARD. Délégation Croix-Marine : C. BONNET, R. FLEURET, G. DANDEL. Échange "approfondi".

a) Favorable à une réelle reconnaissance des infirmiers de secteurs psychiatriques. N'étant pas chargé de ce dossier devait nous faire passer par écrit les avancées de cette question... Toujours pas de courrier ! **Aux dernières nouvelles**, le Conseil d'État du 30 décembre 1996 a mis en cause l'arrêté du 26 octobre 1994, en conséquence les infirmier (es) psy ne pourraient plus être considéré (es) comme D.E. Cette décision cantonne les professionnels dans un cadre en voie d'extinction. Le Collectif National propose une manifestation nationale à Paris le 13 mars 1997.

b) Comprend l'importance de la dynamique associative dans

les stratégies d'insertion. Cependant il n'est pas possible, selon lui, actuellement de reprendre la circulaire de 1958 ou de faire une recommandation forte en faveur de la dynamique associative. Pense qu'il est envisageable de positionner Croix-Marine par rapport aux agences régionales d'hospitalisation. Très attaché au niveau régional, a retenu avec attention notre suggestion de mettre en place des conférences régionales de santé mentale.

c) Conscient des difficultés des restructurations. Reconnaît qu'il faut des moyens et du temps pour éviter que les changements et les mutations institutionnelles soient traumatiques, source de souffrances et/ou de rechutes pour les patients. Comprend les nécessités de mobilité des soignants et de leur nécessaire implication dans la vie associative. Considère que les activités de suite et d'accompagnement (organisées en particulier par des cliniques privées) doivent pouvoir solliciter les possibilités expérimentales prévues par les ordonnances.

3 - Ministère de la Justice, Madame RIOMET. Pour la

Fédération : C. BONNET, F. GALINON, J.-P. MARTINEAU.

Échange "technique et rapide". A la demande de l'organisation d'une table ronde entre les services des divers ministères concernés et les fédérations de services tutélaires, il est répondu que le ministère travaille sur une réforme de la loi de 1968 en cherchant à améliorer les aspects de protection de la personne et les solutions de financements. Aucune échéance ne peut être avancée. Les questions de la tutelle à la personne seront clarifiées et précisées dans ce texte. Favorable à l'unification des financements proposés par la Fédération en 1990. Favorable à une législation qui permettrait aux juges des tutelles de proposer la non radiation des listes électorales. N'est pas favorable au changement de dénomination d'incapable majeur en majeur protégé, car elle considère que la capacité juridique est le seul terme convenable dans ce domaine. N'est pas favorable au changement de dénomination de juge des tutelles en juge des protections. Un nouveau contact est à prendre en mars 1997.

II - Présence de la Fédération

I - Assemblée générale de l'Association des Présidents et Vice-Présidents des

Commissions Médicales d'Établissements.

Le Président C. BONNET a

été invité par le Docteur BARTHÉLEMY à présenter les orientations de la Croix-

Marine lors de l'Assemblée Générale du 12 décembre 1996 à Sainte-Anne à Paris.

Cette rencontre a permis de restituer pour les commissions médicales d'établissements l'importance de la dynamique associative et les nécessités pour les médecins de s'engager dans ces actions.

2 - Conseil Économique et Social.

La section des affaires sociales a souhaité interroger la Fédération dans le cadre de la préparation d'un rapport sur la santé mentale (Monsieur JOLY, rapporteur), et ceci a été l'occasion de développer largement les différents axes qui fondent Croix-Marine.

3 - Comité Consultatif de Santé Mentale.

Il s'est réuni le 5 décembre 1996 et la séance a été consacrée à l'examen des orientations et des réflexions du

groupe national d'évaluation de la loi du 27 juin 1990 présidée par Madame STROHL de l'inspection générale des affaires sociales. Ce groupe se réunit depuis octobre 1995, parmi plusieurs études faites par ce groupe : il est proposé de ne conserver que le motif de risque d'atteinte à la sûreté des personnes pour l'hospitalisation sous contrainte (le motif de trouble à l'ordre public disparaissant), le deuxième certificat pour l'admission à la demande d'un tiers disparaîtrait, toutes les décisions d'hospitalisation sans consentement seraient précédées d'une période d'observation de 72 heures, il est proposé un soin ambulatoire obligatoire, etc. Le texte de ces propositions est disponible à la Fédération.

A noter pour 1997 :

JOURNÉES FORMATION CONTINUE

• Amiens •

Les 22, 23 et 24 septembre

sur le thème

*“Réhabilitation du sujet
et
réhabilitation psycho-
sociale”*

III - Convention euro-psy-réhabilitation/Fédération Nationale des Associations Croix-Marine

Cette convention a été signée le 16 décembre 1996 à Paris. Il est convenu :

a) D'établir des relations de coopération active, des liaisons organiques d'information et de collaboration dans la perspective de réaliser les objectifs européens et notamment :

- la coopération transrégionale, européenne pour l'organisation de séminaires eurégionaux

d'études et de coordination,

- l'information à vocation européenne,
- les actions de formation à dimension européenne,
- les recherches à dimension européenne.

b) L'organisation commune, périodique et en coopération étroite, d'un séminaire Euro-Psy-Réhabilitation en France.

c) De coopérer en vue de dynamiser les régions par

rapport à vocation européenne.

- d) La participation d'un représentant de la Fédération Croix-Marine au conseil d'administration d'Euro-Psy-Réhabilitation et vice-versa.
- e) La coopération en vue d'introduire la dimension européenne dans la revue pratique des Croix-Marine.
- f) Sur un plan formel, il est convenu que deux réunions inter-bureaux seront tenues pour assurer

le suivi des actions prévues dans la présente convention et en assurer le développement.

Espérons que nous saurons faire vivre cette convention et que ce sera pour chaque association l'opportunité d'ouvertures nouvelles. Faites nous part de vos suggestions!

IV - Premier forum Croix-Marine

1 - Notre dernière lettre vous a sans doute permis de vous mettre au travail et de préparer le programme de cette journée décentralisée du 6 juin 1997. Le bureau a retenu une affiche qui sera à la disposition des régions. Nous espérons que tous ces échanges per-

mettront de réunir de nombreux écrits et de réaliser un dossier spécifique qui marquera la vigueur de la dynamique associative Croix-Marine.

2 - Notre préoccupation anime également la politique

de la ville, le Ministre Éric RAOULT a demandé à ses services de travailler à ces questions en indiquant que *“le lien social n'est pas seulement de la responsabilité des seuls fonctionnaires...”*. Pour lui, c'est *“un élément indispensable du pacte de relance pour la ville”*.

3 - A noter également que le député Michel FANGET a fait une proposition de loi qui crée la catégorie des associations d'utilité sociale avec un nouveau statut de l'élu associatif.

À nous d'y réfléchir.

V - Travaux du conseil d'administration

1 - Les Journées Nationales de 1998 se tiendront à Besançon.

2 - La régionalisation est en chantier.

Un projet d'organisation proposé par le bureau sera étudié par le prochain conseil d'administration.

3 - Le conseil a proposé que soit organisé des groupes de travail sous forme de table ronde où la Fédération inviterait sur des thèmes précis des experts qui travailleraient avec des membres de la Fédération, par exemple sur trois séances de travail, ceci pouvant donner lieu ensuite à un dossier bleu. La commission scientifique est bien évidem-

ment sollicitée dans ce travail, encore faut-il que des questions soient posées par les associations, les établissements, les coordinations... Faites nous parvenir un thème que vous souhaiteriez voir traité selon cette modalité!

4 - L'Europe.

La situation est de plus en plus confuse quant au déroulement des élections au Comité Régional Européen. La Fédération reste attachée à l'idée d'un partenariat fort dans le cadre du GRORUP et le conseil a désigné deux administrateurs plus particulièrement chargés de ces questions sur l'Europe : A. GRUNFELD et N. REL- LIER.

VI - Revue

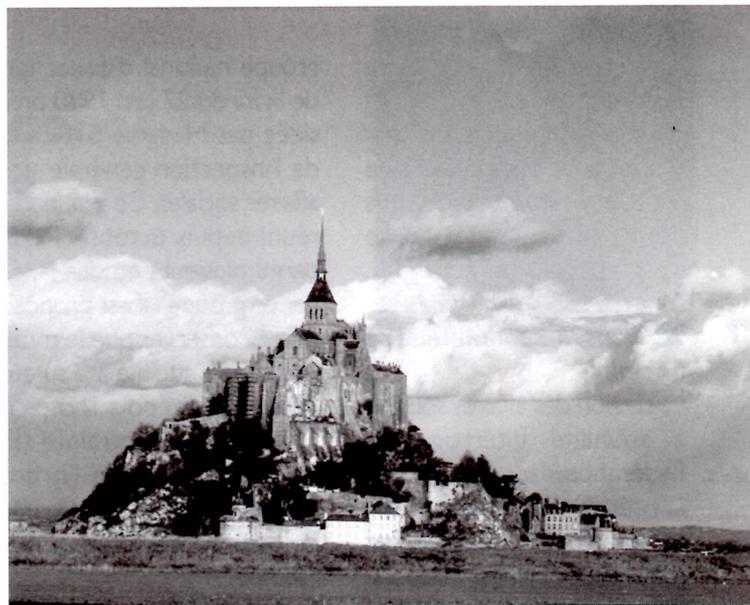
Nous attendons vos contributions (articles, photos...) sur les thèmes retenus qui seront traités dans les prochains numéros.

- N° 2/97 : "Témoignages région Picardie"
- N° 3/97 : "Objets pédagogiques, outils thérapeutiques"
- N° 4/97 : "Idées sur l'hygiène mentale de l'après guerre au secteur"
- N° 1/98 : Actes des Journées Nationales 1997 d'Amiens "Réhabilitation du sujet et réhabilitation psychosociale".

"En parler tôt pour en parler à temps", c'est la Semaine d'Information de Santé Mentale, du 17 au 23 mars 1997.

La Fédération Croix-Marine anime et participe sur le thème "solitude et souffrance psychique".

**vous en parlez,
vous nous en parlez.**



Photos du Mont-Saint-Michel : Olivier Duchemin, Pontorson

En 1991, nous étions deux infirmières à travailler auprès des personnes âgées à domicile et dans les institutions. Nous entendions diverses plaintes bien sûr; mais il y avait une part importante de plaintes de troubles mnésiques.

Alors nous nous sommes penchées sur les problèmes de la mémoire et nous avons suivi une formation. Ensuite nous avons signalé aux médecins et aux personnels des maisons de retraite qu'il existait des moyens de maintenir les acquis, de limiter les pertes, de retarder l'aggravation des troubles mnésiques voire de récupérer certaines déficiences et que cela avait un impact important sur l'autonomie de la personne âgée. Ils ont été sensibles à nos arguments et ont souhaité notre intervention.

L'atelier mémoire est une méthode visant à venir en aide aux personnes ayant ou se plaignant de difficultés mnésiques. Elle a pour but de stimuler; développer et renforcer les mécanismes de base sous jacents aux phé-

nomènes de mémorisation que sont : l'acuité sensorielle, l'attention, les associations, la structuration intellectuelle, le langage, les repères temporo-spatiaux et le recrutement associatif.

Avant d'aller plus loin, je vais vous rappeler une définition de la mémoire : la mémoire est la faculté de conserver les idées antérieurement acquises et la faculté de se souvenir. La mémoire a trois fonctions principales :

- enregistrer ou acquérir les informations,
- classer et conserver ou consolider les informations,
- rappeler les informations (souvenir).

Ces fonctions sont tributaires de : la motivation, l'affectivité, l'émotivité, la fatigue, l'état d'inhibition; et sont aussi en relation étroite avec la perception, l'attention, l'intelligence et l'imagination. La méthode que nous utilisons propose des exercices mettant en jeu l'ensemble des fonctions, mais l'une des fonctions est plus particulièrement travaillée selon l'exercice appliqué.

Pratique d'un atelier mémoire

Par mesdames Geneviève BEAUFILS, Thérèse LEFOUL, Chantal GONTIER, Maryse LETONDEUR, Lydie BEAUFILS des services des docteurs LESVIGNE et CLERC du C.H. de PONTORSON

Par exemple, l'enregistrement sera amélioré par des exercices favorisant la stimulation sensorielle et l'attention volontaire. On lit un texte où il y a des couleurs ou des chiffres et l'on demande de les retenir puis de les rappeler. Nous ne pouvons pas redonner une information si nous ne l'avons pas enregistrée. Là, il faut savoir que chaque personne a une capacité d'enregistrement qui lui est propre.

En somme, "là-haut", nous n'avons pas un filet à provisions complètement élastique. Si nous voulons emmagasiner trop d'informations, nous ne pourrons pas tout enregistrer et cela risque d'être source de confusion. Lorsque l'on parle de stimulation sensorielle, il s'agit d'exercices visant à faire travailler les cinq sens et plus particulièrement : l'ouïe, la vue, et le toucher; car ils nous permettent de percevoir ce qui nous entoure. Les exercices d'attention volontaire permettent de lutter contre les interférences qui perturbent l'enregistrement et la communication. Nous alternons les exercices d'attention sélective et d'attention concentration pour que les personnes aient un meilleur contrôle d'elles-mêmes.

Pour la consolidation des informations, qui est la deuxième fonction de la mémoire, il faut que la personne apprenne à classer ce qu'elle a perçu. Nous proposons donc des exercices de structuration intellectuelle (par exemple, regrouper les mots ou objets par catégories). Il est plus aisé de se souvenir d'une liste de courses bien ordonnée et logique, plutôt qu'une liste de mots en vrac.

Parfois, pour mieux classer, certaines personnes utilisent des associations. Ce sont des opérations mentales reliant entre eux des événements, des images, des sons sans logique apparente, mais ce n'est pas grave puisqu'elles permettent d'imager des pensées abstraites et de pouvoir les rappeler ensuite.

Nous incitons parfois les gens à construire des images mentales, car souvent, le fait de visualiser permet de mieux retenir et évoquer. La structuration par le langage aide également à mémoriser. Exemple : pour se souvenir d'une liste de mots, nous demandons de faire une phrase avec ces mots. Nous utilisons aussi les familles des mots, les opposés, les syno-

nymes...

Enfin, l'évocation ou rappel des informations est la fonction qui donne le plus de difficultés aux gens et souvent nous entendons : "je ne me souviens plus, j'ai oublié". Bien souvent, ils n'ont pas oublié, mais ne peuvent se rappeler. Pour retrouver l'information; il faut la rechercher, et la localiser, pour ensuite la ramener à la surface. Pour ce faire, nous utilisons des exercices basés sur les repères et le recrutement associatif.

Les repères temporels sont plus compliqués à évoquer, ils font appel à la notion : avant, après et à la chronologie.

Nous utilisons alors des exercices visuels ou auditifs ainsi que des opérations à rebours qui développent la formation d'images mentales. Le recrutement associatif est ce qui nous permet de retrouver des informations grâce à une suite d'associations et de repérages. Voilà donc ce qu'est un atelier mémoire.

Nos lieux d'intervention sont divers : C.M.P, Maisons de retraite, M.A.P.A.D, C.A.T.T.P,

Longs séjours, domiciles. Elles se font à la demande des médecins psychiatres, généralistes, gériatres ou infirmières en accord avec les médecins.

Fonctionnement

Les prises en charge sont soit individuelles, soit en groupe (groupes comprenant 5 à 7 personnes). Mais il existe aussi des groupes plus importants qui sont plus rares et aussi plus difficiles à gérer. La fréquence

est d'un atelier par semaine à jour et heure fixes et toujours au même endroit afin de favoriser les repères... La durée du soin peut varier de 15 minutes à 1 h 30. L'encadrement se fait par une ou deux infirmières selon l'importance du groupe et de ses difficultés. Avant toute prise en charge, un bilan est pratiqué afin d'adapter au mieux les exercices en fonction des difficultés rencontrées. Pour ce faire, nous utilisons le BEC

96 et le MMS.

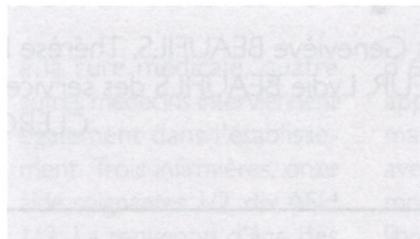
Un contrôle sera fait après une série de 12 à 15 séances avec les mêmes outils de travail afin d'évaluer s'il y a progrès.

Les pathologies concernées

Dans les ateliers mémoire, nous rencontrons donc des personnes présentant différentes pathologies telles que : la dépression, l'éthylisme, la pré-démence, la démence voire l'Alzheimer, les troubles du comportement chez les personnes âgées tels que l'agressivité, l'instabilité ; les traumatismes, les effets secondaires de certains traitements de longue durée (hypnotiques, anxiolytiques, antidépresseurs). Les objectifs de ces soins sont multiples :

- renforcer l'estime et la confiance en soi, c'est-à-dire permettre à la personne âgée de se revaloriser;
- préserver l'autonomie en apprenant aux patients à utiliser leurs ressources pour se suffire à eux-mêmes et ne pas dépendre d'autrui. Ceci est valable pour les institutions mais aussi pour favoriser le maintien à domicile pour les personnes résidant chez elles.
- la resocialisation : c'est-à-dire favoriser la communication qui permet de faciliter l'intégration des résidents nouveaux ou isolés,
- renforcer l'attention et la concentration,
- réduire le stress, l'anxiété,
- utiliser des méthodes afin de palier au déficit mnésique,
- dépister les états dépressifs voire d'autres pathologies : ce qui arrive assez fréquemment dans les institutions. En effet, un dépistage précoce permet au patient de se rétablir plus facilement après avoir vu un médecin qui aura mis en place un traitement quelquefois accompagné d'un soutien psy-

chologique. Donc, on peut éviter une hospitalisation, ce qui n'est pas négligeable quand on sait qu'une personne âgée présentant des troubles mnésiques a beaucoup de difficultés pour conserver ses repères. Ces séances sont avant tout un travail mnésique mais souvent un mot entraîne



chez certains patients le besoin de s'exprimer, d'exprimer des choses vécues ou des problèmes, nous sommes donc là pour écouter, rassurer ou dédramatiser selon les cas. Quand un problème nous paraît important, nous proposons au patient d'en reparler ensemble avec l'équipe; quelquefois nous en parlons à l'équipe sans mettre la personne au courant (conserver la confiance acquise).

D'autre part, nous faisons très attention à ne pas mettre les gens en échec car cela irait à l'encontre du soin et provoquerait des réactions d'anxiété ou de dévalorisation, repli sur soi, voire un état dépressif. De plus, nous veillons aussi à ce que les exercices soient faits de façon ludique et attractive afin que tous aient envie de revenir faire travailler leur mémoire.

Les bilans mnésiques

Nous allons vous présenter les tests que nous utilisons afin d'évaluer les capacités cognitives et mnésiques. Au préalable, il est important de s'assurer que les personnes

voient et entendent correctement.

LA BEC 96

Nous proposons le plus souvent cette batterie d'évaluation cognitive comportant 8 épreuves notées sur 12. Les notes allant de 9 à 12 sont correctes. Cette batterie permet d'apprécier les activités mnésiques, cognitives, organisatrices, verbales et perceptivo-motrices.

Activités mnésiques : seules celles permettant d'apprendre, de retenir et de rappeler les informations récentes sont évaluées, car responsables d'oubli du présent (ou amnésie antérograde).

- Épreuves de rappel : 6 images sont présentées au sujet : il doit les dénombrer et tenter de les mémoriser, car il lui faudra les rappeler après deux autres exercices. Puis, il devra les connaître parmi 24 images. Cette épreuve permet d'estimer les capacités de conservation ainsi que les possibilités de rappel spontané.
- Épreuves d'apprentissage : le sujet doit apprendre une

liste de 8 mots en 3 essais (les mots sont concrets, courants, bisyllabiques). Cette épreuve estime les capacités immédiates de mémorisation et d'amélioration possible par la répétition. Parfois, il y a des interférences (mots vus dans d'autres épreuves). Cette épreuve est importante car elle nous permet de voir si des progrès sont envisageables. En effet, généralement, si au 1er essai nous avons par exemple

3 mots, 4 au second et 6 au dernier, tout espoir est permis. Cependant, même si le score est faible, nous engageons des soins.

• Épreuve d'orientation : nous proposons 5 questions concernant l'orientation dans le temps et dans l'actualité. Cela concerne l'intégration des informations temporelles actuelles.

Activités organisatrices et verbales :

- épreuve de manipulation mentale : il s'agit d'énoncer les jours de la semaine à l'envers, c'est-à-dire de manipuler des informations organisées habituellement dans un autre ordre.
- Épreuve de problème : il faudra résoudre 3 problèmes arithmétiques concrets reposant sur le calcul, le raisonnement et le jugement et résoudre également trois problèmes verbaux faisant appel à la pensée abstraite. Il s'agit d'établir une relation entre plusieurs mots et de donner des définitions de mots et de proverbes.
- Épreuve de fluence verbale ou débit verbal : le sujet doit en une minute donner des mots appartenant à une caté-



gorie donnée. Deux types d'activités cognitives entrent en jeu : l'activité verbale (connaissance et disponibilité de vocabulaire) et la sélection et l'association des mots selon des arrangements logiques.

- épreuve de reconnaissance et de dénomination de 12 objets.

Activités perceptivo-motrices

Nous demandons d'analyser puis de reproduire un cube en perspective et un ensemble fait de triangles entrecroisés. Ce bilan nous permet de mieux cerner les difficultés et les déficits, et donc d'adapter les exercices.

Il sert aussi parfois à aider les équipes à mieux comprendre un résident qui ne répond pas aux consignes. En effet, si la mémoire auditive est défaillante, il ne peut exécuter ce qui lui est demandé. Ce bilan peut aider à orienter ou à confirmer une diagnostic.

Exemple : si la dénomination est impossible, que la personne emploie des périphrases pour pallier le manque du mot, on peut penser à une démence de type Alzheimer. Un syndrome démentiel implique en principe et entre autres une altération des activités mnésiques touchant notamment l'orientation, la mémoire immédiate, ainsi qu'une perturbation du jugement.

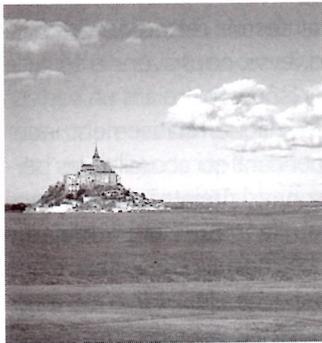
Nous avons l'exemple de Mme X., 88 ans, ancienne commerçante, veuve. Elle ne s'est jamais remise du décès de son mari, est entrée dans

une profonde dépression qu'elle à longtemps masquée dans l'institution. Totalement désorientée, elle garde quelques possibilités de concentration. La logique et le raisonnement font défaut, perte du vocabulaire.

Voilà donc, de manière probablement schématique, comment et pourquoi sont dispensés les soins mémoire sur le secteur du Dr LESVIGNE et sur le secteur du Dr CLERC dans le cadre de nos missions en santé mentale. Si l'on se réfère au décret du 15 mars 1993, relatif aux actes profes-

sionnels et à l'exercice de la profession d'infirmier, il nous semble tout à fait œuvrer dans ce sens.

En effet, la mémoire étant une fonction importante de notre capacité à exister et à établir des relations aux autres, en prendre soin, la maintenir ou l'améliorer nous paraît important. Et si de surcroît, nous faisons apparaître un sourire sur un visage figé et apportons du bien-être à des personnes qui souffrent, nous en sommes contentes.



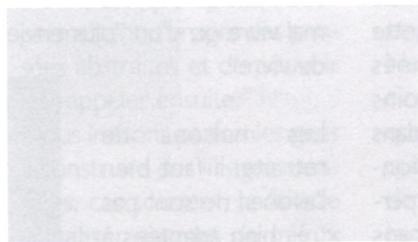
La créativité chez le sujet âgé : expérience d'un atelier d'expression en géro-psycho- psychiatrie

Par Patrice GUILLEMIN d'Alençon

Le champ d'application de l'art-thérapie est vaste, et s'il explore encore et toujours le sujet, c'est du côté du "vieillir" qu'on le rencontre de plus en plus souvent. On sait toutes les questions, tous les problèmes soulevés par les désordres psychiques, et l'on en mesure peut-être encore plus cruellement les conséquences dès lors qu'ils deviennent la réalité et le quotidien du sujet âgé.

Névroses, psychoses, démences, autant de souffrances qui remettent en cause le sujet dans son intégrité (autonomie physique, psychique, affective...), mais aussi son entourage (la famille, les voisins, et tout le tissu relationnel), jusqu'à conditionner

un mode de prise en charge plus ou moins important (visite à domicile, centre d'accueil thérapeutique à temps partiel, hospitalisation, maison de retraite...).



Parallèlement, du fait de l'allongement de la durée de vie, mais aussi en raison d'autres paramètres socio-économiques (voire culturels), on assiste à un changement des comportements à l'égard du "vieillir". L'image "publi-citée"

de la personne âgée est positive, gaie, heureuse, dynamique, en un mot narcissiquement correcte!

Dans un tel contexte, la prise en charge du "vieillessement pathologique" par le biais d'une activité dite d'expression requiert une grande prudence. Le soignant doit prendre en compte une réalité incontournable :

la pathologie, mais aussi, et c'est évident, il a à voir avec l'individu dans sa globalité. D'où le piège (si tentant en art-thérapie) qu'il vaut mieux éviter : élever les productions au rang d'œuvre d'art, et les patients pris en charge au rang d'artistes. Tel n'est pas le

propos, car créativité ne veut pas forcément dire création. En effet, il s'agit avant tout de mobiliser l'émergence de l'identité, de solliciter les capacités affectives, cognitives, relationnelles. C'est l'individu qui reste créateur -ré-inventeur- de son propre sujet, et non le soignant qui le prend en charge.

Le projet de l'art-thérapie chez le sujet âgé atteint de troubles liés au vieillissement peut être, dès lors, défini ainsi : garantir un équilibre physique, psychologique, tout en permettant, à un sujet à l'automne de sa vie de pouvoir encore prendre acte de l'existence, et affirmer son identité à travers un mode d'expression artistique.

Santé Mentale en maison de retraite

Par M. BLIN



Monsieur le Docteur GOLSE m'a invité pour parler de la santé mentale en maison de retraite. Ma fonction de directeur ne me donne aucune compétence pour parler de la santé mentale des personnes âgées en établissements, n'ayant aucune connaissance médicale, je n'aborderai pas le problème des pathologies, c'est là le domaine des psychiatres, des équipes de soignants de secteur et des médecins généralistes.

Cependant, le directeur d'une maison de retraite est sans doute placé à un pôle d'observation stratégique, et de cet observatoire privilégié, nous constatons tous les jours les dégâts que font les atteintes mentales chez nos pensionnaires. Dans nos établissements, la prise en charge des personnes psychodépendantes pose des problèmes pour lesquels les personnels ne sont pas formés ou mal formés et les locaux souvent mal adaptés. Avant de vous faire part de l'expérience que nous avons menée à la maison de retraite de Torigny-sur-Vire, il est nécessaire de présenter brièvement l'établissement et d'essayer de brosser à larges traits les différentes catégories de personnes âgées que nous accueillons.

La maison de retraite a une capacité de 97 lits, dont 50 sont consacrés à la cure médicale. Un médecin est attaché

à la cure médicale, quatre autres médecins interviennent également dans l'établissement. Trois infirmières, onze aides-soignantes 1/2, dix ASH 1/2. La moyenne d'âge des personnes accueillies est de 82 ans. La moyenne d'âge des



nouvelles admissions : 83 ans pour les entrées 1995. Tout d'abord, nous accueillons des personnes valides, mais c'est une catégorie en nette diminution. Des personnes ayant perdu plus ou moins leur autonomie de vie : dans cette catégorie de pensionnaires, il faut distinguer les personnes ayant des handicaps physiques des personnes psychodépendantes. Parmi les personnes psychodépendantes, nous pouvons observer : des personnes atteintes de démence sénile, de désorientation temporo-spatiale, des personnes atteintes de maladie

d'Alzheimer ou maladies apparentées, des anciens malades mentaux stabilisés avec des variations plus ou moins notables de leur équilibre mental, et une troisième catégorie de personnes atteintes : les personnes

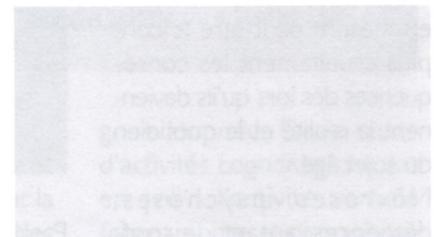
n'ayant aucun antécédent psychiatrique. Mais nous rencontrons aussi des pensionnaires souffrant de dépression, d'un mal vivre ou d'un "plus envie de vivre".

Les maisons de retraite, il faut bien l'avouer, ne sont pas très bien adaptées à l'accueil de cette population si hétéroclite. Nos maisons sont souvent le seul recours des familles quand celles-ci ne peuvent plus assurer l'énorme charge de travail que représente une personne âgée psychodépendante.

L'hôpital psychiatrique ou l'hôpital général, quant à eux ne peuvent assurer les soins et les traitements que pendant la phase aiguë de la maladie.

Pour tenter de résoudre certains problèmes de cohabitation entre toutes les composantes de cette population si diverse, nous avons créé il y a presque quatre ans un secteur spécifique relativement indépendant qui accueille des personnes atteintes de démence sénile ou de maladie d'Alzheimer. Ce secteur d'une capacité de 14 lits, est aménagé au rez-de-chaussée de l'établissement et donne directement accès sur un parc paysagé fermé, permettant une déambulation aisée et sécurisée pour tous les pensionnaires de cette unité.

Ce qui nous a déterminé à entreprendre cette démarche, c'est la simple constatation qu'ayant des personnes présentant des troubles du com-



portement, elles gêneraient pour les personnes âgées conscientes une gêne et une angoisse, voire une souffrance et éventuellement un risque de régression ou même

menaçaient gravement leur équilibre psychologique. La création de cette unité pour personnes psychiquement dépendantes, un peu en retrait des autres unités d'hébergement, fut contestée par certaines personnes qui nous reprochaient de créer un ghetto.

Pour nous, il ne s'agissait pas de mettre à l'écart une certaine catégorie de pensionnaires, mais d'essayer d'assurer la possibilité de vivre à chacun selon son propre rythme de vie, d'éviter que les personnes présentant des troubles psychologiques ne soient agressées, ce qui était relativement fréquent, de ne pas générer d'angoisses ni un mal vivre supplémentaire chez les pensionnaires conscients. Ce projet n'a été possible que grâce à une formation spécifique du personnel. Celle-ci est toujours poursuivie; actuellement plus de la moitié du personnel participant au service d'hébergement a poursuivi cette formation. À la fin de la première année de fonctionnement, il nous est apparu que nous avons besoin de l'intervention d'une aide extérieure pour la prise en charge de nos pensionnaires. Un médecin gériatologue, le docteur LETORTU est intervenu pendant deux ans, au rythme d'une vacation par mois pour évaluer l'état de santé et prodiguer ses conseils sur le comportement à adopter face à certaines situations.

L'intervention extérieure d'un médecin spécialisé a été aussi pour le personnel un élément valorisant, un encouragement à progresser, mais aussi un souffle permettant de libérer les angoisses et le stress accumulé par le personnel. Depuis un an, ce relais extérieur est assuré par une psychologue qui intervient toujours avec la

même fréquence : cette fréquence n'est malheureusement pas suffisante, car il serait très bénéfique pour les pensionnaires qui présentent fréquemment, quelque temps après leur admission, le syndrome du deuil de la rupture d'avec leur mode de vie antérieure, de trouver l'appui et le réconfort d'un psychologue.

D'autres formes de collaboration avec le secteur psychiatrique doivent être poursuivies, je pense notamment à l'organisation d'ateliers mémoire avec la collaboration du personnel de l'établissement, en effet cette ouverture sur l'extérieur nous permet de bénéficier de conseils, de

soumettre certains problèmes de comportement à l'examen critique du médecin du secteur, de dédramatiser auprès des pensionnaires conscients une éventuelle consultation psychiatrique.

La collaboration avec le secteur psychiatrique est aussi l'occasion de dépister plus rapidement et de traiter plus



précocement et ainsi de limiter éventuellement des souffrances. Dans tous les cas, pour que le dialogue et la collaboration des maisons de retraite et du secteur psychiatrique soient constructifs, il est nécessaire de faire comprendre au personnel des maisons de retraite que les intervenants extérieurs du secteur psychiatrique ne viennent pas faire notre travail ou nous juger; mais nous apporter une aide

technique, des conseils spécifiques. A l'inverse, les intervenants du secteur psychiatrique doivent toujours avoir à l'esprit qu'il est absolument nécessaire d'observer une certaine réserve dans leurs interventions en maison de retraite, et d'instaurer un dialogue simple, franc et constructif avec les infirmières de la maison de retraite. C'est dans ces conditions de complémentarité et de respect mutuel que nous pourrions ensemble améliorer la prise en charge des personnes psychodépendantes dans les maisons de retraite.

**M. BLIN
MAISON DE
RETRAITE, 5 RUE
DES BERNARDINS,
50160 TORIGNY-
SUR-VIRE
Tél. 02 33 56 71 57**

A propos de la commission personnes âgées du SROS

Par le docteur Patrick ALARY du C.H. de Saint-Lô



La vieillesse comporte de nombreux enjeux narcissiques, individuels et sociaux qui ont un impact sur l'évolution psychologique des vieillissants, impact d'autant plus marqué que cette évolution n'est pas nécessairement contemporaine de l'évolution physique, laquelle rappelle à chacun les limites qu'il voudrait parfois oublier.

Les capacités d'adaptation sociale, la position "métaphysique", voire éthique de l'homme par rapport à cette issue manifeste qu'est la mort, son état physiologique, conditionnent la possibilité de continuer à intégrer de nouvelles données, possibilité en fait s'amenuisant du fait d'un affaiblissement progressif de l'efficacité psycho-intellectuelle. Il faut cependant pondérer le caractère apparemment inexorable de cet affaiblissement qui évolue de manière très inégale, individuellement mais aussi d'un individu à l'autre. Une adaptation est nécessaire qui prend également en compte les réactions du milieu : anciens collègues de travail, voisins, relations sociales, amis et surtout famille. La possibilité de collaborer et de participer à la vie des générations plus jeunes (la grand-mère est ainsi bien souvent la nourrice de ses petits-enfants), de rester une référence, le dépositaire d'un savoir, sont essentiels au "bien vivre" de la personne âgée.

Nombre d'entre elles conserve un potentiel et un dynamisme qui s'expriment par exemple dans le milieu associatif.

Tout ceci peut générer des difficultés qui s'organisent parfois en troubles, voire en pathologies mentales qui nécessiteront alors une prise en charge spécifique et adaptée. Ainsi, pour l'individu vieillissant dans son corps, notre société offre en paradoxe de plus grandes chances de vieillir vraiment, mais, en même temps, une sorte d'interdiction d'en extérioriser les signes physiques et affectifs. On assiste déjà aujourd'hui à une augmentation progressive de la population âgée, modérée jusque dans les années 2010, puis de manière plus accélérée jusqu'en 2035 du fait de l'arrivée de la génération d'après guerre, celle du baby-boom. A cette époque, la France comptera plus de dix millions de personnes de plus de 65 ans. Ce vieillissement inéluctable pose des problèmes humains, économiques et sociaux et va donc imposer une réflexion en termes de santé publique.

En effet, du simple fait de l'augmentation du nombre de personnes âgées, si l'on s'en tenait aux moyens qui sont actuellement attribués à leur prise en charge, on ne pourrait que les voir s'appauvrir. La question de la solidarité se repose ici : ce qui, dans les sociétés traditionnelles et rurales était pris

en charge "gratuitement" par les solidarités naturelles, familiales et sociales, ne l'est plus aujourd'hui. Dès lors, ces besoins sont assurés par des "spécialistes", ce qui suppose un coût.

Dans son rapport annuel rendu public le 21 mai 1996, l'Inspection Générale des Affaires Sociales demande "une réforme d'ensemble de la prise en charge des personnes âgées dépendantes".

"Si le nombre de personnes âgées hospitalisées en psychiatrie tend à diminuer - 25 180 personnes de plus de 65 ans étaient suivies en psychiatrie en 1982, 10 570 en mars 1993 -, le nombre de places dans les établissements médico-sociaux a augmenté, passant de 452 000 en 1986 à près de 530 000 en 1992." L'IGAS déplore que ces structures soient insuffisamment médicalisées : "dans les maisons de retraite, on compte en moyenne un soignant pour douze pensionnaires". Ainsi, "les problèmes relèvent moins d'un biais financier que de l'absence d'une politique publique cohérente". Il importe donc "de créer des places médicalisées dans les maisons de retraite et de décloisonner les secteurs sanitaires et sociaux".

Fondamentalement, il n'y a guère de différences entre la psychiatrie du sujet âgé et celle du sujet adulte, les grandes catégories cliniques se retrouvant à tous les âges. Même le

déficit et la perte d'autonomie sur lesquels on insiste volontiers ne sont pas spécifiques aux vieillards. L'âge, marqueur social, témoin d'une place particulière au sein de la communauté, peut être pris en considération si l'on veut comprendre pourquoi une grande proportion de personnes âgées est convaincue que la vie ne vaut plus la peine d'être vécue.

Une réflexion sémantique s'est engagée au sein du groupe de travail sur le choix du terme "psycho-gériatrie" ou "géronto-psychiatrie". Elle a été l'occasion de redéfinir les perspectives propres au travail psychiatrique en gérontologie :

- le terme "psycho-gériatrie" ouvre à la connaissance psychologique du vieillissement, à l'aspect relationnel et aux modalités d'échanges de la personne vieillissante avec son environnement familial, social ainsi que les interactions liées à celles-ci. Il concerne le domaine de la prévention;
- le terme "géronto-psychiatrie" s'attache à la pathologie, c'est-à-dire aux soins des troubles psychiatriques concernant les personnes âgées;
- la pathologie du vieillissement ne doit pas être limitée aux pathologies habituelles que l'on retrouve d'ailleurs chez des personnes plus jeunes (démences, en particulier la maladie d'Alzheimer).

Elle concerne bien évidemment aussi l'ensemble de la nosographie psychiatrique, dépression, troubles névrotiques, psychoses, hypochondries...

• Il promeut l'accompagnement individuel et collectif (familial et social) de cette dernière étape de la vie qui précédera la mort afin qu'elle se déroule dans des conditions qui favorisent la dignité et le respect de la personne humaine;

• il pose les questions d'éthique dans les relations d'aide et de soins et le problème de la maltraitance³.

La priorité sera donc de développer le travail en amont, avec un double aspect préventif mais aussi curatif par l'intermédiaire des soins ambulatoires prodigués au domicile ou dans la structure de substitution au domicile. C'est la philosophie même de la psychiatrie de secteur. Le groupe s'est réuni régulièrement pour réfléchir sur un certain nombre d'axes de propositions qui lui paraissent déterminants pour définir la prise en charge des personnes âgées et ses limites. Il a paru important de repérer d'emblée quelques préalables spécifiques à ce travail. La question des moyens est l'un des plus importants. Il ne faut pas se leurrer : l'absence de moyens rendra lettre morte toute politique cohérente et ambitieuse en ce domaine :

- cette question est particulièrement importante en psychiatrie, qui est réputée, à tort, en disposer plus que d'autres secteurs du champ médical;

- les services de Long et Moyen Séjours sont amenés à prendre en charge de plus en plus de patients relevant de la géro-psi-chiatrie mais sont loin de disposer des

moyens en personnel et en équipement permettant de faire face à cette tâche;

- pallier aux déficits demande du temps. Celui que l'on passe à faire les toilettes, les changes et à faire manger les personnes âgées ne peut être consacré au maintien des fonctions cognitives et aux animations;

- il importe de réfléchir à la complémentarité des prestations sociales existantes et à la clarification des financements des différents partenaires, par exemple au sein des maisons de retraite ;

- on rappellera enfin les exemples des gardes à domicile mais aussi du transport des personnes âgées vers les lieux de soins à temps partiel.

Autre élément à prendre en considération, celui des nécessaires complémentarités et de la coordination : à quoi serviraient des interventions ponctuelles, multiples mais non coordonnées, qui aboutiraient à une perte de temps et de compétences et s'effectueraient au détriment de la personne âgée elle-même?

Tout ce qui permettra que chacun intervienne dans son strict champ de compétence, en coordination avec les autres, avec des échanges de savoir et d'informations pour des personnes qui demeurent le centre de préoccupation de chacun, se doit d'être valorisé et favorisé. Ceci permet un travail plus souple, plus humain, plus adaptatif, visant à maintenir autant que faire se peut la personne âgée dans son environnement, au sein de ses repères, pour lui assurer un confort et une existence que la technique ne pourra que rarement lui apporter.

Le travail ambulatoire de prévention et de soins

Si une pathologie psychiatrique amène à une prise en charge particulière, un certain nombre d'impératifs devront être respectés :

• outre la surveillance proprement médicale, qui impose une collaboration avec le médecin traitant et une formation particulière de ce dernier aux aspects spécifiques du vieillissement, la prise en charge infirmière aura pour objet de surveiller l'évolution de la pathologie qui a motivé son intervention, d'évaluer le degré d'autonomie mais aussi de préserver l'insertion du patient dans son environnement social, famille, voisins, commerçants... Le soignant psychiatrique peut jouer un rôle de relais et de médiation entre les différents intervenants du terrain;

• dans une structure de substitution au domicile, l'environnement comporte naturellement les soignants. De ce fait, la médiation a une autre dimension. Outre celle précédemment décrite, il est nécessaire que s'effectue auprès du personnel un travail qui prendra une dimension institutionnelle.

Plusieurs niveaux d'intervention peuvent être envisagés :

- mise en place d'activités spécifiques sous forme d'ateliers en collaboration avec le personnel de structure;

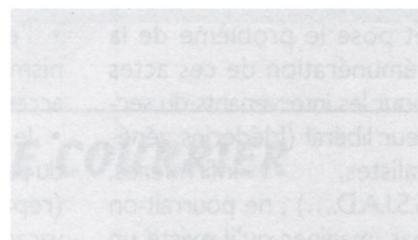
- travail de soutien et de régulation auprès de ce personnel lors de rencontres formelles, sous forme de synthèses par exemple où l'intervenant psychiatrique aura à faire entendre la dimension psy-

chique et relationnelle des difficultés rencontrées par les soignants;

- l'infirmier de secteur psychiatrique n'est cependant pas, et n'a pas de vocation à être un animateur socio-culturel. Il doit donc définir les limites de son intervention et s'y tenir strictement pour ne pas laisser s'installer une confusion des rôles.

Dans l'histoire de la personne âgée se trouvent de multiples ressources qui favorisent l'échange et la communication. Il faudra donc personnaliser autant que faire se peut ces interventions, maintenir les différences si nécessaires à l'expression de la dimension subjective de chaque individu. Ceci est d'autant plus important quand les déficits s'installent.

Ici, la coordination va jouer tout son rôle. Il y a nécessité d'un partenariat entre le médical et le social. Le partenariat suppose que l'on prenne en compte le point de vue de l'autre. Chacun doit s'écouter avant de mettre en place une collaboration qui pourra s'avérer efficace. La coordination repose sur la mise en place d'un dispositif de prévention et d'une démarche de santé commu-



nautaire. Elle doit permettre aux différents intervenants de se connaître et, parfois, ils sont nombreux : familles, médecins généralistes, infirmières, aides soignantes, gardes à domicile, pharmaciens, kinésithérapeutes, voisins, infirmiers de santé mentale, psychiatres, ser-

vices hospitaliers... Les instances de coordination seront mises en place sous des formes variées en fonction des situations locales. Les instruments de liaison, sous des aspects divers comme le carnet de santé ou des carnets de liaison, sont indispensables pour permettre à chacun de se repérer et de se connaître. C'est également un instrument d'évaluation de l'évolution et de la qualité des soins. Les S.S.I.A.D. peuvent naturellement être partie prenante de ces coordinations. Il s'agit donc de développer le travail en réseau intégrant les



différents intervenants du secteur gérontologique. Ce travail a une limite qu'il est nécessaire de préciser, celle des moyens, déjà évoquée, notamment celui du temps. La coordination suppose des rencontres et du temps donné à l'information des autres partenaires. Ceci n'est pas toujours aisé à mettre en œuvre et pose le problème de la rémunération de ces actes pour les intervenants du secteur libéral (Médecins généralistes, infirmières, S.S.I.A.D...): ne pourrait-on pas imaginer qu'il existe un acte de coordination qui serait coté et rémunéré comme tel? Au domicile, en famille d'accueil ou en institution, le travail de la coordination comprendra :

- une évaluation :
- des capacités résiduelles de la personne qu'il importe de préserver;

- de la qualité et de l'adaptation de l'environnement, en collaboration avec la famille;
- des mesures palliatives éventuelles.
- Quand cela est nécessaire, une information sur la maladie du patient, son évolution, et sur les aspects négatifs de celle-ci, en tentant de cerner les aspects concrets pour les dédramatiser;
- la mise en place de systèmes d'alerte pour la personne âgée et pour son environnement proche qui doit rester responsabilisé autant que faire se peut;

• l'accent mis sur l'importance des moyens de communication, verbaux et infra-verbaux entre le patient et son environnement : langages, sou-

rires, gestes qui créent une connivence et maintiennent le courant affectif relationnel. Il faut souligner ici l'importance du contact physique.

- Le soutien à l'entretien de l'intégrité physique qui participe à la régulation du nyctémère, favorise le sommeil, décharge les tensions internes et soutient le narcissisme;
- l'évitement des mécanismes d'infantilisation qui accentuent la dépendance;
- le maintien du rôle familial du patient et de son rôle social (repas de famille, club, vacances, associations...)
- l'importance des activités à caractère distractif ou ludique, destinées à maintenir les fonctions mnésiques et une dimension désirante et donc un accès au plaisir, à la satisfaction, permettant d'assurer la permanence d'investissements et un certain niveau de syn-tonie;

- la préparation éventuelle du patient et de sa famille à une hospitalisation ou à un séjour temporaire ou définitif, afin de la dédramatiser et de la situer comme un temps dans l'évolution du soin et de la vie du patient.

Ce travail a une dimension narcissique, individuelle et collective.

Les spécificités de l'intervention dans les maisons de retraite

Le cadre le plus adapté de cette intervention paraît être le cadre conventionnel qui définira le partenariat, ses modalités d'évaluation et son évolution.

Elle visera à la mise en place des programmes thérapeutiques spécifiques pour les personnes âgées présentant des troubles particuliers, programmes personnalisés pouvant également se réaliser dans le cadre des C.A.T.T.P. ou des hôpitaux de jour. Ces programmes thérapeutiques sont variés : stimulation mnésique, psychomotricité, relaxation, musicothérapie...

Elle s'effectue en complémentarité avec les prestations sociales existantes (S.S.I.A.D., tierces personnes, aides ménagères, etc.). L'intervention psychiatrique n'est que l'un des maillons d'une dynamique de pluricompetences :

- elle s'oriente vers des activités de prévention et de soins, auprès des résidents, à la demande des équipes, ou en les sollicitant après une hospitalisation. Ceci suppose la mise en place de synthèses ou de réunions de bilan, voire de temps de synthèses institutionnelles où :
- un sens peut être donné aux gestes du quotidien,
- l'angoisse mais aussi la lassitude peuvent être verbalisées, élaborées et dépassées.

sées.

- Le soignant psychiatrique participe au travail de revalorisation du patient mais aussi des soignants confrontés au caractère monotone et stéréotypé des actes du quotidien, monotonie à l'origine d'une abolition des différences, d'une uniformisation et d'une perte progressive de l'identité. Elle ne peut s'envisager que dans la mesure où tous les acteurs sont directement impliqués :

- directeurs de maison de retraite et chefs de secteur de santé mentale,
- mais aussi ensemble du personnel de l'établissement d'accueil et des intervenants du champ psychiatrique,
- et également médecins généralistes intervenant au domicile ou dans les institutions.

La bonne volonté, en ce domaine, ne suffit pas. Si l'équipe psychiatrique n'intervient qu'après d'une partie du personnel, ceci peut générer un malaise profond et global.

Mais, si l'implication initiale est celle des responsables, le projet d'établissement constitue aussi un espace de réflexion important facilitant l'implication de tous les acteurs. Il permet de développer la vie interne de l'établissement, de mieux définir la place de l'intervention du champ psychiatrique dans la maison de retraite et notamment le travail proprement institutionnel auprès des équipes et des lieux de vie.

Dernier point concernant les maisons de retraite, les conséquences de la limitation de la durée des hospitalisations psychiatriques. Au cours des dernières années ont été transférés vers des lieux d'accueil des patients ayant une pathologie chronique psychiatrique stabilisée. Il y a ainsi une aug-

mentation importante des personnes âgées qui présentent une dépendance physique et psychique, et le risque est celui de leur abandon progressif. Ici se repose le problème des moyens et de la mise en place de rapports privilégiés entre le secteur de psychiatrie et la maison de retraite. Là encore, la coordination peut jouer tout son rôle pour faciliter à la fois le traitement des périodes aiguës et le retour dans les lieux d'accueil.

L'intervention dans les services de gériatrie et de Moyen et Long Séjours

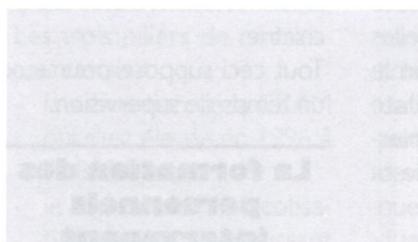
Il manque d'unités de Long et Moyen Séjours alors qu'il y a une augmentation du nombre de personnes âgées dépendantes. Du coup, elles sont accueillies dans des lieux qui ne sont pas initialement prévus pour, comme les maisons de retraite, alors que les M.A.P.A.D. apparaîtraient en théorie plus adaptées mais manquent en pratique de moyens pour remplir leur mission.

Dans le principe, l'intervention repose sur les bases précédemment décrites. Mais, ici, les problèmes se posent d'une manière différente :

- la charge de travail des soignants dans ces unités est lourde et ne les rend pas toujours disponibles pour des animations, la mise en place d'ateliers ou la tenue de réunions. Or, leur participation est indispensable pour que ce travail soit investi, régulier et ne se limite pas dans le temps à la seule présence des soignants psychiatriques;
- cette disponibilité est indispensable pour établir une bonne qualité relationnelle avec les soignants de la psy-

chiatry afin que ceux-ci n'apparaissent pas comme étant en situation de privilège;

- elle pose également la question d'une interrogation sur les conséquences, pour la structure, du questionnement institutionnel lié à l'intervention de la psychiatrie;
- la mise à disposition de moyens tant matériels qu'humains dans la structure concernée est, là plus encore qu'ailleurs, un préalable à toute collaboration fructueuse avec la psychiatrie.



L'hospitalisation en milieu psychiatrique

L'hospitalisation dans un service psychiatrique de la personne âgée doit rester limitée dans le temps et vise à établir un bilan et un traitement adaptés à sa pathologie.

Le bilan familial et social fait partie intégrante de ce temps afin de mieux apprécier la nécessité et l'importance de mesures palliatives nécessaires (aides ménagères, visites à domicile, mesures de protection...), de manière à les mettre en œuvre dès que possible. Ces mesures ne doivent pas constituer, comme c'est parfois le cas, une nouvelle contrainte conduisant à la poursuite d'une hospitalisation qui n'est plus médicalement justifiée.

Cette unité peut être sectorielle ou intersectorielle et il est intéressant qu'elle soit coordonnée avec les services de médecine ou les unités de gériatrie, quand elles existent, des hôpitaux généraux

proches ainsi qu'avec le réseau et l'environnement. Il est souhaitable que le bilan géro-technique soit effectué en collaboration avec les somaticiens. Pour faciliter ce travail, il peut être envisagé de standardiser un bilan médical, psychique et social qui servira de référence pour l'hospitalisation et la suite de l'évolution et de la prise en charge.

L'hospitalisation de la personne âgée demeure justifiée pour l'essentiel par l'existence d'une pathologie psychiatrique et non du fait de son âge. Cependant l'âge est un facteur à prendre en considération dans l'évolution de la pathologie psychiatrique.

En effet :

- les personnes âgées demandent un abord et un traitement particuliers;
- il faut réfléchir à la cohabitation des personnes âgées et des patients plus jeunes dont les temps de vie sont différents;
- une équipe spécialisée et formée est généralement plus disponible et accueillante aux problèmes spécifiques des personnes âgées.

Le temps d'hospitalisation dans les unités de gérontopsychiatrie devrait être limité d'emblée, ceci étant précisé aux familles dès l'entrée. Il est important que ce point soit clarifié pour éviter que les hospitalisations ne soient interminables, ne serait-ce que pour des raisons financières, les soins psychiatriques apparaissant "gratuits" par rapport au prix de journée en institution ou au coût des interventions à domicile.

En outre, l'unité peut devenir un laboratoire de réflexion pour mettre au point de nouveaux outils cliniques et thérapeutiques (stimulation mné-

sique cognitive, méthodologies, protocoles thérapeutiques spécifiques...). Ces méthodes et ces techniques doivent pouvoir être exportables hors de l'unité de gérontopsychiatrie.

Il faut prendre en compte certaines limites liées à l'unité de gérontopsychiatrie :

- le travail dans ces unités peut apparaître lourd pour les soignants;
- il existe un seuil de tolérance par rapport aux patients déments. Si l'unité dispose d'un nombre de lits trop important, il devient difficile d'accueillir des patients présentant des pathologies non spécifiques. Ceci est difficilement supporté par les patients mais aussi par leur famille;
- il faut éviter de créer des unités de grande dimension : 10 à 12 lits semblent une capacité souhaitable.

Il faut souligner ici l'importance du ratio personnel-malades. Pour que l'unité demeure accueillante, thérapeutique, il ne faut pas avoir un nombre trop faible de soignants et ceux-ci doivent être réellement qualifiés et motivés. Il existe sur ce plan un vrai problème de personnel en milieu gérontologique.

A partir de ces unités peut être mise en place une partie du travail ambulatoire soit directement, soit par l'intermédiaire des Centres Médico-Psychologiques.

Les unités d'accueil à temps partiel

Ces unités posent en premier lieu le problème de l'ambiguïté de leur statut. Elles répondent en effet à une double mission : permettre un hébergement temporaire, pour décharger quelques heures une famille en difficulté et offrir une struc-

ture de soins à temps partiel, sur le mode du C.A.T.T.P.⁴ ou de l'hôpital de jour.

La première est d'ordre social et pose un problème à la collectivité qui peut seule répondre à ce besoin (municipalités, Conseil Général...). On peut imaginer qu'au sein de ce type de structure s'organise un travail de prévention ou de soins auquel l'unité de gériatrie-psycho geriatrie peut collaborer. La seconde est d'emblée centrée autour du soin. Ici, l'accueil à temps partiel est géré par le secteur de psychiatrie mais d'autres intervenants peuvent également faire ce travail, en particulier les services de gérontologie. Dans ce cas, la psychiatrie peut mettre son savoir faire et sa compétence au service de ces unités selon des modalités proches de celles évoquées au niveau des établissements d'accueil des personnes âgées. Ici, le nombre des patients accueillis est nécessairement limité.

Ces structures sont moins lourdes que l'hospitalisation à temps plein et permettent à la fois un accueil chaleureux et l'exercice d'activités thérapeutiques (ateliers mémoire, art thérapie...). Elles sont animées par des professionnels de la psychiatrie spécialement formés à ces pratiques⁵. Les prises en charge y sont individualisées ou groupales selon les cas. L'essentiel du travail effectué concerne la stimulation des fonctions affectives. A l'expérience, ce type d'unités doit privilégier le contact, l'écoute, la valorisation narcissique au travail purement cognitif. Ce dernier constitue en fait un support et est effectué de manière ludique. L'accueil des patients à temps partiel peut se faire pour des patients suivis à domicile ou non. Outre le soin, elles visent à

traiter la souffrance psychique de la personne âgée démentée dans son environnement en liaison avec la famille, les travailleurs médico-sociaux et les médecins généralistes. Elles visent également à soulager les familles pendant des temps limités, leur permettant de mieux supporter des situations qui deviennent parfois difficiles à vivre. Elles servent à déculpabiliser celles-ci qui ont souvent le sentiment de mal faire ou de mal s'y prendre auprès de la personne âgée vieillissante surtout lorsque le déficit est installé. Enfin, elles installent au premier plan le rôle du médecin généraliste qui est en fait le premier interlocuteur du patient et de sa famille.

Le problème soulevé par ces unités d'accueil est celui des transports. On pourrait proposer, comme cela existe dans certaines régions, un système où l'intercommunalité jouerait son rôle en permettant un système de transport et de ramassage pour les personnes âgées : l'accueil de jour dépendrait de l'établissement et le transport de la commune ou du canton.

Le rôle des psychologues

L'un des éléments qui apparaît primordial dans la mise en place des complémentarités est l'existence de psychologues au sein des maisons de retraite, qu'il s'agisse de l'intervention de psychologues de secteur dans un cadre géré par voie conventionnelle ou de la création de postes dans ces établissements. Ceux-ci peuvent intervenir à divers niveaux qui vont de la compréhension des problèmes psychologiques des personnes âgées à l'aide des soignants et parfois à la régulation. Sur ce plan, cependant, les choses

sont plus complexes puisqu'une écoute neutre et ouverte suppose que l'on intervienne pas du lieu même où l'on travaille.

Les psychologues peuvent également soutenir un certain nombre d'animations ce qui amène une amélioration indéniable dans l'ensemble des activités de la maison de retraite.

Les psychologues peuvent enfin jouer un rôle important dans la coordination avec les intervenants du secteur; ce qui facilite les relations avec la psychiatrie.

Tout ceci suppose pour eux un temps de supervision.

La formation des personnels intervenant auprès des personnes âgées

C'est un enjeu majeur en gériatrie et en gériatrie-psycho geriatrie. Son insuffisance est criante aussi bien en institution qu'à domicile, en particulier auprès des gardes à domicile et des aides ménagères même si celles-ci ont parfois suivi la formation du C.A.F.A.D. Les associations n'ont pas souvent les moyens d'organiser les formations. Les rencontres entre les gardes à domicile sont assez rares et ne permettent pas à ces soignantes de mieux gérer les situations difficiles et d'avoir des lieux propres de parole. Un chiffre peut être donné montrant l'importance du problème : dans la Manche, il y a 4000 tierces personnes et, chaque année, 4 d'entre elles reçoivent la formation du C.A.F.A.D. Le soin, en gériatrie-psycho geriatrie repose sur les individus et ceux-ci, pour être efficaces, doivent être formés et ces formations régulièrement mises à jour. Les secteurs de psychiatrie peuvent intervenir, pour ce qui les

concerne, au niveau de l'approche spécifique des problèmes de la personne âgée mais aussi au niveau de l'abord institutionnel de leur prise en charge.

Avec la formation se pose également le problème de l'information, singulièrement auprès des familles qui sont souvent démunies et des intervenants de terrain qui sont directement impliqués dans la prise en charge des personnes âgées. Là encore, l'équipe psychiatrique et singulièrement le psychiatre ont un rôle à jouer.

Au niveau de la formation, la mise en place de bulletins d'information⁶, sous des formes variées, peut être encouragée pour permettre l'échange des savoirs mais aussi des informations sur les actions, sur les lieux de soins et sur les personnes susceptibles d'intervenir dans les situations particulières. De tels bulletins ont également un rôle manifeste de liaison et de coordination.

La collaboration avec les associations

Un certain nombre d'associations œuvrent pour la prise en charge des personnes âgées, singulièrement celles qui sont dépendantes ou démentées. Il en est ainsi de l'association France-Alzheimer ou de certaines associations de canton voire de clubs du troisième âge. Favoriser les intervenants de terrain, les relations sociales, le soutien des familles, tel est le plus souvent le but de ces associations dans lesquelles l'équipe de psychiatrie peut également être amenée à intervenir à la fois sur un mode technique mais aussi sur celui du soutien auprès de ces associations parfois démunies. La collaboration est souhaitable et doit être, autant que faire se peut, développée.

Conclusions

"Si tu veux endurer la vie, organise-toi en vue de ta mort", écrivait FREUD⁷.

Autrefois image de la sagesse et de la sérénité, nos aïeux, qui sont pourtant les principaux bénéficiaires de l'évolution scientifique de notre société, sont le plus souvent placés hors de la vie. Confrontés à des pertes et à la perte ultime que constitue sa propre disparition, le sujet âgé se doit de faire le deuil de son moi narcissique pour investir d'autres objets, des entités plus durables que sont parfois les mythes et les autres croyances. Ce travail de deuil nécessite un soutien thérapeutique. Le mal de vivre est un des ultimes avatars des crises auxquelles l'individu a pu faire face dans toute sa vie. Les intervenants auprès de la

personne âgée doivent l'aider à vivre et dénouer au mieux cette crise pour que la vieillesse s'inscrive dans la continuité de l'existence. Ils doivent également intervenir pour aider à comprendre que la démence n'est pas simplement une accélération des processus de vieillissement : c'est une maladie et une souffrance qui demandent un regard et un soin spécifiques et qui interroge tous ceux qui sont amenés à intervenir auprès de la personne souffrante. Accompagner les personnes âgées, c'est aussi être présent, écouter, toucher, entourer, embrasser, et tout faire pour éviter la première mort que représente la mort sociale.

Maintenir et investir la vie, tout en sachant que l'on approche de l'heure où il faudra la perdre, telle pourrait être la proposition de prévention que le psychiatre et son équipe

font à la personne âgée, à sa famille et aux institutions chargées de la prendre en charge. L'équipe géro-psycho-gerontologique à aussi pour mission de répondre aux décompensations psychiques pathologiques qui peuvent survenir dans ce parcours parfois difficile. Elle ne peut cependant pas le faire avec naïveté ou dans la béatitude : ceci suppose des moyens qui prennent concrètement en compte l'accroissement progressif de la population âgée et le manque de soignant en milieu gérontologique, du travail, une collaboration (notamment avec l'aide de psychologues), la reconnaissance de compétences qui doivent être mises en jeu, une évaluation et la vérification que les moyens mis en œuvre correspondent toujours à leur objet.

Au total, les compétences et les savoirs doivent être mis au service de la personne âgée

qui sera toujours plus importante que l'institution qui l'accueille ou l'équipe qui la prend en charge.

"A quoi te sert, Socrate, d'apprendre à jouer de la lyre puisque tu vas mourir?"

A jouer de la lyre avant de mourir..."⁸

1 Le Monde jeudi 23 mai.

2 Souligné par l'auteur.

3 COTER "Psychiatrie et vieillissement", travaux du Comité Technique Régional de la région Rhône-Alpes.

4 Centre d'ACCUEIL ET DE TRAITEMENT A TEMPS PARTIEL.

5 Prise en charge ambulatoire des patients présentant un syndrome démentiel de type Alzheimer par une équipe de secteur psychiatrique : C. BOUCHE. I. LAMBERT. J.C.ANDERSSON.

6 On peut citer l'exemple de SAG info, bulletin d'information de l'agglomération cherbourgeoise sur son secteur d'action gérontologique.

7 Notre rapport à la mort; Oeuvres complètes, tome XIII.

8 Diogène-Laërce

Du savoir sur les vieux au savoir du vieux

Par Marie-Thérèse GOURMEL, psychologue au C.H. de PONTORSON

Je vais aborder la question de notre confrontation à la vieillesse et aux vieux, une question suscitée par une intervention dans des maisons de retraite, long séjour et soins palliatifs.

Aujourd'hui, il est fait appel aux "psy" comme si le soin et le médical qui dominaient jus- qu'alors, avouaient timidement que quelque chose les dépassait. La médecine est mise

devant l'impossible guérison. Nous ne pourrions jamais prétendre guérir de la vieillesse, même si nous parvenons à en faire reculer les effets, nous ne pourrions pas toujours éviter la mort. Parler des vieux! c'est justement la première chose qui m'a interpellée : ce terme écorche les oreilles, il a pris un caractère péjoratif. On ne parle plus de vieux, mais de personne âgées? Que véhi-

cule d'insupportable ce signifiant? Les vieux que chantait Brel ont-ils disparu?

Ne plus vouloir parler de vieux ne serait-ce pas comme Dorian Gray, dans le roman d'Oscar Wilde, nier l'évidence de la vieillesse, en se laissant capturer par son image, pour vivre une éternelle jeunesse, une éternelle beauté? Une capture par l'image à laquelle nous serions tentés d'adhérer

(cf. : publicité, clip, mode...).

En observant ce signifiant "vieux", nous remarquons qu'il se décompose en deux signifiants distincts : vie et eux. L'accent est mis sur la vie passée de l'autre et par conséquent sur les incidences de cette vie. Mais nous sommes toujours le vieux de quelqu'un, il est donc évident qu'un jour ce sera notre tour.

Parler de personne âgée, c'est mettre l'accent sur l'âge, le comptage des années, cependant la différence avec l'autre n'est pas écartée, elle est (pourrait-on dire) juste déplacée. La vieillesse, c'est le réel insaisissable qui fait effet dans le corps. Elle travaille insidieusement. Elle est annoncée certes, mais dans un premier temps comme celle des autres.

La vieillesse des autres, c'est ce à quoi on s'affronte au quotidien dans les institutions. Le vieux était reconnu autrefois comme celui qui jouissait du prestige d'un certain savoir; qu'en est-il lorsqu'il arrive dans une maison de retraite, un service de long séjour? Qui vient frapper à la porte de ces maisons là? Nous devons reconnaître que ce sont des personnes âgées, voire très âgées.

La société parle même du quatrième âge. A ce moment là, le réel de la vieillesse semble indéniable. La personne entrante est amenée par une autonomie devenue défaillante, parce qu'elle ne peut plus faire, parce qu'elle est plus faible, plus fragile, plus seule.

Toute personne qui côtoie ces vieux est confrontée à l'image qu'ils présentent, c'est ce qui saute aux yeux lors du premier contact. Quand nous entrons pour la première fois dans un service de long séjour, nous sommes saisis par l'image de ces corps vieillissés et déformés, envahis par un sentiment particulier qui vous donne tout d'abord envie de fuir. Cet homme ou cette femme en face, c'est mon semblable, et pourtant il semble y avoir "un abîme entre moi et cet autre qui me choque". Nous sommes à la

fois "si loin, si proche". Cette rencontre inquiète parce qu'elle inaugure le sentiment d'inquiétante étrangeté, définie par FREUD comme : "cette variété particulière de l'effrayant qui remonte au depuis longtemps connu, au depuis longtemps familier". Ce qui nous effraie, c'est la rencontre brutale avec ce que nous connaissons, mais que nous avons refoulé, "puisque ce unheimlich n'est en réalité rien de nouveau ou d'étranger, mais quelque chose qui est pour la vie psychique familier de tout temps, et qui ne lui est devenu étranger que par un processus de refoulement". Ce sentiment vient



du fait que je suis le même que l'autre et non que l'autre soit différent de moi. Mon sentiment vacille : cet autre peut être moi. C'est moi! Ou encore : ce n'est pas possible, cela ne m'arrivera jamais! L'autre me fait le même effet que ce portrait de Dorian Gray, il me représente comme sujet vieillissant.

Pour Dorian, ce portrait de lui perdant son éclat, sa beauté, c'est l'irréparable outrage du temps, il est si insupportable qu'il le cache, autant pour lui même que pour les autres. La beauté est considérée comme éternelle, par conséquent, elle est soustraite à la loi du temps, elle est une entité, une abstraction, un leurre. Ce leurre en fait tragiquement une figure de la mort, car non soumise au temps, elle est soustraite à la vie. La vieillesse présente l'éphémère de notre condition. La vie aussi a une finitude. La mort donne à l'être la

dimension humaine. "C'est dans le signifiant et pour autant que le sujet articule une chaîne signifiante, qu'il touche du doigt qu'il peut manquer à la chaîne de ce qu'il est"².

Pour FREUD, la confrontation avec la mort et ses représentations font partie des circonstances qui peuvent rendre propice le retour du refoulé, car notre inconscient refuse la fatalité de la mort. L'image de la mort est omniprésente dans les services de gériatrie. On s'y prépare mais elle dérouté toujours. Quelquefois, c'est la frontière entre la vie et la mort qui devient extrême-

ment fine. Le patient est considéré en fin de vie, il ne parle

plus, ne semble plus entendre, reste inerte devant toute sollicitation, seule sa respiration reste le témoin de la vie. L'animé est alors très proche de l'inanimé. Il est difficile d'être dans cet espace où l'on ne sait plus où se situer.

Nous entendons parfois dire : "il n'y a plus rien". A qui s'adresse ce rien? Il semble que ce rien se situe du côté de notre savoir, il désigne, dans ce cadre le vide que nous ressentons face à notre impuissance. La rencontre avec certains vieillards nous confronte à des corps abîmés, des sujets privés d'organes et de fonctions, des visages portant les stigmates de la souffrance.

Face à tout ce qui peut nous paraître perdu, ne sommes nous pas envahis par notre angoisse de castration? Nous laissant supposer une castration qui alors ne serait plus imaginaire mais réelle. Selon FREUD, dans son article sur

l'inquiétante étrangeté : "la menace de perdre le membre sexuel suscite à son rencontre un sentiment obscur particulièrement fort et c'est seulement ce sentiment qui confère sa résonance à la représentation de la perte d'autres organes". Ainsi, nous pouvons supposer que les pertes réelles du sujet âgé dépendant peuvent réveiller les angoisses de castration de celui en face. Ne serait-ce pas là, quand le refoulé menace de repointer que nous voyons celui qui est en face sombrer dans l'action, le "faire", afin de conjurer un certain marasme de l'être, de colmater l'angoisse?

Dans les nécessités du quotidien, le soignant ne peut échapper à un effet de capture imaginaire. Il est pris, capté dans un rapport centré sur ce corps au travers des soins à lui prodiguer, ce corps qu'il doit remplir, vider, garder propre... Cela résonne dans les expressions courantes, nous entendons parfois dire, en parlant de soins à faire à un ou une patiente : "Mme X., je vais la faire." Nous pouvons nous demander : faire qui, faire quoi? On fait l'amour, on fait un enfant. Pour l'enfant, faire se situe du côté du déchet qui choit du corps, mais comment peut-on faire l'autre?

Cette expression laisse apparaître l'effet d'emprise dans laquelle s'engage la relation. Il y a une dimension de violence dans ce corps à corps, une lutte. Il faut faire avec ou contre lui. On s'y perd. Dans cette expression, l'Autre n'est plus. Il y a une confusion entre l'acte et le sujet support de cet acte. Nier le sujet dans ces situations, c'est sans doute la seule réponse trouvée par le soignant devant ce qui lui est difficile à assumer. Le réel des déformations, de la maladie, des marques du corps, de ses productions (déjections) peuvent être envahissantes au

point de produire un effet de répulsion qui ne trouve pas à se dire, ces sentiments n'ont généralement pas le droit de cité. Comment approcher ce corps et approcher un sujet quand celui qui est en face m'effraie par l'identité potentielle? Mais du côté de ce sujet, comment en devenant ainsi l'objet de soins, peut-il trouver ancrage de son désir dans le désir de l'Autre? Alors que jusqu'au bout l'être humain se soutient du regard de l'Autre.

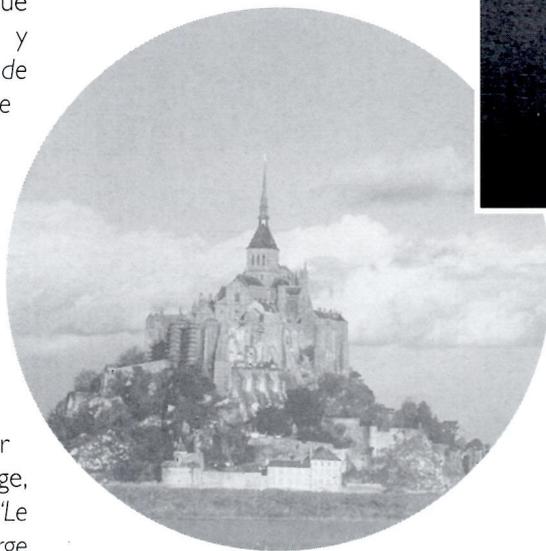
Poser l'hypothèse d'entendre quelque chose du désir du vieux, c'est prendre le risque de ne pouvoir rien y répondre. *"L'impuissance de l'Autre à répondre tient à une impasse et cette impasse nous la connaissons tous, c'est la limitation de son savoir"*³.

Le sujet doit avant tout trouver sa place dans la relation qui s'ébauche dans la mesure où il n'est pas réduit à son symptôme ou à sa maladie, pour être vu au-delà de son image, du côté du sujet désirant. *"Le désir s'ébauche dans la marge ou la demande se déchire du besoin"*⁴.

C'est au travers de l'appel que nous y sommes confrontés : cet *"espace démesuré qu'implique toute demande : d'être requête d'amour"*⁵. La demande d'amour du vieux qui parfois prend pour nous un caractère d'obscénité. Face à cet insupportable là, les vieux sont poussés vers une dimension aliénante qui nourrit l'économie de jouissance de celui en face, où il offre son corps à l'abandon de l'Autre.

Dans quelle position subjective se situe le vieux? Sachant que le sujet sera toujours dans cette dimension de "fading" où se produit pour lui le miracle de quelque chose qui lui échappe. C'est le dire,

qu'instituer une ritualisation peut présenter le danger qu'il n'y ait plus de possibilité au-delà de cet automatisme de faire surgir de la subjectivité (d'autant plus que le souci du collectif se concilie très mal avec le respect de l'individu). Seul le langage peut constituer un bord symbolique : créer un lieu où l'innommable puisse se nommer. Un espace-temps entre "faire" et "dire", si le "faire" pour le soignant se situe du côté du corps; quand le corps qui soulage aborde le corps en souffrance : le "dire" va impli-



quer tout l'être qui s'est trouvé engagé dans une action, *"il va faire effet de miroir, de mémoire passée et anticipée, mais qui toujours rappelle, interpelle"*⁶.

C'est donc le langage qui permet une mise à distance entre le vieux et nous, qui permet de laisser un espace subjectif, permettant d'entendre quelque chose de son désir, de son savoir.

RÉFÉRENCES BIBLIOGRAPHIQUES

- 1 JULIA KRISTEVA : *Étrangers à nous-mêmes*, page 276. FOLIO.
 - 2 JACQUES LACAN : Séminaire *L'éthique*, page 341. SEUIL.
 - 3 JACQUES LACAN : Séminaire *L'identification* / Leçon du 21 mars 1962.
 - 4 JACQUES LACAN : *Les Écrits* page 814. SEUIL.
 - 5 JACQUES LACAN : *Les Écrits* page 813. SEUIL.
 - 6 DANIEL SIBONY : *Entre dire et faire* page 18. GRASSET.
- SIGMUND FREUD : *L'inquiétante étrangeté*. GALLIMARD.
- OSCAR WILDE : *Portrait de Dorian Gray*. PRESSES-POCKET.