

CAS PRATIQUES
POUR L'APPROPRIATION
DE LA RECOMMANDATION

Ce chapitre propose des mises en situations visant à guider concrètement les professionnels dans l'appropriation des recommandations et des modalités pratiques.

Quatre situations différentes sont présentées, à domicile comme en établissement, afin de proposer un éclairage aux professionnels dans leurs réflexions pour l'amélioration de la prise en charge de la souffrance psychique des personnes âgées.

Ces situations ne sont pas exhaustives et n'ont pas vocation à être modélisées ; elles reflètent cependant des situations les plus fréquemment rencontrées par l'ensemble des professionnels intervenant auprès des personnes âgées.

Chacune de ces situations fait l'objet d'une « analyse » des cheminements possibles pour une prise en charge de qualité.

À la fin de ce chapitre est proposé un schéma récapitulatif qui ouvre des pistes de questionnements à tous les niveaux de la prise en charge de la souffrance psychique d'une personne âgée.

Il a vocation à aiguiller les réflexions et à permettre aux professionnels de faire le bilan des points forts et des pistes d'amélioration pour chaque situation.

1 PRÉSENTATION DE CAS PRATIQUES

CAS PRATIQUE N°1

Contexte initial...

Mme R. est âgée de 88 ans.

Elle vit seule dans son appartement avec son chien âgé de 9 ans. Son aidant principal est son fils qui vient manger avec elle 2 fois par semaine.

Mme R. bénéficie d'une aide à domicile 2 fois 2 h par semaine le mardi de 14 h à 16 h et le vendredi matin de 10 h à 12 h.

Mme R. marche lentement mais continue à sortir tous les après-midis faire une promenade avec son chien.

Événement identifié comme déclencheur de souffrance psychique...

Le chien tombe malade et meurt rapidement.

Changements observés chez Mme R...

Mme R. est très peinée par cet événement. Elle est très abattue par cette perte. Elle ne sort plus de chez elle. Elle dit de plus qu'elle n'a plus faim et qu'elle ne s'alimente que lorsque son fils vient.

Le reste du temps, elle dit ne plus avoir le courage de préparer ses repas.

Réaction de l'entourage familial et professionnel...

Le fils de Mme R. décide de venir manger avec elle une fois de plus par semaine.

L'auxiliaire de vie signale à sa responsable l'état de Mme R. Elle signale que Mme R. semble avoir perdu beaucoup de poids et qu'elle n'arrive pas à la convaincre de se nourrir.

Le responsable de la structure d'aide à domicile fait un point avec le fils, sur l'état physique et psychique de Mme R. et contacte le médecin traitant.

Prise en charge de la souffrance psychique de Mme R....

Le plan d'intervention est revu avec Mme R., son fils, la responsable de la structure et l'auxiliaire de vie. Désormais, le fils vient manger 3 fois par semaine, veille à accompagner sa mère pour faire une petite promenade et les heures d'aide à domicile ont été repensées, réaménagées.

Désormais l'auxiliaire de vie sociale vient 3 fois une heure par semaine de 12 h à 13 h et un soir de 18 h à 19 h, les jours où le fils ne vient pas.

Deux mois plus tard, Mme R. a repris du poids, et sort systématiquement avec son fils. Elle se prépare de nouveau ses repas le soir. Le nouveau plan d'intervention, en coordination avec le médecin traitant, l'auxiliaire de vie sociale, la structure et l'aidant principal a permis à Mme R. de surmonter son deuil et l'épisode dépressif qui a suivi.

Analyse & questionnements...

Dans cette situation, Mme R. a pu réaliser correctement son travail de deuil.

Dès la mise en place de l'accompagnement par le service d'aide à domicile, le fils a bien été identifié comme un aidant présent et sur lequel Mme R. peut s'appuyer. Son rôle et sa présence sont connus de l'auxiliaire de vie. Chaque intervenant est conscient que le chien de Mme R. a une place importante dans sa vie, non seulement par sa présence et ses manifestations d'affection mais aussi parce qu'il oblige chaque jour Mme R. à sortir de chez elle. Cela lui fait donc une activité physique régulière mais cela lui permet aussi de rencontrer des voisins et d'avoir chaque jour un certain nombre de contacts et de discussions.

Le décès du chien est tout de suite perçu par l'entourage comme un événement qui risque d'être problématique. Face à la dégradation de l'état physique et l'état de tristesse de Mme R., l'auxiliaire de vie fait part de la situation à sa responsable.

L'auxiliaire de vie sociale, formée au repérage des signes de souffrance psychique, effectue ce signalement car elle sait que sa responsable va entendre ses difficultés et tout mettre en œuvre pour que Mme R. aille mieux. Elle sait qu'elle peut faire remonter toutes les informations nécessaires concernant les personnes qu'elle accompagne et que sa responsable recherche systématiquement à comprendre les situations et essaie de trouver des solutions.

Le fils, qui a été contacté, a facilité le lien avec le médecin traitant.

Le plan d'aide repensé a permis à Mme R. de faire face à la crise.

Points forts...

- L'auxiliaire de vie a été formée au repérage de la souffrance psychique.
- L'auxiliaire de vie est entendue par sa responsable.
- Le médecin traitant est contacté de façon précoce.
- L'aidant principal est contacté et sa parole est entendue.

Points d'améliorations possibles...

- Mme R. n'aurait-elle pas dû être plus concertée/impliquée ? (quelles concertations avec la responsable ? Quelle concertation avec le fils ? Avec le médecin ?)
- Mme R. n'aurait-elle pas pu être mise en contact avec des associations (type club sénior) ?
- Mme R. n'aurait-elle pas pu être encouragée à aller manger dans un foyer-restaurant de son quartier ? (cela lui aurait permis de développer son réseau relation et non le limiter à son fils et son auxiliaire de vie)
- Les services médico-sociaux du conseil général n'auraient-ils pas pu être sollicités pour la mise en œuvre d'un plan d'aide personnalisé ?
- .../...

CAS PRATIQUE N°2

Contexte initial...

M. et Mme V. sont âgés respectivement de 84 et 78 ans et vivent ensemble à leur domicile. Ils ont 2 enfants mais qui habitent à plus de 150 km. Mme V. est atteinte d'une maladie d'Alzheimer depuis plusieurs années. M. V. a toujours pris en charge son épouse. Il assure au quotidien les repas. Le couple bénéficie de 6 h d'aide à domicile par semaine, réparties en deux fois 3 heures. M. V. profite de la présence de l'aide à domicile pour aller dans un club de quartier pour jouer aux cartes.

Événement identifié comme déclencheur de souffrance psychique...

M. V. est atteint d'une sévère bronchite qui va être à l'origine d'une fatigue importante.

Changements observés chez M. V. ...

Un mois plus tard la bronchite est terminée mais M. V. ne se sent plus capable d'aller à son club de quartier. Il se dit très fatigué. M. V. n'a plus, ni envie de faire les courses, ni envie de préparer les repas. M. V. fait donc appel à un service de portage des repas à domicile, mais M. V. n'a plus d'appétit.

Réaction de l'entourage familial et professionnel...

Durant cette période et afin de soulager leur père, les enfants viennent passer quelques jours en relais pour veiller sur leur père et mère. Afin d'assurer la toilette et l'habillage de Mme V., le médecin traitant effectue une prescription pour l'intervention d'un SSIAD. Une aide-soignante passe donc tous les matins. Les enfants ne comprennent pas comment leur père a pu assurer cette prise en charge très lourde quotidiennement.

L'aide à domicile voit bien que quelque chose a changé chez M. V., mais elle se dit que ce n'est pas la première fois qu'il va moins bien, et qu'avec le temps, tout va rentrer dans l'ordre.

En revanche, l'aide-soignante qui vient chaque jour pour aider Mme V. observe l'évolution de M. V. d'un œil inquiet. Lors de ses passages au domicile, elle essaie d'entrer en contact avec lui et de lui donner l'occasion d'exprimer ses difficultés, mais M. V. reste très silencieux. Constatant un net amaigrissement et les traits particulièrement fatigués sur le visage de M. V., elle fait part de ses observations à l'infirmier coordinateur.

Ce dernier contacte alors la responsable du service d'aide à domicile intervenant pour Mme V. afin de prendre connaissance de son ressenti. L'infirmier coordinateur contacte aussi les enfants afin de les tenir informés de ses démarches, et prend RDV avec M. V. Lors de cette rencontre, M. V. se dit effectivement très fatigué et dit ne plus avoir la force de s'occuper de sa femme. En fin de rencontre, M. V. se confie et lui avoue « avoir l'impression qu'il n'a plus de vie depuis 10 ans et que sa retraite est totalement 'gâchée' par la maladie de sa femme ».

Face à cette détresse, l'infirmier coordinateur appelle le médecin traitant de M. V. Au terme de la discussion, il est évoqué la possibilité d'une hospitalisation pour le couple, afin notamment de faire un bilan de l'état psychique de M. V. mais aussi de l'état de Mme V. qui a des troubles du comportement sévères.

Prise en charge de la souffrance psychique de M. V.

Quelques mois plus tard, après un court séjour en hôpital, et suite à une évaluation de la situation par les différents intervenants au domicile du couple, M. et Mme V. envisagent un projet d'entrée en Ehpad. Une réflexion partagée est engagée avec les enfants du couple, très présents auprès de leurs parents.

M. et Mme V. entrent en EHPAD, pour un séjour temporaire de 2 mois.

Mme V. participe chaque après midi aux activités proposées par le Pôle d'Activités et de Soins Adaptés (PASA). M. V. occupe quant à lui ses après-midi en jouant aux cartes. Il a trouvé un partenaire.

Il a retrouvé le sourire et de l'appétit. M. V. voit que l'on prend bien soin de son épouse au sein de l'établissement. Il délègue peu à peu les aides qu'il apportait depuis des années à sa

femme, notamment tout ce qui concerne la toilette et l'habillement mais c'est toujours lui qui choisit avec elle ses vêtements.

Finalement, le séjour temporaire deviendra un séjour définitif.

Analyse & questionnements...

Dans cette situation ce n'est pas l'aggravation de la maladie de l'épouse mais l'épuisement général de l'aidant qui constitue l'élément déclencheur de souffrance psychique. La coordination de tous les acteurs permet, après plusieurs « expérimentations » de soutien (soutien des enfants, intervention du SSIAD, portage des repas, etc.), de trouver une solution adaptée.

Dans cette situation, l'aide soignante n'a pas hésité à signaler les changements d'attitude de M. V., mais cette remontée d'information semble tardive.

Il y a sûrement eu des signes précurseurs qui n'ont pas été perçus ni par le médecin traitant ni par l'auxiliaire de vie, ni sans doute par les enfants. S'ils avaient été perçus plus précocement, le plan d'aide aurait pu être revu avec le médecin traitant et le gériatre de la consultation mémoire. Un recours plus en amont à la consultation mémoire aurait permis une évaluation de la situation du couple aidant/aidé. Le rôle de la consultation mémoire ne se limite pas qu'au diagnostic : il comprend non seulement l'évaluation des troubles cognitifs mais aussi l'évaluation par le psychologue de la consultation mémoire du « fardeau » de l'aidant.

Points forts...

- Les enfants se sont impliqués auprès de leur père dès que M. V. a montré des signes de faiblesse.
- Les enfants ont eu recours dès que possible à l'intervention du SSIAD.
- L'aide soignante a très vite perçu l'état de souffrance psychique de M. V. et l'a signalé à l'infirmier coordinateur, et ce même si son intervention était initialement prévue pour la prise en charge de Mme V.
- L'infirmier coordinateur a assumé pleinement son rôle de « coordination ». Il s'est entretenu avec M. V., mais aussi avec les enfants et enfin le médecin.
- Le séjour à l'hôpital a été l'occasion de faire un bilan médical et sans doute de faire comprendre à M. V. les limites de son accompagnement à domicile.

Points d'amélioration possibles...

- Mme V. n'aurait-elle pu être accueillie plusieurs après-midi par semaine au sein d'un accueil de jour ?
- Le médecin n'aurait-il pas dû considérer le risque de souffrance psychique et d'épuisement physique de M. V. et solliciter plus précocement le SSIAD notamment pour les soins d'hygiène ?
- À partir de la consultation mémoire, la mise en place d'un soutien spécifique pour M. V. (soutien psychologique individuel avec un psychologue, soutien de groupe dans le cadre d'un groupe d'aide aux aidants avec l'association France Alzheimer par ex.) n'aurait-il pas pu être envisagé afin de prévenir l'épuisement et la souffrance de M. V. et de maintenir le couple dans une bonne qualité de vie à domicile ?
- Avec le risque d'évolution de la maladie d'Alzheimer de Mme V., une réévaluation du plan d'aide n'aurait-elle pas été nécessaire ?
- Si l'auxiliaire de vie a été bien formée aux troubles liés à la maladie d'Alzheimer, une formation sur la souffrance psychique aurait peut-être été nécessaire pour qu'elle puisse mieux accompagner ce couple et éventuellement faire part de ses observations au responsable de l'association ?
- La famille comme le médecin traitant, voire la structure d'aide à domicile n'auraient-ils pas pu contacter le Clic présent sur le territoire pour avoir un meilleur éclairage sur les aides de proximité possible (accueil de jour, séjours temporaires, association Alzheimer, séjours vacances adaptés,...) ?
- Les missions du Clic étaient-elles bien connues des professionnels ?
- .../...

CAS PRATIQUE N°3

Contexte initial...

Mme G., 79 ans vit seule à son domicile. Elle est célibataire sans enfant.

Elle mange 4 fois par semaine au foyer-restaurant de son quartier où elle reste ensuite l'après-midi pour jouer à des jeux de société.

Événement identifié comme déclencheur de souffrance psychique...

Un soir, au retour du club, Mme G. chute dans la rue. Compte tenu de la douleur exprimée, elle est transférée aux urgences. Elle revient le lendemain matin à son domicile puisque cette chute est sans conséquence traumatologique en dehors de quelques contusions.

Changements observés chez Mme G. ...

Mme G., de retour chez elle, a désormais peur de sortir seule. Elle n'a plus « confiance en ses jambes ». Sa voisine lui fait donc ses courses chaque jour mais Mme G. commence à avoir peur de tout.

Réaction de l'entourage amical et professionnel...

Sur les conseils de sa voisine, Mme G. appelle son médecin traitant pour une consultation. N'envisageant aucunement de sortir de chez elle, elle lui demande de venir à son domicile. Suite à la consultation, le médecin lui prescrit des séances de kinésithérapie à domicile et l'encourage à retourner à son club.

Mais pendant le week-end suivant, Mme G. chute de nouveau dans son domicile et reste toute une nuit allongée par terre, jusqu'à ce que sa voisine la trouve. Mme G. est donc de nouveau hospitalisée. Son médecin traitant passe la voir à l'hôpital et lui suggère de mettre en place un service d'aide à domicile.

Mme G. n'a pas de fracture mais se dit traumatisée de la nuit qu'elle a passée seule et au sol. Une évaluation plus globale de la situation de Mme G. est proposée, l'équipe mobile gériatrique est alors sollicitée.

Plus les jours passent, plus Mme G. souffre d'une grande anxiété. La sortie d'hôpital l'inquiète. Elle a peur de rentrer chez elle, tout particulièrement car elle a peur de chuter de nouveau.

Elle ne veut pas aller en maison de retraite. Mme G. se dit dans l'incapacité de prendre une décision concernant sa sortie d'hôpital.

Du fait de son état, un séjour en soins de suite et réadaptation (SSR) est proposé pour finaliser le bilan de chute et lui permettre de bénéficier d'une rééducation adaptée.

Prise en charge de la souffrance psychique de Mme G. ...

Après un séjour de 3 semaines en soins de suite et de réadaptation, Mme G. rentre à son domicile. Un service de portage des repas ainsi que le soutien d'une téléassistance ont été mis en place en amont de sa sortie d'hôpital.

Cependant, Mme G. ne sort plus de chez elle. Elle accepte difficilement les aides qui lui sont proposées, et refuse l'intervention d'une aide à domicile.

Au regard des difficultés grandissantes au quotidien constatées par le médecin traitant, il est proposé à Mme G. une rencontre avec une responsable de la structure d'aide à domicile. Cette rencontre a lieu en présence du médecin.

Mme G. finit par accepter la mise en place d'une aide à domicile quelques heures par semaine, prévoyant que l'auxiliaire de vie l'accompagne à son club deux après-midis par semaine.

Dans les semaines qui suivent la mise en place du soutien à domicile, l'auxiliaire de vie constate que Mme G. ne parle pas beaucoup et surtout qu'elle prétexte souvent un problème pour ne pas aller au club. Elle trouve dommage pour Mme G. de ne pas se rendre au club, mais ne sait pas comment lui en parler.

Un dimanche matin le corps de Mme G. est retrouvé dans la rivière qui se situe près de chez elle.

Analyse & questionnements...

Mme G. a toujours vécu seule et de manière autonome. Les chutes successives lui ont fait craindre de perdre cette vie autonome à domicile. Son médecin traitant a tout mis en œuvre pour l'accompagner. Il a largement contribué à ce que Mme G. accepte l'intervention d'une aide à domicile.

L'auxiliaire de vie avait pour mission essentielle de l'accompagner au club. Pour autant, Mme G. n'y participait plus et l'auxiliaire de vie, ne sachant pas si cela pourrait lui être reproché, n'a pas osé le signaler à sa responsable.

Mme G. finit par se suicider. Sa souffrance psychologique face à sa perte d'autonomie, son angoisse de chute n'a sans doute pas assez été prise en compte. Un probable trouble dépressif sous-jacent n'a pas été repéré.

Les séances de kinésithérapie ont été bénéfiques à la rééducation fonctionnelle de Mme G. mais il aurait pu également être proposé à Mme G. de participer à un atelier de prévention des chutes qui lui aurait permis de rencontrer des personnes confrontées à cette même problématique et d'échanger avec elles sur leurs stratégies mises en place pour surmonter leur angoisse.

Points forts...

- Le médecin traitant a été très impliqué.
- Consécutivement à la chute, le retour à domicile a bien été perçu comme problématique et le séjour en SSR nécessaire.
- Le retour à domicile a été organisé par la mise en place d'aides adaptées (téléassistance, portage des repas puis auxiliaire de vie).

Points d'amélioration possibles...

- Consécutivement à la première chute, le médecin n'aurait-il pas pu encourager sa patiente à intégrer un programme de prévention des chutes ? (type ateliers 'bien-vieillir', atelier de prévention des chutes, etc. ?)
- La kinésithérapie n'aurait-elle pas pu être proposée plus rapidement, ainsi qu'une recherche sur les causes de la chute ?
- Face à un tel changement d'attitude de la patiente, le médecin n'aurait-il pas dû prévoir un traitement antidépresseur et la mise en place d'un suivi psychologique, ou si besoin solliciter l'avis d'un psychiatre ?
- Le Clic n'aurait-il pas pu être sollicité pour connaître les séances de prévention organisées sur le territoire ; ce d'autant plus que Mme G. n'était pas réfractaire aux activités de ce groupe ?
- Le Clic n'aurait-il pas pu être sollicité à la sortie du SSR pour guider dans les choix de la meilleure aide possible à domicile ?
- Des visites d'Ehpad n'auraient-elles pas pu être envisagées ?
- Face à la crainte de Mme G. de rentrer chez elle, un séjour temporaire en Ehpad n'aurait-il pas été bénéfique ? Mme G. aurait ainsi maintenu des contacts sociaux et décidé soit de rester à l'Ehpad soit de rentrer chez elle en ayant repris confiance.
- L'auxiliaire de vie, mieux formée aux signes de reconnaissance de la souffrance psychique aurait-elle pu alerter ses responsables sur les refus systématiques de Mme G. de retourner à son Club ?
- La structure d'aide à domicile considère-t-elle la parole de son auxiliaire de vie ?
- .../...

CAS PRATIQUE N°4

Contexte initial...

M. H. a 91 ans. Il est veuf et père de 3 enfants. Il vit en Ehpad depuis 4 ans. Depuis plus d'un mois, M. H ne participe plus comme avant aux activités proposées. Il reste sur son fauteuil et dort une grande partie de la journée.

Face à un tel changement d'attitude, le personnel s'interroge. Le médecin coordonnateur est prévenu. Il s'entretient avec M. H, il vérifie son traitement. M. H parle peu et ne se plaint de rien. Le médecin coordonnateur décide donc de contacter son aidant principal, qui est sa fille cadette. Elle a fait le même constat que les équipes de l'Ehpad : elle ne sait pas plus que les soignants comment expliquer un tel changement qui selon elle, a débuté il y a environ 3 mois. Le médecin coordonnateur, après avoir sollicité l'accord de M. H, organise une réunion autour de la situation de M. H. ; réunion à laquelle sont invités à participer tous les professionnels en contact régulier avec M. H.

Événement identifié comme déclencheur de souffrance psychique...

Au cours de la 3^e réunion d'équipe autour du cas de M. H., Emma, l'animatrice, fait part des confidences qu'a faites M. H. à Solène, l'agent de service avec qui il a établi une relation de confiance et une certaine complicité : son petit-fils lui a annoncé son intention de divorcer. M. H. est très proche de ce petit-fils et a une très grande affection pour sa belle-petite-fille. Il craint aussi la réaction de ses deux arrière-petits-enfants et a peur de ne plus les voir.

Réaction de l'entourage familial et professionnel...

Le médecin coordonnateur prend contact avec le médecin traitant de M. H. Ce dernier évoque un possible trouble dépressif réactionnel. Après la réalisation d'un bilan médical, le médecin traitant lui prescrit un traitement antidépresseur. Les professionnels de l'Ehpad sont encouragés à stimuler M. H. et à l'accompagner pour sortir de sa chambre.

Il est demandé à l'animatrice de venir le rencontrer régulièrement afin d'établir un programme susceptible de le stimuler.

Enfin, la psychologue propose à M. H. la mise en place d'un suivi, supposant des rencontres au minimum une fois par semaine.

Changements observés chez M. H...

Au bout de 4 mois l'état de M. H. semble se stabiliser. Il ne participe plus comme avant aux activités, mais il est moins refermé sur lui-même.

En réunion pluridisciplinaire, l'équipe constate une amélioration de l'état de M.H. La psychologue propose de continuer le suivi de M. H. Le compte-rendu de cette réunion est transmis à son médecin traitant qui décide alors d'arrêter traitement antidépresseur mais de maintenir le soutien avec la psychologue.

Analyse & questionnements...

Le cas de M. H est fréquent. L'événement déclencheur de souffrance psychique n'était pas évident à déceler, d'autant plus que seule la fille de M. H. (qui n'était elle-même pas informée du divorce de son neveu) a été contactée par l'établissement.

Le partage d'informations et la prise en compte de la parole de tous les professionnels de l'établissement (non soignants y compris) a permis d'identifier l'élément déclencheur de souffrance psychique de M. H.

Le médecin traitant a mis en place en coordination avec le personnel de l'Ehpad une prise en charge adaptée du trouble dépressif.

Points forts...

- La famille a été très rapidement contactée.
- L'établissement a pris en considération la parole d'un agent de service.
- Le médecin traitant et les équipes de l'Ehpad se sont coordonnés pour une prise en charge de qualité et un suivi régulier de l'état de santé psychique de M. H.
- Un soutien psychologique a été mis en place.
- Les animations ont été revues et adaptées, en concertation avec M. H.

Points d'amélioration possibles...

- Les agents de service ne devraient-ils pas être formés en interne à l'écoute active et au repérage des signes de souffrance psychique ?
- Les agents de service ne pourraient-ils pas « avoir un référent » parmi les professionnels de l'établissement, auprès de qui ils pourraient faire remonter les propos de résidents témoins de souffrance psychique ?
- Des réunions ne pourraient-elles pas être organisées entre les agents de services et leurs référents afin de croiser les regards sur des événements de vie susceptibles d'impacter l'état de santé psychique des résidents ?

2 AIDE À L'ANALYSE DES ACTIONS ET DES PRATIQUES CONCERNANT LE PROCESSUS DE PRISE EN CHARGE DE LA SOUFFRANCE PSYCHIQUE

DE LA RECONNAISSANCE D'UNE SOUFFRANCE PSYCHIQUE ...
... À L'ORGANISATION DE SA PRISE EN CHARGE

