

**Université Claude Bernard Lyon 1
Centre Hospitalier Saint Jean de Dieu
Diplôme Universitaire de psychiatrie du sujet âgé
Année universitaire 2013-2014**

**La visite à domicile infirmière en unité de
gérontopsychiatrie mobile**

« Une contribution et une pratique spécifique »

**Corine GIANORDOLI
Infirmière en psychiatrie
Unité de gérontopsychiatrie mobile
Centre de Consultation Psychothérapique
278 route de l'ancienne distillerie
69400 – Gleizé**

PLAN

Préambule

- . Présentation de l'auteur, une pratique professionnelle en unité de psychogériatrie.
- . Le cadre du DU

1/ Introduction

- 1.1. Présentation de l'équipe et du dispositif local.
- 1.2. Présentation des missions dévolues à la ligne de soins.
- 1.3. Un outil de soin et de mode d'accès privilégié à ces populations ; la VAD.

2/. La VAD infirmière

Des exemples cliniques

- 2.1 Marguerite, « Toi, tu viens pour rien »
- 2.2 Violette, « A quoi bon tout ça ! »
- 2.3 Capucine « J'ai dû tout laisser »

3/. Particularités de la VAD infirmière en psychogériatrie.

- 3.1 L'appui sur les tiers
 - 3.1.1 Les professionnels et les partenaires
 - 3.1.2 Les familles et les aidants naturels
- 3.2 Des invariants dans le travail à domicile
 - 3.2.1 Travailler à être accueilli pour accueillir à son tour, la recherche d'un « consentement » et le travail sur la position « d'hôte ».
 - 3.2.2 Les éléments du cadre lors des VAD, La délimitation et la recherche d'un accord.
 - 3.2.2.1 Le cadre du côté du soignant
 - 3.2.2.2 Les éléments d'appropriation du cadre du côté du patient.
 - 3.2.2.3 Le principe du triple accord comme élément cadre
 - 3.2.3 La clinique de la VAD
 - 3.2.3.1 : L'habitat, les niveaux d'investissement et les territoires du moi qui s'y rapportent
 - 3.2.3.2 : L'appui sur le personnel et les objets d'hospitalité
 - 3.2.4 La visite à domicile d'évaluation (seul, avec des partenaires, entre membres de l'équipe)
 - 3.2.5 Les VAD de suivi

4/. Les particularités de la VAD

- 4.1 : Les principaux objectifs de soin en VAD
- 4.2 : Les particularités du travail infirmier à domicile et l'utilisation du domicile comme support de la visite

5/ Des questions éthiques

6/ Les axes de travail et leur temporalité ; le court terme, le moyen terme et la crise

7/. Conclusion

« La mémoire, c'est la possibilité de retrouver le passé dans le présent, l'espace habité et ses objets sont autour de nous comme une société muette et immobile. En ce sens, habiter sa maison et habiter sa vieillesse, entretiennent des rapports étroits ».

Maurice HALBWACHS
« La mémoire collective et l'espace ».

Préambule

Depuis 1987, je suis infirmière en psychiatrie. Mon parcours professionnel a été assez diversifié au niveau de cette discipline au sein de laquelle je n'ai cessé d'exercer. J'ai ainsi travaillé successivement en unité d'hospitalisation temps plein dans plusieurs hôpitaux, aux urgences psychiatriques, en ambulatoire sur les dispositifs de secteur de type CMP (Centre médico psychologique), Hôpital de jour puis CATTP (Centre d'accueil thérapeutique à temps partiel). Courant 2010, je choisis de participer à la création et à la mise en place de notre unité mobile de gérontopsychiatrie. Cette ligne de soins devient opérationnelle en janvier 2011.

L'objectif central de notre ligne de soins concerne l'évaluation des besoins de santé des personnes âgées ainsi que de leur souffrance psychique et l'évaluation des problèmes de maintien à domicile. Elle apporte une réponse spécifique aux besoins des personnes âgées, en amont des dispositifs de soins de secteur, et répond au souhait répandu de ces populations de rester à domicile. L'immense majorité des demandes nous parvient suite à des sollicitations par des tiers.

1. Eléments introductifs

1/1. Présentation de l'équipe de notre unité mobile et du dispositif local.

Il s'agit en fait d'une micro équipe pluriprofessionnelle, laquelle n'est malheureusement toujours pas stabilisée dans sa composition du fait de difficultés durables quant aux recrutements.

L'effectif théorique se répartit comme suit :

- 0,6 ETP (Equivalent temps plein) médical
- 0,5 ETP Psychologue
- 2 ETP infirmiers, lesquels n'ont jamais été pourvu sur la durée.

L'équipe est basée sur le Centre de Consultations Psychothérapeutiques de Gleizé (69). Elle fait partie du dispositif de pôle G28 du Centre Hospitalier de Saint Cyr au Mont d'Or et répond aux besoins de santé mentale des populations de Villefranche sur Saône et du nord beaujolais, soit un bassin de population d'environ 130000 habitants.

Cette base territoriale est assez étendue et comprends les cantons de Villefranche, Anse, Gleizé, Lamure sur Azergues, Belleville, Beaujeu, Bois d'oingt et Monsols (69).

Une réunion hebdomadaire organise le travail de cette micro équipe où sont évoqués les suivis et les nouvelles demandes. Des réunions de collaboration et de présentation de cas avec nos nombreux et différents partenaires viennent compléter cette trame organisationnelle.

Ce dispositif est encore récent et repose sur une très modeste dotation en moyens humains. Au niveau de notre activité, pour l'année de référence 2013, 192 personnes ont fait l'objet d'une prise en charge, nous préférons ici le terme de prise en compte, sur notre dispositif. Ces prises en compte varient au niveau de la réponse entre une évaluation unique, à un suivi de courte durée, voire à un suivi plus conséquent quand les présentations cliniques l'imposent.

1.2. Présentation des missions dévolues à la ligne de soins.

L'équipe intervient lors de situations de crises ou de ruptures, au domicile et en institution auprès des personnes âgées de plus de 65 ans. La sémiologie mobilise des troubles psychiques aigus avec retentissement sur le quotidien, fragilisant ou remettant en question les possibilités d'un maintien à domicile.

Ces situations de crise évolutives appellent alors une évaluation de notre part. Celle-ci porte sur le contexte social, les troubles cognitifs et psychologiques. Elle prend en compte les éléments de dynamique familiale, les ressources de la personne ainsi que celles des aidants naturels. Enfin, cette évaluation initiale intègre le souhait ou le projet de vie de la personne âgée, dans les limites qu'impose le réel de la situation rencontrée.

Nous proposons un accompagnement dans l'orientation et l'accès aux soins ainsi que l'ajustement et/ou l'introduction des aides à domicile. Notre rôle concerne la proposition d'un espace de parole, l'introduction et/ou l'adaptation d'un traitement et peut concerner la préparation à un placement en structure d'hébergement. D'autres missions de partenariat nous sont dévolues pour lesquelles nous intervenons en appui dans l'abord des cas complexes. Cet étayage ou plutôt ce coétayage évolue vers l'élaboration de diagnostics partagés et initie les stratégies et les orientations des soins que nous mettons en œuvre.

Les diagnostics partagés représentent une appréciation collective et circonstanciée des différents acteurs concourant au soin ou au maintien à domicile. Ils s'avèrent précieux et à même de contribuer à l'aide à la décision particulièrement sur les situations qui impliquent la responsabilité des intervenants quand les limites du maintien à domicile sont constatées. Sur ces situations qui touchent les limites d'intervention des différents professionnels, cette mise en commun permet de diffuser une responsabilité collective qui a pour effet en général de repousser les limites propres à chaque intervenant dans son corps de métier. L'appui sur le collectif ainsi constitué renforce les capacités des différents intervenants en termes de capacité, de légitimité et en termes de consolidation des périmètres d'intervention. Enfin, ces temps de mise en commun de chaque pratique singulière favorisent les opérations d'arbitrage sur une indication prévalente en milieu somatique ou psychiatrique quand la question vient à se poser.

Enfin, notre dispositif n'est pas rattaché à un service d'hospitalisation gérontopsychiatrie dédié. Les quelques hospitalisations que nous initions se font en psychiatrie sur le secteur adulte de psychiatrie générale.

1.3/ Un outil de soin et de mode d'accès privilégié à ces populations ; la VAD.

Nous pouvons tirer quelques enseignements et dégager des invariants quant à notre pratique. Tout d'abord, le premier constat pour notre équipe de gérontopsychiatrie mobile porte sur le public auquel nous nous adressons. En général, des personnes de plus de 65 ans, notre moyenne d'âge est à 78 ans. Un public qui ne vient pas au soin pour différentes raisons : mobilité limitée en premier lieu, faiblesse de la perception des difficultés et surtout de l'adresse possible de celles-ci. Il existe également une faiblesse de la capacité d'expression doublée des difficultés rencontrées liées aux habitudes de vie et aux habitudes

culturelles entre autres. Difficultés à « *demander de l'aide* » caractéristique de ces générations habituées à « *se débrouiller seule sans rien demander à personne* ». Les demandes viennent alors de l'environnement sans demande directe des patients. Nous sommes parfois étonnés de rencontrer des tableaux cliniques dont la sévérité et l'enkystement nous interrogent. Comment ont-ils pu échapper durablement au maillage de notre système de soins ? Mais en dehors de ces tableaux qui touchent ici essentiellement à la lignée psychotique, les principales pathologies rencontrées sont les dépressions et les dépressions à masque somatique, les démences de type Alzheimer, des psychoses, des délires tardifs, des crises de la sénescence, des pathologies conjugales...

La VAD constitue donc un outil précieux pour toutes situations, ou, comme le note Elian Djaoui ¹ « *Certaines populations sont même dans l'incapacité de faire la démarche envers des services. En se déplaçant au domicile de ces personnes, les professionnels manifestent une sollicitude, expriment une préoccupation du corps social en entier en faveur de ses membres les plus vulnérables* ».

Par ailleurs, nous rencontrons également des troubles psychiatriques inhérents aux évolutions de pathologies dégénératives avec leurs lots de pathologies somatiques intercurrentes.

Il s'agit d'une population très majoritairement féminine et sans antécédents psychiatriques. Nous repérons à ces occasions beaucoup de situations en lien avec des problématiques de transmission. Nous nous sommes interrogées à double titre sur celles-ci, d'une part sur le nombre conséquent de personnes sans enfant que nous sommes appelées à rencontrer et d'autre part sur les transmissions de patrimoine impossibles ou échouées, mais cela est un autre sujet.

La visite à domicile constitue donc l'outil indispensable pour aller à la rencontre et intervenir auprès de ces populations. Elle constitue le support principal et l'outil privilégié de nos pratiques de soin direct. Nous assurons également des soins en institution (SI), c'est-à-dire des visites aux résidents (EHPAD, foyers-logements) et nous collaborons avec certaines maisons de retraite du secteur.

2/ La VAD infirmière, trois exemples cliniques

2.1/ Marguerite²

Ce printemps, nous recevons un appel de l'infirmière de la Maison du Rhône en charge de l'APA (Allocation Personnalisée d'Autonomie) qui nous parle de Marguerite, 80 ans.

Elle signale des troubles du comportement et de l'humeur chez une dame perçue comme « marginale » par les habitants du village. Ce qui motive son appel concerne une nouvelle phase marquée par l'installation d'un refus de faire entrer les intervenants à

¹ Djaoui, Elian, Djaoui, Elian, « Intervention au domicile : gestion sociale de l'intime », *Dialogue*, 2011/2 n°192, pp 7-18, DOI : 10.391/dia.192.0007, pp 14-15.

² Le cas de Marguerite repris ci-dessous a fait l'objet d'une publication de ma part sous forme d'article dans le numéro 170 de la revue Santé Mentale de septembre 2012 consacré à la Visite à domicile.

domicile, des descriptions d'errance, une incurie de plus en plus prononcée sont également relatée.

Nous proposons une visite à domicile d'évaluation à brève échéance, c'est à dire dans notre pratique de service public que nous souhaitons garder réactive, dans un délai d'une semaine. Dans notre fonctionnement, la première visite se fait si possible à deux, soit un binôme infirmier ou médico-infirmier mais la pression de notre modeste dotation ne nous le permet pas pour chaque nouvelle demande.

Marguerite nous accueille volontiers ce jour-là et pour cette première rencontre, elle nous fait visiter sa maison. Elle est animée de mouvements saccadés et incontrôlés qui surprennent de prime abord et contribuent à accentuer une bizarrerie de contact. Elle se présente négligée. La maison est très encombrée, l'hygiène laisse à désirer.

Nous comprendrons plus tard qu'une conscience diffuse de ce défaut d'hygiène générerait un sentiment de honte, ce sentiment de laisser voir à l'extérieur des aspects que l'on aurait souhaité garder à l'intérieur de soi. Ce sentiment majorait un repli dans sa maison coupant des liens avec le village. Marguerite se fait livrer à domicile ses courses.

Elle vit seule, est veuve depuis 1994 et n'a pas eu d'enfant, elle est la dernière de sa lignée. Elle parle facilement de son enfance, des traumatismes qui ont jalonné sa vie, avec au premier plan la perte de son père fusillé par les allemands quand elle avait 9 ans. Elle évoque à plusieurs reprises son souhait de retourner vivre dans les Vosges. Il y a là-bas la maison de sa mère dans laquelle vit encore sa belle-sœur. Elle explique de manière sereine ne plus avoir d'attaches ici et donc s'impose pour elle l'idée de retourner au pays, près de ses racines, en tous cas dans un lieu qui présenterait ces significations. Elle dit qu'elle partira dès que ses problèmes de « cœur » seront résolus et attend pour cela tous les soirs un médecin chinois qui, sûrement, va la guérir. On ne sait alors si l'évocation concerne l'organe ou le siège des sentiments, sans doute cette vieille dame m'a alors touché. Elle affirme que là-bas, dans les Vosges, tout le monde attends son retour et que le maire prépare une grande fête à cette occasion. Elle n'a donc aucune demande, si ce n'est qu'on la laisse tranquille.

La problématique apparaît comme une rupture des liens évoluant vers un isolement progressif, une sémiologie proche d'un syndrome de Diogène en appui sur des idées aux contours délirants et un vécu persécutoire non systématisé. Le maintien à domicile était limite mais pendant toute la durée de ce suivi, Marguerite ne voulait pas entendre parler d'un quelconque placement. Notre objectif initial, issu d'un diagnostic partagé avec son médecin traitant et l'environnement, va être de se rapprocher de cette dame, de cultiver les éléments de rapprochement, de tisser un lien, d'évoluer vers une proximité relationnelle propice à une évaluation plus approfondie.

Marguerite avait donné son accord pour me recevoir à nouveau mais il subsistait une ambivalence que les VAD suivantes allaient contribuer à lever. J'abandonnais vite le principe d'un contact téléphonique préalable à ma visite devant le constat d'un renforcement de l'ambivalence que je croyais ainsi contribuer à lever. J'arrivais donc à son domicile où elle me recevait, sans hostilité manifeste, souvent chez elle mais tantôt sur le seuil ou dans la cour répétant qu'« *elle n'avait besoin de rien puisqu'elle allait bientôt partir* ». J'avais compris qu'il me fallait respecter sa temporalité, son territoire, son niveau de contrainte ressentie et le lieu qu'elle choisissait pour la rencontre. Devant ce tableau assez complexe, mon intention se traduisait par des visites à un rythme hebdomadaire.

L'inquiétude de l'environnement allait croissant. La mairie, le voisinage interpellait les services sociaux : « *Marguerite passait par la fenêtre pour aller dehors, déambulait dans le quartier, était dans l'errance...* ». Nous étions alors dans des temporalités différentes. L'inquiétude de l'environnement se situait dans une temporalité à court terme. Passé l'évaluation initiale qui éloignait la notion d'urgence, nous étions quant à nous dans une temporalité de construction du lien, à moyenne échéance. Dans le même temps, un bilan gériatrique était réalisé en hospitalisation et un traitement institué nécessitant un passage infirmier une fois par semaine à des fins de préparation du semainier.

Plusieurs signes m'ont fait interpréter son acceptation quant à ma présence et m'ont renseignée sur une levée progressive de son ambivalence.

Sans doute, le passage de sa part du vouvoiement au tutoiement en aura été le premier signe. J'acceptais bien volontiers ce changement qui m'inscrivait dans une proximité liée ici au rétablissement pour elle d'un marquage générationnel. L'idée de la fille imaginaire m'a effleurée mais l'ouverture de ce registre identificatoire favorisait un rapprochement.

Les marques d'hospitalité ensuite : la proposition renouvelée de m'asseoir là où nos échanges se tenaient debout. S'asseoir, proposer une place à l'autre, avoir une assise, tenir séance. La proposition d'un jus de fruit ensuite, comme marquage d'une hospitalité et de ma position d'hôte.

Je dois dire que j'ai du décliner régulièrement ces deux dernières propositions. En effet, l'hygiène approximative, les sièges incertains, les récipients douteux, la boisson hasardeuse étaient au-delà de ma capacité à faire avec ou à faire abstraction. Pourtant j'ai du développer cette capacité d'adaptation par ailleurs dans mon exercice à domicile d'infirmière en psychiatrie, mais chez Marguerite, je crois que la prégnance de cet inconfort m'en aurait fait perdre ma congruence et ma capacité d'accueil. Cet inconfort aurait simplement attaqué ma capacité de penser. Je choisissais donc de prendre mon intonation de voix la plus légère et la plus convaincante pour décliner et éluder ses invitations. La position debout me posait moins de problème tant elle répondait à la présentation sthénique de Marguerite qui s'animait en permanence dans un mouvement proche de l'akathisie.

Ces signes de construction de la relation m'ont permis d'accueillir une confidentialité soutenue. Celle-ci portait sur sa vie de femme, son couple, le regret toujours vif de ne pas avoir eu d'enfant. Elle dira à ce propos « *ces choses là on en parlait pas à cette époque* ». Elle abordera également des engagements moraux à valeur de pacte qu'elle se devait d'honorer et dont elle ne pouvait être délivrée. Des paroles tenues sur le lit de mort de ses proches (son mari et son frère). Celles-ci concernaient notamment la préservation du patrimoine et pouvaient expliquer sa volonté renouvelée de revenir dans sa région natale. Une volonté que je comprenais également comme une tentative de bouclage de son parcours de vie.

Cette parole résonnait également en moi comme un test de la valeur de mon engagement : allez-vous tenir parole ? Puis-je vous faire confiance ? Une teneur de la parole qu'elle me livrait pour que ces paroles nous tiennent également.

La régularité des visites et des échanges permettait également d'aborder des zones du quotidien en appui sur celui-ci. J'utilisais les objets présents dans la pièce, particulièrement ceux qui pouvaient contenir une charge affective, pour recueillir ses évocations et leur contenu de fragments de vie, et parfois pour mettre en dérivation un vécu douloureux. Ma visite constituait désormais pour elle maintenant un repère et une familiarité entendue ici non pas comme un manque de distance, mais dans le sens d'une présence connue, prévisible, non dangereuse, familière en somme.

Je reprenais avec elle les éléments d'inquiétude de l'environnement pour évaluation.

Tous avaient en commun qu'ils étaient en lien avec son animal de compagnie, son chat. Son chat qu'elle avait nommée « *mon gamin* ».

Ainsi, il lui arrivait de passer effectivement par la fenêtre de la salle de bain du rez-de-chaussée, laquelle était située à 50 cm du sol, à la recherche de son chat. Les déambulations correspondaient à une promenade habituelle vers son jardin non attenant à la maison. Quant aux errances, elles traduisaient un lieu de ballade régulier dans les vignes avec son chat qu'elle avait le souci de sortir.

Au décours de ce suivi, les dispositifs de maintien à domicile se sont remis en place progressivement. Les auxiliaires de vie ont été les premières à être réintroduites. Marguerite a pu reconnaître ses besoins manifestes en termes de santé. Elle a pu bénéficier alors d'accompagnements chez l'ophtalmo et le dentiste pour des soins. Le réfrigérateur désespérément vide a pu renouer avec sa fonction de conservation de quelques denrées. La prise d'un traitement a pu se réaliser de manière plus régulière après le repérage d'une difficulté motrice lors des manipulations liées à l'ouverture du semainier.

Les VAD se sont poursuivies à un rythme hebdomadaire et Marguerite a pu en éprouver la constance et la fiabilité. J'ai pu observer l'abaissement continu de son seuil de vigilance. Les mercredis, jour de ma visite, sont devenus repère pour elle. Elle me dira, chaque fois, « *Je sais que c'est mercredi, je me demandais si tu viendrais aujourd'hui...* »

Toi, tu viens pour rien...

L'ancrage de ce repérage, le renouvellement de ces propos de validation du suivi, les manifestations chaleureuses dans le contact lors de mes venues me renseignaient sur la construction du lien, l'investissement qu'elle en avait mais aussi sur ma responsabilité dans cet engagement de soins.

Je pouvais m'appuyer sur ce tissage relationnel et sur ces marques de confiance pour aborder des thèmes plus sensibles et autrefois inabordables, au premier rang desquels, l'hygiène.

Au vu de son aspect, la dernière douche devait remonter à un temps maintenant éloigné. Il restait ici et là des signes de coquetterie comme le vernis à ongles de couleur vive, le rouge à lèvres aux contours imprécis ou encore les chaussures à hauts talons qui contrastaient avec sa tenue vestimentaire. J'abordais cette question de l'hygiène à chacune de mes visites en m'appuyant sur cette coquetterie résiduelle. Les mécanismes de dénégation et une pudeur affirmée allaient rendre ma tâche complexe. Je finis par psychodramatiser la situation en feignant à plusieurs reprises de me mettre en colère sur des variations qui faisaient appel à la femme élégante qu'elle avait été et qui était encore en elle. J'évaluai la profondeur de sa pudeur en m'appuyant sur la relation établie, également sur ma position de femme et sur mon métier d'infirmière, en me proposant d'initier cette démarche d'accompagnement à l'hygiène avant d'envisager un possible relai.

Marguerite finira par accepter cette proposition à demi mots en fin de visite au moment de la séparation « *tu pourrais m'aider, là, maintenant ?* ». Un mode d'accès s'ouvrait, mon sens de l'occasion s'activait et me faisait donner une réponse dans la continuité de cette interaction. Marguerite éprouva des bénéfices immédiats à renouer avec les sensations du contact de l'eau et elle me témoigna des marques de gratitude. Le passage par sa chambre pour choisir des vêtements généra aussi une grande satisfaction « *regarde*

comme j'ai des belles affaires ». J'entendais ici la dimension d'une adresse à l'autre, à un destinataire pour cette coquetterie retrouvée.

Nous sommes à six mois du début de ce suivi. A plusieurs reprises, Marguerite me tiendra le propos suivant « *Toi, ce n'est pas pareil, toi, tu n'es pas obligée de venir. Toi tu viens pour rien, tu es mon amie, ma seule amie...* ». Marguerite avait repéré que mes visites ne portaient pas directement sur des éléments concrets de sa vie à son domicile et de son quotidien. Jean Furtos³ parle à cet endroit de pratique à mains nues quand il observe « *Il est vrai qu'il faut y aller, à domicile, avec un cadre dans la tête assez précis et souple, en perpétuelle évolution, qui permette de penser, de s'adapter à une pratique qui se fait tout de même à mains nues [...]* ».

Et j'avais eu beau me présenter comme une infirmière qui s'occupe « *du moral* », je ne suis pas sûre malgré cela d'avoir été entendue à ce titre. Il me semble qu'elle pensait que je venais pour elle, ce qui était aussi le cas. C'est ainsi que je comprends son témoignage à mon encontre dans la simplicité et la force d'évocation de son dernier propos. Lequel traduisait également le niveau d'esseulement qu'elle devait ressentir.

Au fil de ce suivi, les mécanismes dénégatifs se sont assouplis. Marguerite a pu reconnaître qu'elle n'y arrivait plus toute seule et valider son besoin d'aide. Elle a pu investir les différents intervenant(e)s au premier rang desquels les auxiliaires de vie. Les accompagnements de ces dernières lors des soins indispensables (ophtalmo et dentaire), les aides adaptées lors de la préparation de repas, les « petits riens » du quotidien avaient réhabilité leur place. La qualité de leurs attentions était ainsi à la mesure du sentiment d'empathie que Marguerite, à son insu, savait générer chez ses aidants.

Un sentiment que j'éprouve encore et qui, certainement, a été un moteur dans cette envie de faire vivre cette histoire clinique. Marguerite est décédée quelques mois plus tard suite à un malaise à son domicile. La population des personnes âgées est naturellement plus soumise à cet évènement de vie, à ce destin et dont la relation à la mort peut souvent être proche du tutoiement.

Les relais se mettaient en place, le partenariat était fluide, l'étayage au domicile était stabilisé, l'électroménager obsolète était renouvelé, les temporalités dans les approches étaient de nouveau synchrones, la présentation initiale s'était assouplie. La sémiologie d'appel était en grande partie levée. Ce jour là, elle ne répondit pas alors que sa maison était ouverte. Ce signe très inhabituel me fit alerter les secours, elle sera hospitalisée le lendemain et elle décèdera quelques jours plus tard.

2.2/ Violette

Violette, 80 ans vit en couple. Cette union doit approcher les soixante ans de vie commune. D'un mariage contracté très jeune sont nés trois enfants, deux filles et un garçon. Ce dernier est décédé d'un accident sur la voie publique en moto à l'âge de 38 ans, il y a une quinzaine d'années.

³ Furtos, Jean, « Hospitalisation en psychiatrie de secteur », Témoignage et élaboration d'une pratique à partir de vingt-trois ans d'expérience, *Dialogue*, 2011/2 n°192, pp 97-108. DOI : 10.3917/dia.192.0097, p 106.

Au moment de sa disparition, il devait prendre le relai et la succession de son père à la tête de l'entreprise familiale d'artisanat.

Violette est issue d'un milieu défavorisé, c'est à dire pauvre. Elle a connu un placement à l'âge de 14 ans dans une famille bourgeoise en qualité de « bonne à tout faire » comme elle me le raconte. Elle n'a pas pu faire d'étude et cette situation initiale vient expliquer pour une bonne part le lien de dépendance financière et sociale à son mari, qui lui, a hérité d'un patrimoine foncier et immobilier conséquent.

L'équilibre du couple s'est nourri de cette asymétrie et s'est structuré sur cette dépendance. Elle a élevé ses enfants et n'a jamais plus travaillé depuis son mariage. De son côté, son mari a toujours eu des relations extraconjugales durables que l'absence d'autonomie de la patiente a contraint d'accepter au quotidien. Une séparation n'était pas matériellement envisageable pour elle bien qu'elle y ait souvent pensé, me dira-t-elle.

Violette a été diagnostiquée il y a maintenant 18 mois comme porteuse de la maladie d'Alzheimer. C'est le service de la consultation mémoire qui nous l'adresse pour un syndrome dépressif associé.

Je rencontre Violette à son domicile, les plaintes mnésiques sont au premier plan, ce symptôme majeur la pousse à s'isoler. En effet, elle se plaint d'un défaut de reconnaissance faciale, elle dit ne plus reconnaître les visages de son village, ni les nommer. Cette situation lui génère un sentiment de honte et pour éviter d'être confrontée à ce sentiment, elle préfère s'isoler. Secondairement, cet isolement génère et participe à son tour d'une ahnédonie. Elle n'a plus envie de s'occuper, préfère ne rien faire et cette baisse des stimulations favorise à son tour les oublis au quotidien et les propos dévalorisants sur sa propre personne. Elle fait part d'un oubli à mesure qui s'avère à l'observation relever d'un oubli au quotidien.

Nous décidons au niveau de notre équipe de lui proposer un suivi sous forme de Visite à domicile infirmière tous les quinze jours. L'objectif de ce suivi est bien de la soutenir, elle et les aidants naturels (ses filles) et de contribuer à faciliter une verbalisation de ses vécus ainsi que d'objectiver l'évaluation de son évolution clinique. Les objectifs associés touchent à la mise en place d'un traitement antidépresseur, lequel s'avérera inefficace, et d'approcher la dynamique du couple dans sa conflictualité systémique.

Après plusieurs mois de ce suivi, je note un discours inchangé, en boucle, au niveau la thématique de ses plaintes centrales. L'isolement provoqué par l'évitement des situations d'interactions sociales se traduit par un repli auquel vient s'adjoindre maintenant une présentation clinophile (reste des heures entières allongée sur le canapé). Ce mouvement est aussi associé à une plainte algique massive d'origine articulaire qui vient rationaliser secondairement le repli et l'absence de sortie du domicile.

Le quotidien et ses exigences sont perçus avec une lourdeur croissante. La relation avec son mari suit cette dégradation, ils sont dans un évitement réciproque que ne rapprochent pas les rares et sporadiques échanges qu'ils peuvent s'adresser. A noter qu'il n'est jamais présent lors de mes visites.

Le quotidien se résume et se limite maintenant au flux d'images que déverse le téléviseur. Les émissions et séries qu'elle voit plus qu'elle ne les regarde viennent ainsi neutraliser la perception d'une temporalité résiduelle et recouvrir l'activité de penser.

Seul, le club du troisième âge (2 après-midi par mois) de sa commune lui permet de soutenir une extériorité et un lien minimum de surface sociale. Le Club représente sans doute ce marquage générationnel dans ce village où elle a toujours vécu et où elle

connaissait tout le monde. Elle ne participe pas aux activités mais elle y va, fait acte de présence. Elle dit se « forcer à y aller ». Le défaut de reconnaissance des visages semble se faire moins vif sur ce lieu.

Je remarque que ce défaut de reconnaissance n'est pas effectif avec ma personne, elle me reconnaît à chaque visite.

Enfin, nous notons que c'est le mari qui est en charge des courses du ménage, Violette participant à la rédaction de la liste des achats prévisionnels.

On peut repérer chez Violette, plusieurs symptômes évoquant un tableau de dépression importante : humeur dépressive, diminution de l'intérêt, ralentissement psychomoteur, perte d'énergie, sentiment de dévalorisation excessif, difficulté à se concentrer associés à un diagnostic de maladie d'Alzheimer.

S'agit alors de l'évolution de la dépression vers la démence ? (dépression pseudo-pseudo démentielle ?)

On sait avec Blandine Perrin⁴ que la dépression fait le lit la démence. Violette a certainement présenté un état dépressif dans les mois qui ont suivi le décès brutal de son fils. Elle est restée, semble t-il, sans appui au niveau de son mari en raison d'un lien déjà manifestement distendu et n'a bénéficié alors d'aucun soutien psychothérapeutique ni d'un traitement antidépresseur.

Nous avons, avec ces deux filles, lesquelles se montrent bien présentes pour la patiente, répété les tentatives de mobilisation sur l'extérieur. Celles ci se sont dirigées vers le marché du samedi, mais aussi le café juste en bas de chez elle où elle pourrait retrouver « ses copines » qui s'y retrouvent autour d'un café tous les matins. Ou encore se rendre au domicile d'une des filles à proximité, mais rien n'a fonctionné. La réponse reste un immobilisme massif et passif avec toujours la même question : « A quoi bon ? »

Devant la persistance de ce tableau, je décide avec mon équipe de rattachement, et, en accord avec la famille et le médecin traitant, du principe d'une hospitalisation en gériatrie. Cet objectif d'hospitalisation réunit plusieurs indications :

- Pratiquer un bilan des douleurs articulaires récurrentes, multiples et à l'origine de troubles du sommeil qu'elle évoque souvent.
- Mettre en place un traitement plus adapté à ses troubles et ses douleurs.
- Procéder à une évaluation de l'évolution de ses troubles cognitifs.
- Et surtout, provoquer une rupture ou plutôt une césure, une scansion dans la répétition de ce quotidien mortifère sur lequel nous restons maintenant sans prise.

Le médecin généraliste est surpris lorsque je lui décris le quotidien de cette dame. Il a principalement l'image qu'elle lui donne, quand elle se rend au cabinet pour renouveler ses ordonnances. La patiente reste hospitalisée trois semaines. Elle accepte sans réticence cette indication non sans souligner l'inutilité de cette mesure et de notre initiative.

L'hospitalisation permet d'objectiver les douleurs, il s'agit d'arthrose importante. Les douleurs touchent toutes les articulations avec une localisation élective sur les membres inférieurs.

⁴ Perrin, Blandine, *Dépression et personnes âgées*, Cours polycopié de Blandine Perrin, Diplôme Universitaire de psychiatrie du sujet âgé, Lyon, 16 janvier 2014.

Les troubles cognitifs se sont aggravés du fait de l'absence de stimulation liée à l'isolement et à cette forme de réclusion volontaire. Elle a toujours refusé de participer à un groupe de « stimulation mémoire » proposé par l'hôpital : « *a quoi bon ?..* »

Ce temps d'hospitalisation temps plein permettra également de mettre en place les aides au maintien à domicile qu'elle refusait jusque là, au prétexte qu'elle ne voulait pas que lui soient enlevées les quelques tâches quotidiennes qu'elle faisait encore (un peu de ménage, préparation de ses repas).

Ce temps de décalage d'avec la répétition d'un quotidien devenu à bien des aspects mortifère nous a permis de comprendre qu'elle était en fait déjà débordée par son quotidien et les tâches afférentes çà celui-ci, sans pouvoir le verbaliser.

Violette a vécu cette hospitalisation « *comme des vacances* » me dira t'elle, entendu ici comme un éloignement de la conflictualité conjugale incessante qui structure leurs rapports.

Dans ce mouvement, le traitement ATD a été arrêté et remplacé par la fille de la patiente par un traitement à base de phytothérapie (Griffonia), une aide ménagère est mise en place avec un temps initial de deux heures par semaine, un portage de repas est organisé tous les jours. Le passage infirmier quotidien pour la préparation du traitement qui était déjà en place auparavant, sera remis en place.

Cette hospitalisation a également permis une remobilisation sur le plan social : avec bien sûr le personnel soignant mais aussi avec une voisine de chambre, une offre de repas pris au réfectoire collectif, et avec la venue de visites de son village.

Ces éléments ont contribué à ce qu'elle puisse se remettre en contact avec son élan vital. Maintenant, Violette « s'oblige » à sortir tous les jours un peu : juste se promener, aller au cimetière sur la tombe de son fils, se rendre chez sa fille qui habite le même village. De même, elle vient de renouer avec ses anciennes habitudes relationnelles, dont « les copines » qui se retrouvent au café tout proche le matin.

La fille de la patiente se montre reconnaissante de cette intervention et de la décision d'hospitalisation qui a permis de sortir de cette spirale devenue mortifère. Ce nouvel élan a remobilisé la patiente et les acteurs de première ligne et a surtout permis de pouvoir entrevoir un « autre possible » La mise en place d'une APA (Aide Personnalisée pour l'Autonomie) a suivi dans le décours de cette hospitalisation. Bien sûr, la plainte dans le discours est toujours là.

Lors de ce suivi, la visite à domicile infirmière a facilité la mise en lien des partenaires et permis la réalisation d'un diagnostic partagé, lequel a vu acter la décision d'hospitalisation. Ce plan d'aide et de soutien a été mis en place au plus près des capacités d'accompagnement de l'environnement de proximité. Le médecin généraliste, par exemple, n'avait pas, de son cabinet, les éléments cliniques du quotidien de Violette, et au premier rang desquels, ceux qui intéressent l'hygiène au quotidien, devenue plus négligée et la tendance à l'isolement.

D'ailleurs, lors de mes dernières visites, Violette s'est montrée sous un jour où elle a pu faire preuve de coquetterie. Elle refuse l'aide directe à la toilette, mais c'est ici pour préserver son capital d'autonomie. La situation conjugale, elle, ne s'est pas améliorée.

Mon rôle d'infirmière en intervention à domicile a été ici de garder les meilleures conditions d'un maintien à domicile, souhaité par chacun. Le désir de mort, exprimé

antérieurement dans le discours autour du même scénario (Violette voulait faire comme le chanteur Claude François et s'électrocuter dans sa pièce d'eau avec un sèche cheveux) n'apparaît plus actuellement.

A ce jour, nous prévoyons des VAD régulières, à quinzaine pour confirmer la stabilité de cette amélioration, pour tenter aussi de travailler la participation de cette dame aux ateliers mémoire, d'entretenir l'investissement sur la vie extérieure qu'elle a un peu repris et enfin de maintenir et contribuer à restaurer l'estime de soi.

2/3 Capucine

Nous sommes interpellés pour cette dame par la maison de département. Capucine, 84 ans, vit seule avec son chien dans une maison individuelle en périphérie d'un petit village du bas beaujolais. Elle présenterait un probable syndrome dépressif associé à des troubles cognitifs. Elle est suivie à ce titre par la consultation mémoire depuis environ quatre ans et elle participe aux ateliers « stimulation » de juin à septembre de chaque année. Elle s'y montre assidue, un VSL (Véhicule sanitaire léger) assurant les transports.

Elle accepte volontiers de nous rencontrer.

Capucine est divorcée depuis plus de trente ans et elle a un fils unique avec lequel elle est en rupture totale de liens depuis peu : « *Il a mauvais caractère, il est comme son père* » dit elle sans aller plus avant quant aux raisons de cette rupture.

Elle a encore un frère et une sœur qui vivent dans la région mais sont âgés eux aussi.

Elle est en grande difficulté financière, quasiment en situation de surendettement sans comprendre pourquoi. Il s'avère qu'elle dépense des sommes inconsidérées essentiellement en achat de nourriture. Nous constaterons en VAD la présence de deux réfrigérateurs congélateurs constamment pleins. Elle explique à ce sujet « *avoir trop manqué pendant la guerre* ». Les entretiens nous apprennent qu'elle a vécu l'exode avec son cortège de déchirements et de situations à potentiel traumatique. Ils ont quitté en une nuit le domicile familial laissant là presque toutes leurs affaires. Elle dira à ce propos « *J'ai dû tout laisser, même mon baigneur* ». Capucine avait neuf ans, elle a dû laisser le seul jouet qu'elle devait avoir en sa possession.

Elle est très attachée à sa chienne, un teckel de neuf ans et les larmes la submerge quand elle en parle. Elle nous dit à son propos : « *C'est la seule chose qui me rattache à la vie, c'est l'amour de ma vie..* »

Elle n'a aucune demande comme la plupart des personnes qui nous sont confiées.

Une mise sous curatelle renforcée prendra vite effet devant les difficultés de cette dame à gérer ses finances et son quotidien. Une infirmière libérale passe quotidiennement pour l'administration du traitement. Une aide à domicile intervient trois fois par semaine. Cette dernière reçoit beaucoup d'agressivité quand il s'agit de faire le tri dans les denrées périmées et impropres à la consommation contenues dans les réfrigérateurs. En effet, Capucine continue de conduire et de procéder à son ravitaillement de manière inadaptée pour éviter le « manque ».

Au fil des mois, à raison d'une VAD tous les dix jours environ, nous tenterons de faire accepter à Capucine la curatrice, dont la nomination génère un mouvement persécutoire.

Nous tenterons de lui faire accepter plus d'aide, et l'idée de la nécessité de quitter à terme cette maison dont le loyer élevé menace son budget et son équilibre financier dans des délais maintenant rapprochés. Par ailleurs, cette maison en étage ne correspond plus à ses capacités physiques.

Au fil des mois, nous nous apercevons de sa grande solitude, de ses alcoolisations répétées, de son désinvestissement du quotidien, de la négligence de l'hygiène, des aliments moisis dans les casseroles, du déni des troubles ou de l'agnosognosie (?), des idées suicidaires sans scénarios fixes, du verni social qui se craquelle...

Elle refuse catégoriquement, du fait de la présence de sa chienne, l'idée ou le projet d'une entrée en institution. Nous proposons également une famille d'accueil qui se verra opposer le même refus.

Nous proposons une hospitalisation en court séjour gériatrique pour « faire un bilan général » (alcoolisations répétées, plaie à la jambe qui cicatrise mal, douleurs multiples dont elle se plaint). Cette orientation permettrait de mesurer si elle retire des bénéfices ou pas d'une vie en collectivité, elle refuse également.

Dans cette situation, ce sont bien les VAD qui ont permis d'objectiver l'ensemble de ces éléments qui passent habituellement inaperçus dans d'autres cadres d'investigation où elle reste en capacité de donner « *le change* ». Cette capacité résiduelle s'exprime dans ces situations sociales et elles lui permettent de maintenir sur un temps court un registre d'apparence renforcé par l'empreinte du déni. Ainsi, ni le médecin généraliste, ni le neurologue, dans leurs cadres d'interventions ne pouvaient objectiver les difficultés dans le quotidien et la part déficitaire. Seul, le recours à la VAD, permet dans ces tableaux de mieux approcher le réel des habitudes de vie, la vulnérabilité et la précarité de ces existences.

La rupture d'avec son fils constitue sa principale source de souffrance, elle ne voit plus ses petits enfants. Seule, la présence inconditionnelle de son animal lui apporte un peu de réconfort. Elle vit douloureusement cette situation de solitude et les moments répétés d'effondrement lors des entretiens sont là pour en témoigner.

Lors de ma dernière visite, je m'étonne de ne pas voir la chienne de Capucine qui, habituellement, se fait entendre !.. Capucine s'en étonne elle aussi mais semble ne pas avoir remarqué cette absence. Nous finissons par la retrouver, au bout d'un certain temps, enfermée dans la cave. Capucine ne comprends pas, elle cherche vainement une explication sans pouvoir mobiliser de souvenirs dans sa mémoire déjà touchée par l'avancée de la maladie, elle change alors de sujet de conversation...

Cette situation constitue un fait nouveau, est-ce là la marque qu'une limite est atteinte ? Les prochaines VAD vont peut-être me permettre de confirmer ou d'infirmer si un tel incident se produit de manière répétée ou reste isolé.

Au jour d'aujourd'hui, nous sommes toujours dans l'interrogation au sujet de cette dame.

Comment se positionner ? Que lui proposer qui soit le moins traumatique pour elle puisqu'il nous semble que toute proposition d'orientation sera vécue comme violente...

Sa situation financière ne permet pas d'envisager un étayage conséquent à domicile, elle minimise énormément ses difficultés, elle se met probablement en danger avec l'utilisation du gaz ainsi qu'avec la conduite automobile du fait des oublis à mesure et il n'y a pas vraiment de famille sur laquelle on puisse s'appuyer.

Nous tenterons donc d'aborder la situation de Capucine en réunion dite « réunion de cas complexes » pour essayer dans ce cadre partenarial de trouver de nouvelles pistes

3/. Particularités de la VAD infirmière en psychogériatrie.

3.1 L'appui sur les tiers

3.1.1 Les professionnels et les partenaires.

Nous avons vu dans la partie introductive l'importance quantitative et qualitative des partenariats dans les orientations et les suivis de cette population. Confrontés à ces situations cliniques, les différentes compétences liées à nos champs professionnels se complètent et s'étayent mutuellement. Nous avons besoin d'eux et ils ont besoin de nous. Ce constat et cet exercice, organisé sur une pratique clinique partagée, limitent les phénomènes de surplomb et les ascendances disciplinaires. Les collaborations avec les partenaires s'activent dans les trois temps du soin. Avant la rencontre inaugurale par la mise à disposition des éléments cliniques qui motivent l'intervention. Pendant l'intervention quelque fois conjointe avec un autre professionnel. Ce binôme d'intervention étant discuté entre nous quant à sa pertinence attendue. Après les interventions pour partager nos observations et enrichir de nos apports croisés les compréhensions mutuelles.

Ce partenariat connaît sa pertinence et son efficience dans certains moments décisionnels aux arbitrages complexes. Il en est ainsi, notamment, dans les décisions d'hospitalisation. La mobilisation des partenaires et des acteurs de la décision permet une fluidification du parcours pour la personne âgée. C'est à dire, pas de temps mort, des services mobilisés, un accueil et une réactivité au plus près du parcours de soin, une logistique qui limite les pertes de temps liées à la recherche de lits toujours trop rares et une qualité d'accueil préservée pour la personne âgée.

Par ailleurs, la rencontre au domicile avec des partenaires peut constituer dans notre pratique un lieu central et électif de l'établissement et de la construction de ces coordinations et d'un réseau autour de la personne soignée. Cette pratique nous oblige à un saut qualitatif dans nos relations de partenariat, il ne s'agit plus alors de **faire** du partenariat, mais **d'être** partenaire.

Enfin, il nous faut aussi travailler à des passages de relai lorsque nous avons rempli nos missions auprès de certaines personnes âgées. Mais ce terme de relai doit alors se poser dans des termes plus précis. *Que s'agit-il de relayer ?* Notre expérience nous montre que nous pouvons passer un relai en lien avec ce que nous avons pu construire dans la relation. **Sans construction du lien, il n'y a rien à relayer.** C'est donc au nom de cette construction qu'un relai peut prendre sens et forme. A défaut de contenu, il s'agit d'une simple orientation.

3.1.2 Les familles et les aidants naturels.

L'appui sur les familles et les aidants naturels constitue une intervention auprès d'interlocuteurs de première ligne. Les situations de terrain connaissent alors une diversité particulièrement importante quant aux ressources disponibles. Nous pouvons rencontrer des proches qui oscillent entre un surinvestissement marqué par une suppléance constante à un délaissement de leurs aînés. Ces situations marquent alors les dynamiques intrafamiliales doublées des effets des évolutions sociétales. Notre travail avec les proches

s'adaptera entre un soutien et une mobilisation des ressources à une mise à distance quand les proximités se font délétères.

3.2 Des invariants dans le travail à domicile

3.2.1 Travailler à être accueilli pour accueillir à son tour, la recherche d'un « consentement » et le travail sur la position « d'hôte ».

La visite à domicile reste un moment du soin où la symétrie de situations avec le patient peut être la plus palpable. Ce contexte particulier permet au patient de ne pas être captif du cadre proposé, cette possibilité de retrait préserve les défenses et est susceptible d'ouvrir à la relation. La position d'hôte renverse ici la question de l'accueil, dans le respect de la différenciation des espaces, le soignant doit travailler la capacité à être accueilli pour pouvoir accueillir à son tour. Le professionnel est en quelque sorte délogé de son cadre d'appartenance institutionnel.

Pour Bernard Ennuyer⁵ cette dimension de la visite à domicile est abordée en ces termes : « *Le domicile nous ramène donc, à sa double inscription collective et individuelle. C'est à la fois un lieu collectif d'inscription juridique, sociale, familiale, un lieu d'identité sociale, mais aussi un lieu de souveraineté et d'identité personnelle et notamment un lieu d'identité psychique.* »

Le domicile est donc bien un lieu de souveraineté et il est important d'intégrer cette dimension dans nos pratiques de soins. Ainsi, par exemple, aussi bien pour Marguerite que pour Capucine, l'accès aux réfrigérateurs (du vide ou trop plein) de ces dames a nécessité bien des étapes préalables pour évoluer vers un consentement distancié des vécus persécutaires. Un travail de construction d'une proximité alliant des dérivations multiples, favorisant des points de rencontre et éloignant petit à petit une menace d'intrusion et de jugement.

3.2.2 Les éléments du cadre lors des VAD et la délimitation et la recherche d'un accord.⁶

3.2.2.1 Le cadre du côté du soignant

Il convient de souligner ici que le Cadre des Visites à Domicile, comme tout cadre thérapeutique repose et répond à des caractéristiques qui lui donnent sa valence thérapeutique. Ces éléments caractéristiques dans notre pratique sont les suivants :

- Son énoncé en début ; La visite à domicile est un lieu de parole et d'échanges. Parler pour essayer de comprendre, parler là où notre expérience pourra peut-être aider, quitte à s'appuyer et à intervenir sur des éléments supports du quotidien ou du domicile. Il s'agit d'énoncer les règles de fonctionnement : rythmicité et régularité

⁵ Ennuyer, Bernard, « *Repenser le maintien à domicile- Enjeux, acteurs, organisations* », Editions Dunod, 2^{ème} édition, paris, 2014, 310 pages, p 16.

⁶ Merci à Philippe Quinet et Jean-Paul Lanquetin pour leur appui réflexif sur les parties 3.2.2 et 4.1 à partir de leurs travaux sur les VAD. Voir à ce propos, l'article de cadrage de ces auteurs, « Les visites à domicile – De quoi parle-t-on ? », *Santé Mentale*, n° 170, septembre 2002, pp 20-27.

des VAD, durée de l'entretien au domicile, finalité, durée du suivi sous cette modalité de soin, nombre et identité des intervenants. Le Cadre devient "Muet" par la suite et ne fait parler de lui que lorsqu'il est menacé.

- La vérification de ses caractéristiques ; Invariable et contenant. Nous maintenons nos engagements de fiabilité dans le sens d'un « dire ce que l'on fait » et « faire ce que l'on dit »

- L'éprouvé de son étanchéité ; sa capacité à résister aux attaques (aussi bien internes qu'externes) et à mettre en capacité d'analyse ce qui s'y déroule. Ces attaques peuvent aussi être portées par les tiers présents à domicile, quelques fois famille, voisin.

Nos visites à domiciles sont effectuées généralement sur indication médicale. Elles représentent l'outil électif d'intervention sur notre ligne de soins.

Au vu de ses qualités, nous pouvons affirmer que les VAD représentent un soin infirmier :

- dense par l'immédiateté des affects auxquels elles nous confrontent et la gestion des charges psychiques et mentales que ces confrontations ne manquent pas de générer.

- complexe par la nécessité d'un cadre interne d'autant plus affirmé que le cadre institutionnel s'estompe et s'efface dans cette figure du « délogement » pour les professionnels. Les VAD nécessitent la reconnaissance de ce travail psychique particulier.

- technique par l'entraînement à la question de l'entretien, individuel ou familial.

3.2.2.2 : Les éléments d'appropriation du cadre du côté du patient.

L'appropriation des éléments du Cadre par le patient est un repère clinique important.

Si comme tout cadre, celui-ci a vocation à être transgressé, son acceptation progressive a valeur symbolique d'adhésion au soin, et signe la part active que la personne âgée peut y prendre alors. Dans notre expérience, cette appropriation peut se traduire, par une diminution des éléments parasites à l'entretien (bruits, inconfort, odeurs), une ouverture sur l'environnement immédiat (jardin, potager, extérieurs, espaces moins public), voire par la proposition d'une boisson d'accueil (Cf. le cas clinique de Marguerite) ou la remise d'objet de gratitude. Dans notre pratique, elle peut passer aussi par l'offre de quelques produits du jardin.

Enfin, c'est aussi les manifestations d'un témoignage de confiance dans la confidentialité soutenue des propos abordés, ainsi que dans l'identification de l'interlocuteur là où les processus dégénératifs peuvent altérer parallèlement cette capacité.

3.2.2.3 : Le principe du triple accord comme élément cadre.

Les visites à domicile de suivi reposent sur le principe que nous pouvons nommer à trois niveaux :

- 1) L'accord du médecin psychiatre qui va d'abord indiquer et valider cette modalité de soins et valider dans un deuxième temps le choix non interchangeable ou faiblement interchangeable des acteurs du dispositif.
- 2) L'accord du patient pour ce type de soin. Il suppose un engagement d'ouverture à ce type de soins, et passe par une garantie d'ouverture, au moins de sa porte, au seuil de la relation.
- 3) L'accord du soignant infirmier qui organise le suivi souvent à partir d'une première rencontre inaugurale.

La pratique de la visite à domicile s'établit principalement sur un **lien de "libre consentement"** - paradoxe évalué à chaque instant de la prise en charge de manière à en intégrer l'ambivalence.

3.2.3 La clinique de la VAD

-L'habitat et l'évaluation de l'autonomie,

L'intervention au domicile du patient impose de tenir compte des notions de territoire, d'espace et d'appartenance comme autant d'espaces de réalité psychique. Jean Furtos ⁷ résume ainsi ces données ; « *L'accueil ne nous est pas acquis, nous nous asseyons sur des chaises, des fauteuils qui ne sont pas les nôtres, avec les règles d'une proxémique⁸ que nous ne maîtrisons pas* ».

3.2.3.1 : L'habitat, les niveaux d'investissement et les territoires du moi qui s'y rapportent :

“ Le "à moi" qui signe l'appartenance. Il s'agit d'une délimitation d'un territoire dans lequel nous ne sommes pas conviés. C'est un lieu délimité par une frontière symbolique où sont déposés les objets internes du patient. C'est le lieu clos de l'intimité, véritable sanctuaire, crypte où toute intrusion serait ressentie comme une intrusion ou une effraction. A l'exemple de cette personne âgée qui parle de sa chambre où sont déposés ses trésors et dans laquelle il va se réfugier, retrouver une nostalgie perdue.

C'est bien cette clôture qui, nous tenant à l'écart, la protège et l'enferme à la fois. Il faut attendre sur le seuil qu'elle accepte de nous livrer passage, et cela peut prendre quelque temps...Nous retrouvons ici la question du repérage et du passage de ces seuils, seuil de l'immeuble, seuil du domicile et de la maison, de l'entrée et seuil de la pièce comme autant d'éléments au seuil de la relation.

“ Le « chez moi » ou le « chez soi » signe l'identification de la personne à son lieu d'habitation. C'est la représentation de l'ordre ou du désordre interne projeté hors de soi, du désordre psychotique, au désordre du Diogène à l'agencement quasi obsessionnel.

⁷ *Ibid*, p 100.

⁸ La proxémie, concept développé par Edward Hall, voir à ce propos « *La dimension cachée* », Collection Point, Paris, Edition Le seuil, 274 pages.

Le « chez moi » prend ici la même valeur que le « chez soi ». Un « chez soi » est donc essentiellement aussi un « ses choix » pour Bernard Ennuyer⁹ lorsque cet auteur nous dit : « *Le "chez soi", c'est donc essentiellement le lieu où on a la responsabilité de choisir qui entre où qui n'entre pas et de refuser de recevoir par exemple des gens de la famille ou des professionnels étrangers, indésirables...C'est donc avant tout le lieu de "ses choix" ».*

A l'occasion de ma pratique en CMP des VAD en psychiatre adulte, j'avais pu repérer trois niveaux d'investissement de cet espace habitable dans une clinique marqué par le champ de la psychose. Ceux-ci concernaient *le dortoir*, c'est-à-dire l'investissement minimal du lieu réduit à sa plus simple expression. *Le logement*, la personne loge, il n'existe pas de sentiment d'appartenance. Le niveau utilitaire est associé au niveau fonctionnel. On peut tout faire (recevoir des convives), mais le lieu est impersonnel. Et *l'habitat*, c'est-à-dire la capacité d'utiliser l'espace attribué dans toutes ses dimensions et d'y ajouter sa touche personnelle. Tous les lieux sont utilisés et investis, et du jeu, de la mobilité est possible entre les différentes attributions fonctionnelles. Dans notre clinique de la personne âgée, nous retrouvons bien cette dimension de l'habitat, dans une mobilité certes réduite mais avec une charge d'objet à connotation affective majorée. Le poids des histoires singulières, une omniprésence des souvenirs ou de support à la mémoire se font alors sentir et peuvent constituer des supports pour renouveler les modes d'accès à la personne âgée (Cf. le cas clinique de Marguerite).

Nous remarquons à cet endroit que le changement de pièces lors du déroulement de l'entretien agit comme une métaphore du mouvement psychique ainsi mobilisé. La mobilité dans les lieux correspond à une mobilité psychique retrouvée ou réamorcée, c'est alors le temps d'un changement de teneur, de registre, voir le temps d'un nouveau projet, en tous cas d'une sémiologie signifiante.

” **La "Place"** : Il y a deux types de places, celle de la personne et celle qui nous est proposée, désignée. Elles ne sont pas interchangeables et se fondent sur le respect du code familial. Respect des places attribuées à l'intérieur de la famille. La place du père à table, le fauteuil de l'aïeule, du disparu ... et le respect de l'intimité de la famille dans ce qu'elle est en train de vivre. Cela passe aussi par le respect du code culturel (modification de la désignation des rôles et des places en fonction de la culture).

3.2.3.2 : L'appui sur le personnel et les objets d'hospitalité

Une des particularités du domicile réside dans la prise en compte de la codification des jeux autour de la position d'hôte dans sa double acceptation. Celui qui reçoit et celui qui est reçu, au premier rang desquels, **le jeu autour des objets d'hospitalité** – Nous entendons par objets d'hospitalité ou objets domestiques les boissons protocolaires, les objets primaires autour de la faim et de la soif (avec leur significations associées) liés à la position d'hôte.

⁹ Ennuyer, Bernard, « *Repenser le maintien à domicile- Enjeux, acteurs, organisations* », Editions Dunod, 2^{ème} édition, Paris, 2014, 310 pages, p 20.

Il s'agit de se situer dans une **acceptation mesurée** en se positionnant entre le refus qui bloquerait la relation et l'acceptation massive qui annulerait la nature du lien thérapeutique. Il s'agit ici de reconnaître la valeur symbolique de ces objets et de travailler leur force d'échange.

A chaque rencontre, c'est par et dans la négociation et les transactions autour des enjeux d'approvisionnement mutuel que va s'éprouver la confiance. L'aménagement d'un cadre ou la confidentialité pourra se déployer, tient compte de cette gestion de la réalité, de l'expression de la civilité, et de la part du don.

Enfin, au delà des objets d'hospitalité, notre pratique nous confronte régulièrement à la mise à disposition d'objets de reconnaissance. C'est particulièrement vrai avec cette partie de la population qui possède un potager comme lieu de production locale mais aussi d'exercice physique. Il n'est pas rare de repartir avec quelques produits du jardin.

3.2.4 La visite à domicile d'évaluation (seul, avec des partenaires, entre membres de l'équipe)

Cette notion d'évaluation nécessite un propos liminaire. La notion d'évaluation est très prisée dans le discours clinique actuel avec sa valence à la rationalisation médicoéconomique. Notre clinique nous enseigne de prendre quelques distances avec ce terme quand il en vient à prendre la forme d'une injonction. Il est effectivement de plus en plus rare que nous réalisons une évaluation lors d'une seule visite. La multiplicité des paramètres et des variables de situation de vie nous invite à renouveler notre démarche afin d'en limiter les effets d'interprétations univoque, et donc hâtifs.

Plus qu'évaluer, notre travail consiste à prendre « la mesure des choses » (cf., cas clinique de Marguerite et de Capucine) et à se construire une représentation de la problématique psychique de la personne que nous sommes amenées à rencontrer. Nous reprendrons à cet endroit le regard que porte Bernard Ennuyer¹⁰ lorsqu'il nous dit : *« Pour nous, il s'agit en effet de mesurer au sens de modération, au sens d'essayer de prendre la mesure des choses, de prendre la mesure de ce qui se passe, au sens d'avoir barre sur les choses afin de pouvoir "prendre des mesures". En ce sens, l'évaluation serait synonyme de maîtrise d'une situation, dont on verra pour l'essentiel que son essence justement est de nous échapper, afin que le sujet âgé, qu'on essaie d'objectiver, reste, malgré tous nos efforts pour en faire un objet, objet d'évaluation entre autres, un sujet dont la plupart des déterminations nous échappent complètement ».*

La VAD et l'évaluation clinique

En gérontopsychiatrie mobile, la VAD de première intention consiste en l'évaluation de nouvelles situations que les partenaires ou les familles nous signalent.

La décision de VAD fait suite à un signalement téléphonique ou bien, elle peut être présentée directement par des tiers relatant une situation nécessitant a priori l'intervention du champ de la psychiatrie, lors d'une réunion. Les éléments qui motivent la demande d'intervention sont notés, parfois discutés en équipe quand la temporalité d'action le

¹⁰ Ennuyer, Bernard, « Repenser le maintien à domicile- Enjeux, acteurs, organisations », Editions Dunod, 2^{ème} édition, Paris, 2014, 310 pages, p 201.

permet, et donnent lieu à une réponse dans un délai le plus proche possible, soit dans la semaine, mais non dans l'immédiat après-coup de cette annonce. La VAD d'évaluation intervient en dehors d'un contexte d'urgence immédiate. La réactivité à délai raisonnable ou court constitue une garantie de service public en termes d'accès aux soins. Elle permet de limiter parfois la constitution d'une sémiologie plus bruyante et elle crédibilise notre action auprès des aidants et des partenaires.

Cette modalité d'intervention psychiatrique consiste en un mode de réponse rapide le plus souvent infirmier, quelquefois médico-infirmier ou psycho et infirmier. Ces interventions constituent le cœur de notre activité. Cette VAD a une fonction d'évaluation et de recueil des éléments complémentaires nécessaires à l'élaboration d'une réponse thérapeutique, médicamenteuse et parfois à l'orientation la plus adaptée à la situation.

Ces modalités de réponse dans la proximité et la réactivité justifient l'existence de notre ligne de soins. Elles sont à l'évidence les seules possibles devant des situations cliniques de phobies sociales majeures, de dépression sévère, de repli social, ou encore aux constitutions des syndromes de Diogène¹¹ chez certaines personnes âgées. Plus généralement, elles permettent un accès aux soins là où les personnes ne seraient pas en capacité d'avoir ce recours.

En deuxième intention, la VAD d'évaluation peut concerner également des personnes âgées déjà connues et traversant un épisode de perturbation importante et/ou inhabituelle de nature à alerter l'équipe de géro-psycho psychiatrie. C'est ici le côté inhabituel qui retient l'attention de l'équipe, et c'est bien le partage du sentiment d'inquiétude qui objective le niveau d'alerte et devient l'élément de repérage clinique. L'éprouvé partagé dans l'équipe devient porteur de sens et de signification et agit comme un indicateur.

La VAD peut alors éviter la rupture, permettre de signifier la permanence de la préoccupation soignante et sa continuité. Ce mode d'intervention permet, souvent après des sollicitations téléphoniques préalables, de raffermir un lien distendu ou de soutenir une relation qui se délite

4/. Les particularités

4.1 : Les principaux objectifs de soin en VAD

La VAD entre Prévention et Soins...

Les VAD ont pour but et pour fonction :

- **d'aider à la prise de conscience des difficultés personnelles.** Il s'agit alors d'un temps d'écoute du sujet à valeur thérapeutique visant à lui permettre de discerner ce qui lui revient dans les situations qu'il vit.

¹¹ Le syndrome de Diogène apparaît dans la littérature en 1975 introduit par Clark. Il se caractérise notamment par une forte négligence quand à l'hygiène, une accumulation d'objets hétéroclites, un isolement social et un refus de toute aide associé à une dénégation,

- **de prévenir le déclenchement d'états aigus** par le repérage des situations anxiogènes ou problématiques pour le sujet ; et le cas échéant de favoriser une (ré)-hospitalisation dans de meilleures conditions. (Cf. le cas clinique de Capucine).

- **d'éviter ou de limiter la blessure narcissique liée à la décompensation aiguë** et se soldant le plus souvent par une hospitalisation sans consentement.

- **de proposer à la personne des opportunités d'expérimentation relationnelle autres que celles qu'elle vit au quotidien.** Le changement d'interlocuteur, sa fonction spécifique et la mission qui lui est confiée par l'équipe font de l'infirmier une surface de réception, d'accueil et d'amortissement des projections de toute nature que lui adresse le patient.

De ce fait, ces expérimentations relationnelles permettent à la personne âgée à la fois de déposer sa souffrance, sa violence, ses émois de haine ou d'amour et d'expérimenter d'autres types de relation qu'ils soient de test, de tentatives de séduction, d'étayage, de fuite, mais aussi de confiance dans l'abaissement du seuil de révélation et de dévoilement.

- **de proposer une orientation quant aux choix de la personne**, c'est-à-dire l'aider à opérer ses choix en tenant compte de la réalité de ses aspirations, de ses capacités d'adaptabilité et des ressources de son environnement.

- **d'aider le sujet dans "l'ici et maintenant" de la relation à clarifier ses désirs**, contribuer à mettre des mots sur ses angoisses, soutenir ses quêtes du sens pour supporter sa souffrance, et repérer ses mouvements affectifs internes. Il s'agit de favoriser la possibilité de s'inscrire ou de reprendre un "fil narratif", de se raconter encore et encore en présence d'un autre dans l'écho imparfait de cette image. Ce moment constitue un temps précieux pour recueillir la volonté de la personne âgée quand à ses choix de vie et à leurs compatibilités. (Cf. également le cas clinique de Capucine).

- **d'aider le sujet à découvrir et reconnaître les mécanismes qu'il crée (répétition, ...)** afin qu'il puisse élaborer par lui-même des stratégies de dépassement ou d'adaptation de ses difficultés personnelles.

- **de soutenir le patient dans l'observance médicamenteuse.** Dans un premier temps, l'infirmier peut et doit bien sûr s'inquiéter de la prise médicamenteuse devant la présentation clinique d'un patient. Puis, dans l'appropriation progressive du cadre des visites à domicile et l'adhésion au soin qu'elle entraîne, nous avons pu constater que c'est alors le patient lui-même qui nous parlera de « son » traitement et commentera les évolutions de celui-ci, ses réactions.

4.2 : Les particularités du travail infirmier à domicile et l'utilisation du domicile comme support de la visite.

L'intervention au domicile permet ainsi une évaluation de l'autonomie, de la capacité "à se débrouiller" au quotidien, à se repérer, s'organiser. La visite à domicile vise non seulement le maintien des acquis mais aussi le développement d'autres compétences à être, dans la gestion de son habitat, dans l'établissement d'un cadre de vie plus adapté aux besoins de la personne.

Le travail se situe dans l'intentionnalité de mettre en place un espace de proximité propice à une meilleure acceptation de la visite et de ses objectifs. Le terme « *d'infirmière du moral* » revient souvent dans mes modalités de présentation. Il s'agit ici pour moi de m'adapter aux situations et aux niveaux de langage de mes interlocuteurs et de signifier mon champ d'intervention sans susciter d'emblée un mouvement d'incompréhension. La position d'infirmière me permet d'endosser une charge symbolique moins forte que pour les métiers médicaux. Si cette position fait moins autorité, elle me permet plus facilement d'adapter mes répertoires de ressources dans un abord moins médicalisé. Ces mouvements de déport me permettent de revenir sur la personne et sa problématique. L'appui sur des jeux identificatoires de type générationnel « *Vous pourriez être ma fille...* » peuvent s'avérer également facilitant. Comme pour les situations de Marguerite et peut être celle de Violette, ce passage de mon statut à ma place générationnelle, ouvre un espace qui s'avère alors fécond.

D'un point de vue dynamique, la pratique à domicile repose sur le statut d'indécidabilité lié à la place de l'intervenant à la fois hôte et soignant. Comme le souligne Pascal Roman ¹² « *La dimension de l'indécidabilité permet de soutenir une démarche créative/créatrice (l'aire transitionnelle d'expérience comme soutien au travail de symbolisation)* ». La visite à domicile rend saillant cette dernière dimension et nous savons depuis D.W.Winnicott ¹³ (1975) l'importance de ces espaces potentiels ou transitionnels dans nos pratiques de soin, et cela, particulièrement au niveau infirmier.

5/. Des questions éthiques

La question des limites du maintien à domicile procède d'un exercice d'arbitrage récurrent dans nos exercices professionnels. Cet exercice doit prendre en compte des exigences au potentiel souvent contradictoire entre d'une part le respect de la liberté individuelle de la personne âgée et d'autre part la nécessité d'une protection quand les situations confrontent à un trop haut niveau d'exposition aux risques du fait des vulnérabilités. Chaque situation est à ce titre unique, particulière et nécessite un renouvellement des considérations liés à l'appréciation d'un contexte toujours singulier.

Dans tous les cas, nous savons que le domicile reste un lieu de construction identitaire pour la personne et aux yeux des tiers. Nous gardons présent à l'esprit lors de ces opérations partagées d'arbitrage d'évaluation des limites d'un maintien à domicile les enseignements que nous livre Bernard Ennuyer citant C.Vincent. Ce dernier nous rappelle : « *Le changement de domicile quelle qu'en soit la raison, deuil, divorce, déménagement imposé, incapacités physiques et psychiques trop importantes, etc., est "un des grands traumatismes de la vie parce qu'il soulève des émotions, bien plus que des objets et de la poussière" » [...] Alors, partir de son domicile contre son gré, n'est ce pas aussi mourir un peu, beaucoup,...ce qui nous amène à parler de l'entrée en institution d'hébergement*».

Les éléments sur lesquelles nous prendrons alors appui pour tout arbitrage décisionnels participeront d'une appréciation circonstanciée et collective de la situation. Ce

¹² *Ibid*, p 39.

¹³ Winnicott, Donald.Woods, 1971, *Jeu et réalité*, Paris, 1975, Edition Gallimard

collectif de personnes alliant la personne âgée autant que faire se peut, les partenaires notamment médico et sociaux et les aidants naturels

6/Les axes de travail et leur temporalité ; le court terme, le moyen terme et la crise

Ces trois axes sont repérés ici de manière schématique afin de favoriser une lisibilité de notre activité lors des visites à domicile.

- Au niveau du court terme, soit pour la moitié de ces situations, les propositions de soins se limitent à quelques visites. Dans ces cas, notre présence est assez bien comprise, elle peut s'appuyer sur la famille présente ou un partenaire social. L'axe de travail est alors du côté de l'évaluation et de l'orientation. L'aide à l'élaboration de la problématique, l'aide à l'orientation et à la mise en place d'un réseau, au premier rang desquels les collaborations avec les médecins généralistes, l'adaptation ou la mise en place d'un traitement suffisent à l'amélioration notable des situations. Une intervention limitée pour une aide majoritairement significative.

- Le deuxième axe concerne les suivis sur une période plus conséquente que nous situons de trois mois à un an pour une rythmicité de visites qui reste très variable, de une fois par semaine comme dans le cas du suivi de Marguerite à une fois tous les deux mois. Les premières visites travaillent la question de la compréhension de notre démarche et visent à affirmer la spécificité de notre rôle, notamment les différenciations avec les autres intervenants et les familles souvent mobilisées. Outre le recueil de données sémiologiques qui nous est souvent renseigné par l'observation du domicile, cette intervention *in situ* nous permet de traiter avec les éléments du réel de l'environnement comme dans le cas du chat de Marguerite.

Mais la principale finalité clinique du travail en visite à domicile demeure l'appréhension du sujet âgé dans son environnement familial. Travailler à être accueilli pour pouvoir accueillir à notre tour. Un travail de construction du lien qui s'effectue par petites touches et par une régularité. Une relation qui évite les effractions, ou les limite à leurs forces d'interpellations et de significations, à l'image de Marguerite et de l'hygiène. Le temps est alors un allié comme le constate Béatrice Jouglà-Roux et Alice Bon¹⁴ « *En général, il faut du temps et une certaine constance pour que le soin soit effectif. [...] Et, on l'a vu, il faut du temps pour pouvoir créer, sans faire effraction, un travail de lien. La permanence. Les personnes âgées prises en charge doivent être sûres du lien qui les relie à l'autre* ».

Il nous faut donc composer avec cette réalité clinique et notre cadre de travail. **Travailler avec le temps, mais pendant un temps limité.** Les missions d'une équipe de gérontopsychiatrie mobile ne sont pas celles d'une équipe de CMP dans le cas de suivi de patient ou il existe une clinique dans la durée. La question du relai peut se poser vers d'autres intervenants.

- Le dernier axe, moins fréquent, concerne le temps de la crise. Un temps synchronique en lieu et place d'un temps diachronique. Le signalement arrive tardivement, le processus pathologique est très engagé. La famille ou les aidants sont au bord de

¹⁴ Jouglà-Roux, Béatrice, Bon, Alice, « Place de la prise en charge à domicile dans l'activité d'une équipe de gérontopsychiatrie de secteur », *Pratiques en santé mentale*, mai 2010, n°2, pp 41-45, p 44.

l'épuisement et leurs capacités d'accompagnement sont dépassées. La sémiologie est bruyante avec souvent une opposition et un déni des troubles. Les limites du maintien à domicile sont atteintes et des réponses doivent être apportées. Celles-ci s'organisent généralement autour de visites très rapprochées, quotidiennes, pendant une durée de quelques jours. Le temps d'instaurer puis d'adapter un traitement, d'évaluer ses effets. Le temps d'essayer d'établir un contact avec le patient et d'évaluer les alternatives au maintien à domicile, avec quelquefois l'organisation et le recours à une hospitalisation en milieu général, rarement en psychiatrie, souvent en préalable à un recours à une institution. Ces situations restent heureusement peu fréquentes car leur coût en termes psychique, décisionnel, émotionnel et organisationnel est important.

7/. Conclusion

La visite à domicile mobilise tant le patient ou sa famille que le soignant par la potentialité intrusive inhérente à ce mode d'intervention. Nous pouvons être attendus, mais plus rarement « invités ». Cette place se travaille, mais parfois sans succès et il nous arrive aussi d'être éconduits, rejetés. Cette dimension n'est jamais acquise et cette question se réactualise pour toutes les nouvelles demandes qui nous sont adressées.

Mais, au delà de cette dimension, la visite à domicile constitue une modalité de soin souple dans sa forme, plastique dans sa réalisation, et toujours riche d'enseignement. Cette pratique de terrain s'avère constituer parfois une pratique tout terrain, elle constitue néanmoins la manifestation d'un souci du corps social pour nos aînés. Nous notons que cette intentionnalité, particulièrement quand elle est soutenue de notre côté dans une légèreté apparente, favorise une qualité d'accueil qui ouvre à des espaces de rencontre. Ce sont alors des parcours de vie, des trajectoires qui nous sont livrés, des voyages dans le temps ouverts comme une bibliothèque auquel l'accès nous est permis. Notre fonction de « réceptacle » le permet très souvent dans la garantie de notre cadre d'intervention.

Ce constat se double d'une observation concomitante. La clinique de nos aînés comporte bien des spécificités. Une des plus caractéristiques se situant du côté de la pression temporelle. Il existe un tutoiement avec le sentiment de finitude et cette proximité agit comme un « accélérateur » dans la relecture de leur parcours de vie. Les éléments déterminants sont repérés, les problématiques apparaissent sous un jour ciselé dans leurs émergences. La temporalité s'accélère et la VAD permet plus facilement ce renouvellement des modes d'accès dans une situation fortement contextualisée par la réalité du domicile, et des souvenirs qui s'y rattachent.

Demain, les orientations de notre ARS (Agence Régionale de Santé) encouragent ces modes d'intervention en amont des hospitalisations. Les évolutions se feront dans le sens d'une prise en compte plus globale en resserrant les niveaux d'intervention avec la gériatrie mobile. Ce partenariat resserré se verra confirmé et nous permettra de mieux appréhender l'impact des pathologies intercurrentes très présentes chez ces populations. Il apparaît encore plus impératif de mixer les compétences dans l'approche des personnes âgées en regard de présentations souvent constituées de pathologies intriquées. Pour nous, il s'agit au final de continuer à essayer de mieux s'occuper de nos aînés.

Corine Gianordoli, Villeneuve, le 19 septembre 2014.