



# Coopération sanitaire territoriale à partir d'un dispositif de soins transversal et groupal, le Centre de Guidance familial gérontopsychiatrique

SF3PA 20 SEPTEMBRE 2018

DR M. LUCAS NAVARRO

CH LE VINATIER - BRON



Pour cette communication, je déclare n'avoir aucun conflit d'intérêt.

# Trois notions introductives

- ▶ Le profil complexe des prises en charge en psychiatrie de la personne âgée.
- ▶ Le rôle et les représentations des proches appelés aidants informels.
- ▶ L'hétérogénéité des territoires et dispositifs sanitaires, notamment en psychiatrie de la personne âgée.

# Le profil complexe des patients PPA

- ▶ Complexité de tableau symptomatiques:
  - Intrication psychiatrique et neurologique
  - Polypathologies
  - polypharmacologie
- ▶ Fort niveau de dépendance du fait du vieillissement et du handicap lié à l'âge.

*Lecroart A., et al. (2013). « Projection des populations âgées dépendantes: deux méthodes d'estimation. »*

# Rôle et représentations des aidants informels

- ▶ L'aide informelle est une ressource essentielle.

*Roquebert Q., et al. (2016). L'aide à un parent âgé, seul et dépendant: déterminants structurels et interactions.*

- ▶ Représentation du côté des aidants
- ▶ Représentation du côté des professionnels de santé

*Les proches aidants: une question sociétale. Paris Association Française des Aidants. 2016*

# Hétérogénéité des territoires sanitaires

- ▶ Forte hétérogénéité dans l'accessibilité aux différents professionnels de santé et équipements hospitaliers (notamment en PPA).
- ▶ Ces différences ont des conséquences sur les niveaux de recours aux soins et de dépenses médicales observées.
- ▶ L'objectif est d'assurer de soins de qualité à tous, tout en recherchant l'optimisation des ressources allouées.

# Constat

- ▶ L'augmentation du nombre de patients atteints de pluri pathologies chroniques, la montée en dépendance, l'isolement et la problématique sociale dans un environnement économique contraint rendent nécessaire une optimisation de la gestion des parcours de santé des patients en situation complexe.
- ▶ Le contexte législatif rappelle que le projet territorial de santé mental a pour objet: « l'amélioration continue de l'accès des personnes concernées à des parcours de santé et de vie de qualité, sécurisés et sans rupture ».

*Article L.3221-1 du CSP instauré par l'art. 16 de la loi de modernisation de notre système de santé*

# Le dispositif de guidance familial gérontopsychiatrique

- ▶ Définition et missions
- ▶ Objectifs
- ▶ Outils
- ▶ Place du dispositif dans le cadre d'un parcours complexe  
psychiatrique d'un patient âgé

# Définition

La guidance familiale se définit

- ▶ Comme un ***dispositif inter hospitalier***
- ▶ Proposant un ***soin familial à domicile***
- ▶ Indiquée dans ***les situations de crise familiale***, liée à la dépendance physique, psychique ou cognitive, d'un parent âgé.

- 
- ▶ **Soutenir les dispositifs hospitaliers, en gériatrie et psychiatrie de la personnes âgées, confrontés à des problématiques de souffrances familiales liées à la perte d'autonomie dans le cadre d'une maladie d'origine somatique, psychique et/ou cognitive**
  
  - ▶ **Promouvoir et soutenir l'approche familiale et groupale**

# Objectifs

- ▶ **Permettre à la famille, en période de crise, de mobiliser ses ressources internes et externes afin de trouver un nouvel équilibre**

*meilleure adéquation entre les ressources familiales (psychiques, physiques et socio-économiques) et la réalité de la vie quotidienne de la personne âgée dépendante.*

- ▶ **Accompagner l'élaboration de la prise de décision**

*le processus de sortie de crise laisserait la place à des conditions favorables pour un projet de vie - de fin de vie -*

# Outils

- ▶ Les entretiens de guidance familiales
- ▶ Le travail interinstitutionnel

# ENTRETIEN DE GUIDANCE

## → Mobilisation des ressources internes de la famille

### ▶ **Travailler sur les représentations:**

- de la maladie
- de la perte d'autonomie et de la dépendance
- de la réalité , de l'actuel, de l'avenir

### ▶ **Apaiser les angoisses de mort, de perte, d'abandon, de séparation** : dispositif d'accueil et d'écoute médié par un binôme de soignants en capacité de contenir les émotions et les éprouvés familiaux mobilisés dans la situation de crise

### ▶ **Aborder la conflictualité en lien avec la situation actuelle et l'histoire propre à la famille**

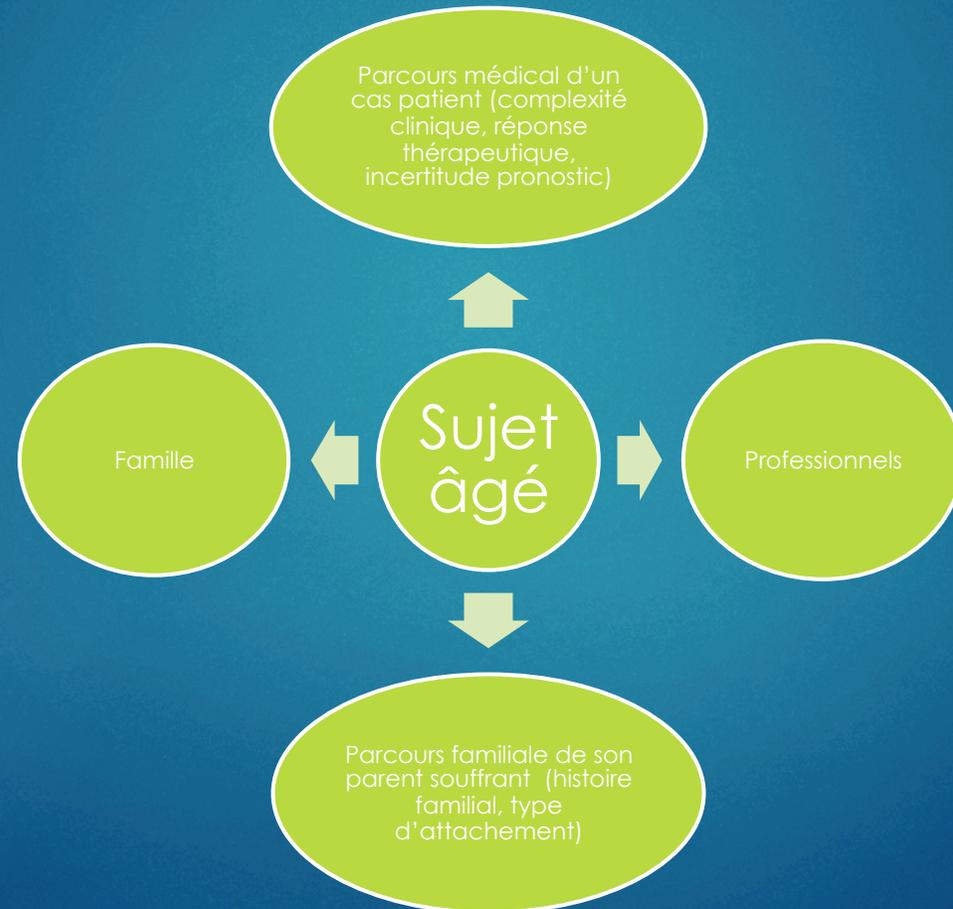
# TRAVAIL INTERINSTITUTIONNEL

→ Mobilisation des ressources externes de la famille

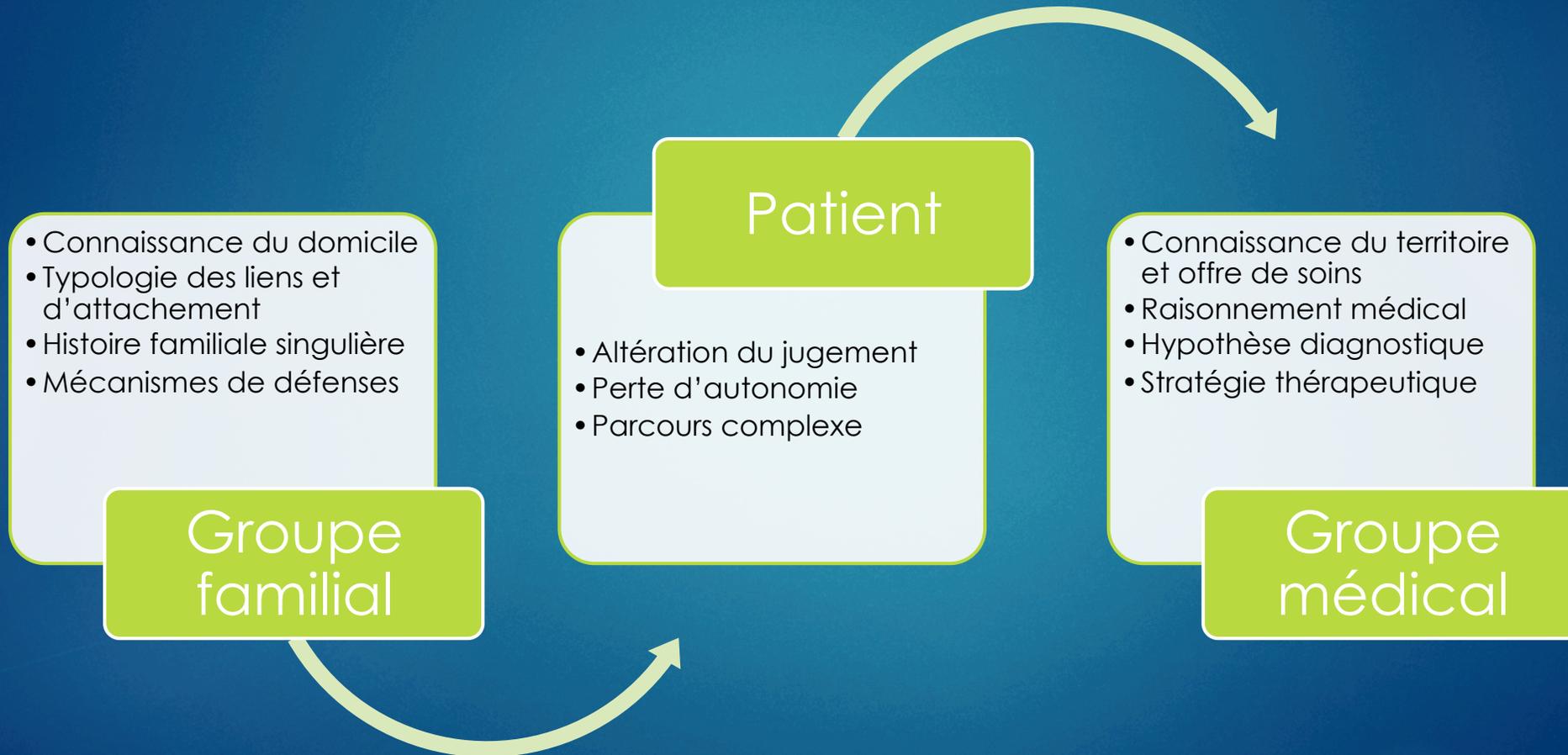
## ▶ Articulation du réseau professionnel:

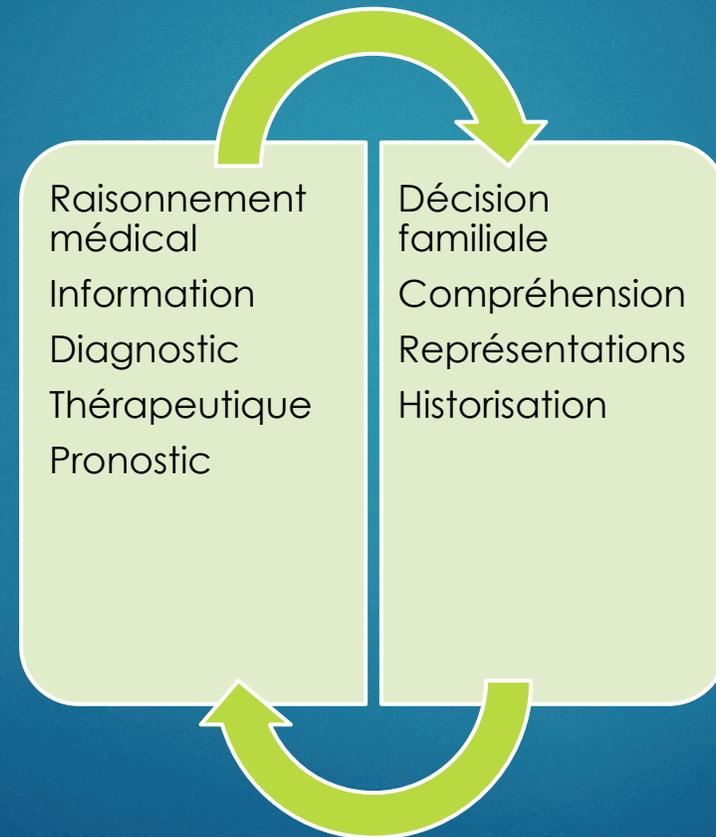
- Réunions de synthèse proposées à l'ensemble des professionnels intervenants dans la situation
- Réunions d'articulation

# Place du CDG dans un parcours complexe PA



# Intérêt d'un dispositif « feed back »





# 1<sup>er</sup> exemple clinique

- Famille A:

*Tableau psychiatrique complexe et famille au bord de la crise de nerf*

- Raisonement médical
- Parcours familial

# Famille A.

## Proposition thérapeutique et diagnostique :

- ▶ Sismothérapie indiquée devant le tableau mélancolique qui engage le pronostic vital
- ▶ Soins sous contrainte (SDT) envisagé devant la perte de jugement (délire de négation) et le refus de soins (opposition et clinophilie), indiquant un transfert sur l'unité de secteur psychiatrique plus adapté pour des soins en isolement
- ▶ Poursuite des investigations diagnostiques à l'issu de l'épisode mélancolique pour confirmer le diagnostic de maladie neurodégénérative.

# Famille A.

- ▶ Problématique:

La famille refuse les ECT, refuse la mise sous contrainte, refuse le transfert dans l'unité de soins psychiatrique

- ▶ Objectif:

Faciliter les interactions entre les équipe des soins et la famille, permettre des prises de décisions raisonnées (par le médical) et éclairées (par la famille) dans le but de **favoriser un parcours de soins sans rupture** (rupture par défiance de la famille face à des équipes de soignants qui se sentent trop agressées et abandonnent les explorations).

# 2<sup>e</sup> exemple clinique

- Famille B:

*Syndrome apathique et enfants sauveurs*

- Raisonnement médical
- Parcours familial

# Famille B.

## ► Hypothèse diagnostic

Syndrome apathique probablement d'origine multifactorielle avec une composante neurologique (processus neurodégénératif) et cérébro-vasculaire (antécédents cardiovasculaires) aggravé par le syndrome d'apnée du sommeil mal appareillé.

## ► Problématique

Devant le syndrome apathique, les enfants multiplient sans relâche les consultations et recours à des spécialistes (centre du sommeil, consultation mémoire, clinique psychiatrique ...) sans avancer sur la question diagnostique et surtout thérapeutique.

# Famille B.

► Objectif :

Permettre à la famille une meilleure représentation des troubles et une meilleure compréhension du réseau de soins afin de mieux accorder les besoins en soins du patient et les ressources sanitaires, **évitant ainsi une consommation inadéquate en service de soins**, de toute façon source de frustration familiale (inefficace et inutile en terme d'effort engagé et de résultat attendus).

# En conclusion

- ▶ Une triple nécessité :

Bonne connaissance du réseau de professionnels

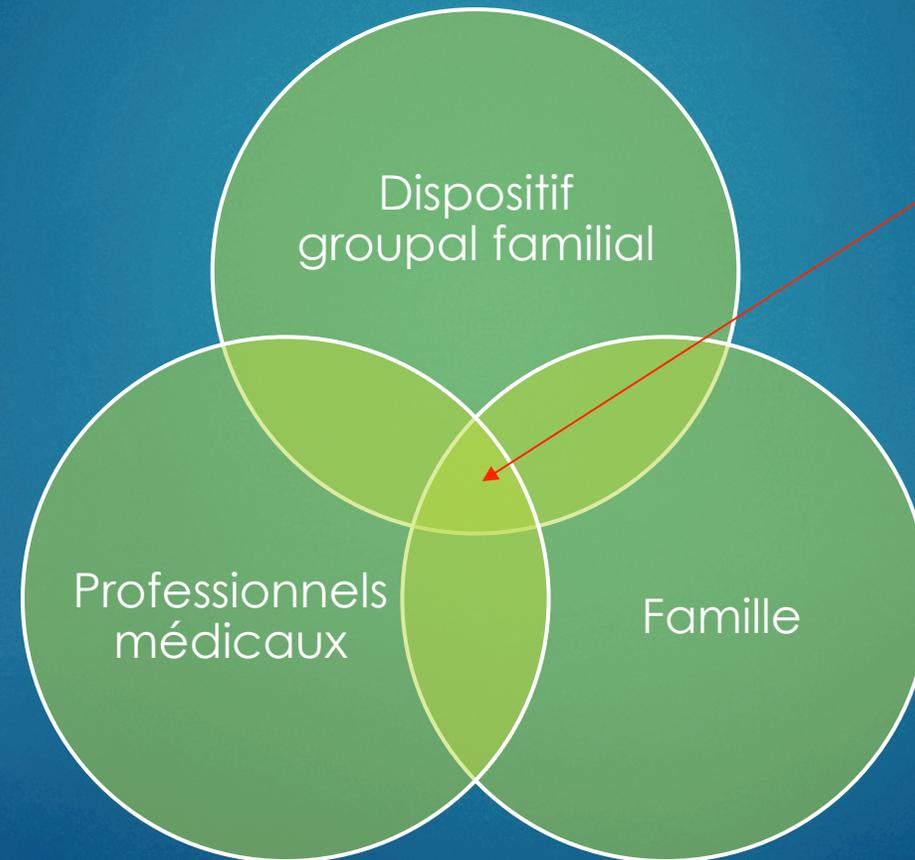
Bonne connaissance du territoire et de son organisation

Bonne appréhension des ressources familiales

- ▶ L'intérêt d'un modèle en coopération confiance.

- 
- ▶ La coopération « consiste à avoir le souci de l'autre, connaître et comprendre ses contraintes et agir en conséquence, [ce qui] est nécessaire quand il faut atteindre de hauts niveaux de performance.
  - ▶ Et ainsi, l'exercice coordonné en coopération entre les différents acteurs, sanitaires et/ou sociaux, et la confrontation des expériences et des points de vue contribuent à la **réduction de l'incertitude liée à la prise de décision pour les cas complexes.**

# L'objectif de la coopération



Une petite zone décisionnelle  
visant à réduire l'incertitude  
et à minimiser les risques

**Merci de votre attention**