

**Université de Limoges  
Faculté de Médecine**

Année 2017

Thèse N°

Thèse pour obtenir le diplôme d'état de docteur en médecine

**Présentée et soutenue publiquement**

**le 16 Octobre 2017**

**par**

**Marie PUYDENUS**

**née le 13 février 1989, à Saint-Yrieix-La-Perche (87)**

**ACTIVITÉ AU DOMICILE D'UNE ÉQUIPE MOBILE AMUBULATOIRE  
DE PSYCHIATRIE DE LA PERSONNE ÂGÉE.**

Influence sur les hospitalisations en psychiatrie.

Examineurs de la thèse :

M. le Professeur CLEMENT Jean-Pierre

Président

M. le Professeur NUBUKPO Philippe

Juge

M. le Professeur PARAF François

Juge

M. le Docteur CALVET Benjamin

Juge

M. le Docteur MERVEILLE Hervé

Directeur de thèse



**Université de Limoges**  
**Faculté de Médecine**

Année 2017

Thèse N°

Thèse pour obtenir le diplôme d'état de docteur en médecine

**Présentée et soutenue publiquement**

**le 16 octobre 2017**

**par**

**Marie PUYDENUS**

**née le 13 février 1989, à Saint-Yrieix-La-Perche (87)**

**ACTIVITÉ AU DOMICILE D'UNE ÉQUIPE MOBILE AMBULATOIRE  
DE PSYCHIATRIE DE LA PERSONNE ÂGÉE.**

Influence sur les hospitalisations en psychiatrie.

Examineurs de la thèse :

M. le Professeur CLEMENT Jean-Pierre

Président

M. le Professeur NUBUKPO Philippe

Juge

M. le Professeur PARAF François

Juge

M. le Docteur CALVET Benjamin

Juge

M. le Docteur MERVEILLE Hervé

Directeur de thèse

## Professeurs des Universités - praticiens hospitaliers

---

<b>ABOYANS</b> Victor	CARDIOLOGIE
<b>ACHARD</b> Jean-Michel	PHYSIOLOGIE
<b>ALAIN</b> Sophie	BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE
<b>ARCHAMBEAUD</b> Françoise	MEDECINE INTERNE
<b>AUBARD</b> Yves	GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE
<b>AUBRY</b> Karine	O.R.L.
<b>BEDANE</b> Christophe	DERMATO-VERNEREOLOGIE
<b>BERTIN</b> Philippe	THERAPEUTIQUE
<b>BESSEDE</b> Jean-Pierre	O.R.L.
<b>BORDESSOULE</b> Dominique	HEMATOLOGIE
<b>CAIRE</b> François	NEUROCHIRURGIE
<b>CHARISSOUX</b> Jean-Louis	CHIRURGIE ORTHOPEDIQUE et TRAUMATOLOGIQUE
<b>CLAVERE</b> Pierre	RADIOTHERAPIE
<b>CLEMENT</b> Jean-Pierre	PSYCHIATRIE d'ADULTES
<b>COGNE</b> Michel	IMMUNOLOGIE
<b>CORNU</b> Elisabeth	CHIRURGIE THORACIQUE et CARDIOVASCULAIRE
<b>COURATIER</b> Philippe	NEUROLOGIE
<b>DANTOINE</b> Thierry	GERIATRIE et BIOLOGIE du VIEILLISSEMENT
<b>DARDE</b> Marie-Laure	PARASITOLOGIE et MYCOLOGIE
<b>DAVIET</b> Jean-Christophe	MEDECINE PHYSIQUE et de READAPTATION
<b>DESCAZEAUD</b> Aurélien	UROLOGIE
<b>DES GUETZ</b> Gaëtan	CANCEROLOGIE
<b>DESSPORT</b> Jean-Claude	NUTRITION
<b>DRUET-CABANAC</b> Michel	MEDECINE et SANTE au TRAVAIL

<b>DUMAS</b> Jean-Philippe	UROLOGIE
<b>DURAND-FONTANIER</b> Sylvaine	ANATOMIE (CHIRURGIE DIGESTIVE)
<b>ESSIG</b> Marie	NEPHROLOGIE
<b>FAUCHAIS</b> Anne-Laure	MEDECINE INTERNE
<b>FAUCHER</b> Jean-François	MALADIES INFECTIEUSES
<b>FEUILLARD</b> Jean	HEMATOLOGIE
<b>FOURCADE</b> Laurent	CHIRURGIE INFANTILE
<b>GAINANT</b> Alain	CHIRURGIE DIGESTIVE
<b>GUIGONIS</b> Vincent	PEDIATRIE
<b>JACCARD</b> Arnaud	HEMATOLOGIE
<b>JAUBERTEAU-MARCHAN</b> M. Odile	IMMUNOLOGIE
<b>LABROUSSE</b> François	ANATOMIE et CYTOLOGIE PATHOLOGIQUES
<b>LACROIX</b> Philippe	MEDECINE VASCULAIRE
<b>LAROCHE</b> Marie-Laure	PHARMACOLOGIE CLINIQUE
<b>LIENHARDT-ROUSSIE</b> Anne	PEDIATRIE
<b>LOUSTAUD-RATTI</b> Véronique	HEPATOLOGIE
<b>MABIT</b> Christian	ANATOMIE
<b>MAGY</b> Laurent	NEUROLOGIE
<b>MARIN</b> Benoît	EPIDEMIOLOGIE, ECONOMIE de la SANTE et PREVENTION
<b>MARQUET</b> Pierre	PHARMACOLOGIE FONDAMENTALE
<b>MATHONNET</b> Muriel	CHIRURGIE DIGESTIVE
<b>MELLONI</b> Boris	PNEUMOLOGIE
<b>MOHTY</b> Dania	CARDIOLOGIE
<b>MONTEIL</b> Jacques	BIOPHYSIQUE et MEDECINE NUCLEAIRE
<b>MOREAU</b> Jean-Jacques	NEUROCHIRURGIE

<b>MOUNAYER</b> Charbel	RADIOLOGIE et IMAGERIE MEDICALE
<b>NATHAN-DENIZOT</b> Nathalie	ANESTHESIOLOGIE-REANIMATION
<b>NUBUKPO</b> Philippe	ADDICTOLOGIE
<b>PARAF</b> François	MEDECINE LEGALE et DROIT de la SANTE
<b>PLOY</b> Marie-Cécile	BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE
<b>PREUX</b> Pierre-Marie	EPIDEMIOLOGIE, ECONOMIE de la SANTE et PREVENTION
<b>ROBERT</b> Pierre-Yves	OPHTALMOLOGIE
<b>SALLE</b> Jean-Yves	MEDECINE PHYSIQUE et de READAPTATION
<b>SAUTEREAU</b> Denis	GASTRO-ENTEROLOGIE ; HEPATOLOGIE
<b>STURTZ</b> Franck	BIOCHIMIE et BIOLOGIE MOLECULAIRE
<b>TEISSIER-CLEMENT</b> Marie-Pierre	ENDOCRINOLOGIE, DIABETE et MALADIES METABOLIQUES
<b>TREVES</b> Richard	RHUMATOLOGIE
<b>TUBIANA-MATHIEU</b> Nicole	CANCEROLOGIE
<b>VALLEIX</b> Denis	ANATOMIE
<b>VERGNENEGRE</b> Alain	EPIDEMIOLOGIE, ECONOMIE de la SANTE et PREVENTION
<b>VERGNE-SALLE</b> Pascale	THERAPEUTIQUE
<b>VIGNON</b> Philippe	REANIMATION
<b>VINCENT</b> François	PHYSIOLOGIE
<b>WEINBRECK</b> Pierre	MALADIES INFECTIEUSES
<b>YARDIN</b> Catherine	CYTOLOGIE et HISTOLOGIE

**PROFESSEUR ASSOCIE DES UNIVERSITES A MI-TEMPS DES DISCIPLINES MEDICALES**

<b>BRIE</b> Joël	CHIRURGIE MAXILLO-FACIALE ET STOMATOLOGIE
------------------	---

**MAITRES DE CONFERENCES DES UNIVERSITES - PRATICIENS HOSPITALIERS**

<b>AJZENBERG</b> Daniel	PARASITOLOGIE et MYCOLOGIE
<b>BARRAUD</b> Olivier	BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE
<b>BOURTHOUMIEU</b> Sylvie	CYTOLOGIE et HISTOLOGIE
<b>BOUTEILLE</b> Bernard	PARASITOLOGIE et MYCOLOGIE
<b>CHABLE</b> Hélène	BIOCHIMIE et BIOLOGIE MOLECULAIRE
<b>DURAND</b> Karine	BIOLOGIE CELLULAIRE
<b>ESCLAIRE</b> Françoise	BIOLOGIE CELLULAIRE
<b>HANTZ</b> Sébastien	BACTERIOLOGIE-VIROLOGIE
<b>JESUS</b> Pierre	NUTRITION
<b>LE GUYADER</b> Alexandre	CHIRURGIE THORACIQUE et CARDIOVASCULAIRE
<b>LIA</b> Anne-Sophie	BIOCHIMIE et BIOLOGIE MOLECULAIRE
<b>MURAT</b> Jean-Benjamin	PARASITOLOGIE ET MYCOLOGIE
<b>QUELVEN-BERTIN</b> Isabelle	BIOPHYSIQUE et MEDECINE NUCLEAIRE
<b>RIZZO</b> David	HEMATOLOGIE
<b>TCHALLA</b> Achille	GERIATRIE et BIOLOGIE du VIEILLISSEMENT
<b>TERRO</b> Faraj	BIOLOGIE CELLULAIRE
<b>WOILLARD</b> Jean-Baptiste	PHARMACOLOGIE FONDAMENTALE

**P.R.A.G.**

<b>GAUTIER</b> Sylvie	ANGLAIS
-----------------------	---------

**PROFESSEURS DES UNIVERSITES DE MEDECINE GENERALE**

**BUCHON** Daniel

**DUMOITIER** Nathalie

**PROFESSEURS ASSOSIES A MI-TEMPS DE MEDECINE GENERALE**

**MENARD** Dominique

**PREVOST** Martine

**MAITRE DE CONFERENCES ASSOCIE A MI-TEMPS DE MEDECINE GENERALE**

**HOUDARD** Gaëtan

**PAUTOUT-GUILLAUME** Marie-Paule

**PROFESSEURS EMERITES**

**ADENIS** Jean-Paul du 01.09.2015 au 31.08.2017

**ALDIGIER** Jean-Claude du 01.09.2016 au 31.08.2018

**MERLE** Louis du 01.09.2015 au 31.08.2017

**MOULIES** Dominique du 01.09.2015 au 31.08.2017

**VALLAT** Jean-Michel du 01.09.2014 au 31.08.2017

**VIROT** Patrice du 01.09.2016 au 31.08.2018

Le 1<sup>er</sup> septembre 2016

## **Assistants Hospitaliers Universitaires – Chefs de Clinique**

---

Le 1er novembre 2015

### **ASSISTANTS HOSPITALIERS UNIVERSITAIRES**

<b>BLANC</b> Philippe	BIOPHYSIQUE et MEDECINE NUCLEAIRE
<b>CHUFFART</b> Etienne	ANATOMIE
<b>DONISANU</b> Adriana	ANESTHESIOLOGIE-REANIMATION
<b>FAYE</b> Piere-Antoine	BIOCHIMIE et BIOLOGIE MOLECULAIRE
<b>FREDON</b> Fabien	ANATOMIE
<b>KASPAR</b> Claire	ANESTHESIOLOGIE-REANIMATION
<b>MANCIA</b> Claire	ANESTHESIOLOGIE-REANIMATION
<b>MATHIEU</b> Pierre-Alain	ANATOMIE (Service d'Orthopédie-Traumatologie)
<b>LOMBEL</b> Guillaume	IMMUNOLOGIE
<b>SERENA</b> Claire	ANESTHESIOLOGIE-REANIMATION

### **CHEFS DE CLINIQUE - ASSISTANTS DES HOPITAUX**

<b>ARDOUIN</b> Elodie	RHUMATOLOGIE
<b>ASSIKAR</b> Safaë	DERMATO-VENEREOLOGIE
<b>BIANCHI</b> Laurent	GASTROENTEROLOGIE (A compter du 12 novembre 2015)
<b>BORDES</b> Jérémie	MEDECINE PHYSIQUE et de READAPTATION
<b>BOURMAULT</b> Loïc	OPHTALMOLOGIE
<b>BUISSON</b> Géraldine	PEDOPSYCHIATRIE
<b>CASSON-MASSELIN</b> Mathilde	RADIOLOGIE et IMAGERIE MEDICALE
<b>CAZAVET</b> Alexandre	CHIRURGIE THORACIQUE et CARDIOVASCULAIRE
<b>CHAPELLAS</b> Catherine	REANIMATION
<b>CHATAINIER</b> Pauline	NEUROLOGIE

<b>CHRISTOU</b> Niki	CHIRURGIE DIGESTIVE
<b>COSTE-MAZEAU</b> Perrine	GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE (Surnombre du 1er novembre 2015 au 20 février 2016)
<b>CYPIERRE</b> Anne	MEDECINE INTERNE A
<b>DAIX</b> Thomas	REANIMATION
<b>DIJOUX</b> Pierrick	CHIRURGIE INFANTILE
<b>DOST</b> Laura	OPHTALMOLOGIE
<b>EVENO</b> Claire	CHIRURGIE THORACIQUE et CARDIOVASCULAIRE
<b>GANTOIS</b> Clément	NEUROCHIRURGIE
<b>GARDIC</b> Solène	UROLOGIE
<b>GONZALEZ</b> Céline	REANIMATION
<b>GSCHWIND</b> Marion	MEDECINE INTERNE B
<b>HOUMAÏDA</b> Hassane	CHIRURGIE THORACIQUE et CARDIOVASCULAIRE (A compter du 02 novembre 2015)
<b>JACQUES</b> Jérémie	GASTRO-ENTEROLOGIE
<b>KENNEL</b> Céline	HEMATOLOGIE
<b>LACORRE</b> Aymeline	GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE
<b>LAFON</b> Thomas	MEDECINE d'URGENCE
<b>LAVIGNE</b> Benjamin	PSYCHIATRIE d'ADULTES
<b>LE BIVIC</b> Louis	CARDIOLOGIE
<b>LE COUSTUMIER</b> Eve	MALADIES INFECTIEUSES
<b>LEGROS</b> Emilie	PSYCHIATRIE d'ADULTES
<b>LERAT</b> Justine	O.R.L.
<b>MARTIN</b> Sylvain	RADIOLOGIE et IMAGERIE MEDICALE
<b>MATT</b> Morgan	MALADIES INFECTIEUSES

<b>MESNARD</b> Chrystelle	GYNECOLOGIE-OBSTETRIQUE
<b>MONTCUQUET</b> Alexis	NEUROLOGIE
<b>PAPON</b> Arnaud	GERIATRIE et BIOLOGIE du VIEILLISSEMENT
<b>PETITALOT</b> Vincent	CARDIOLOGIE
<b>PONTHIER</b> Laure	PEDIATRIE
<b>ROGER</b> Thomas	CHIRURGIE ORTHOPEDIQUE et TRAUMATOLOGIQUE
<b>SAINT PAUL</b> Aude	PNEUMOLOGIE
<b>SCOMPARIN</b> Aurélie	O.R.L.
<b>TAÏBI</b> Abdelkader	CANCEROLOGIE
<b>TRIGOLET</b> Marine	PEDIATRIE

#### **CHEF DE CLINIQUE – MEDECINE GENERALE**

**RUDELLE** Karen

#### **CHEF DE CLINIQUE ASSOCIE – MEDECINE GENERALE**

(du 1er novembre 2015 au 31 octobre 2016)

**LAUCHET** Nadège

#### **PRATICIEN HOSPITALIER UNIVERSITAIRE**

**BALLOUHEY** Quentin  
CHIRURGIE INFANTILE  
(du 1er mai 2015 au 30 avril 2019)

**CROS** Jérôme  
ANESTHESIOLOGIE-REANIMATION  
(du 1er mai 2014 au 31 octobre 2018)



## Remerciements

---

Monsieur le Professeur Jean-Pierre CLEMENT

Professeur des Universités de Psychiatrie Adulte et Psychiatre des Hôpitaux

Chef du Pôle Universitaire de Psychiatrie de l'Adulte et de la Personne Âgée du Centre Hospitalier Esquirol

Je vous remercie de me faire l'honneur de présider mon jury de thèse. Votre enseignement le long mes études médicales et votre accompagnement pendant l'internat m'ont été précieux.

Monsieur le Professeur Philippe NUBUKPO

Professeur des Universités de Psychiatrie Adulte et Psychiatre des Hôpitaux

Chef du Pôle Universitaire d'Addictologie en Limousin du Centre Hospitalier Esquirol

Je suis honorée de votre présence dans mon jury et vous remercie pour vos enseignements et conseils durant mon internat de psychiatrie.

Monsieur le Professeur François PARAF

Professeur des Universités de Médecine Légale et Droit de la Santé

Chef du Pôle Soins Aigus, Bloc et Imagerie du CHU de Limoges

Je vous remercie de me faire l'honneur de juger mes travaux, je vous remercie également pour votre enseignement précieux pendant cette année au sein du service de médecine légale.

Monsieur le Docteur Benjamin CALVET

Psychiatre du Pôle Universitaire de Psychiatrie de l'Adulte et de la Personne Âgée du Centre Hospitalier Esquirol

Je te remercie d'avoir accepté de juger mon travail de thèse. Merci pour ton accompagnement, tes conseils, ta disponibilité pendant mon internat. Merci également pour ton aide et tes conseils pour ce travail de thèse.

Monsieur le Docteur Hervé MERVEILLE

Psychiatre du Pôle Universitaire de Psychiatrie de l'Adulte et de la Personne Âgée du Centre Hospitalier Esquirol

Merci de ta présence dans mon jury et d'avoir dirigé ma thèse sur l'EMESPA. Avoir travaillé à tes côtés m'a fait encore plus apprécié le monde de la psychiatrie de la personne âgée.

## Remerciements

---

Merci à toutes les équipes et le personnel avec qui j'ai eu la chance de travailler tout au long des mes études médicales. Je remercie tous les professionnels du Centre Hospitalier Esquirol, du service de pédopsychiatrie de Brive et du service de médecine légale du CHU de Limoges. Je remercie particulièrement Patricia, Virginie et Emmanuelle de l'EMESPA pour leur aide pour le recueil des informations pour mon travail de thèse.

Merci à tous les psychiatres et médecins légistes qui m'ont formé durant mon internat. Je vous remercie pour votre enseignement enrichissant, votre accessibilité et votre soutien. Vous m'avez conforté dans mon choix d'exercer dans ces deux disciplines médicales passionnantes.

Merci à mes collègues co-internes pour ces trois ans en psychiatrie. Merci également à mes amis rencontrés pendant l'externat et pour les fous rires partagés. Merci en particulier à Morgane d'avoir été une super co-externe et maintenant une amie.

Merci à tous mes proches, famille et amis, pour leur soutien inconditionnel pendant toutes ces années. Merci à mes parents et grands parents pour m'avoir soutenue pendant ces dix années même si cela n'a pas été toujours facile. J'espère que vous serez fiers de mon travail. Merci à Hélène de m'avoir accompagné dans nos pérégrinations estivales en particulier dans la chaleur infernale de Clisson dont nous foulerons le sol une année de plus l'an prochain! Merci à Kelly pour son amitié qui persiste depuis près de 25 ans malgré la distance, j'ai hâte de te rendre visite en Thaïlande. Merci à mes amis de lycée, Lise pour les rigolades, Jean-Pierre rencontré dans une pommeraie, je te souhaite bonne chance pour ta nouvelle vie à Reims, et promis je te rends visite dès que possible.

Je remercie toutes les personnes que j'aurais pu oublier, la liste précédente est loin d'être exhaustive, sachez que leur cœur y est.

## Droits d'auteurs

---

Cette création est mise à disposition selon le Contrat :

« **Attribution-Pas d'Utilisation Commerciale-Pas de modification 3.0 France** »

disponible en ligne : <http://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/3.0/fr/>



## Table des matières

---

Introduction.....	21
I. Revue de la littérature.....	23
I.1. Généralités sur la psychiatrie de la personne âgée.....	23
I.1.1. Historique.....	23
I.1.2. Définition et terminologie.....	24
I.1.3. Épidémiologie.....	25
I.1.4. Prescription de psychotropes chez la personne âgée.....	28
I.1.5. Conséquences du vieillissement.....	29
I.1.6. Les troubles psychiques des personnes âgées.....	31
I.1.7. Les difficultés d'accès des personnes âgées aux soins psychiatriques.....	36
I.1.8. La réduction des hospitalisations en psychiatrie.....	37
I.1.9. L'hospitalisation des personnes âgées.....	39
I.1.10. Personne âgée : aspects sociologiques.....	40
I.1.11. Organisation des soins en psychiatrie de la personne âgée.....	41
I.2. Les équipes mobiles de psychiatrie de la personne âgée.....	42
I.2.1. Développement des équipes mobiles de psychiatrie de la personne âgée.....	43
I.2.1.1. Le besoin d'une expertise spécialisée en EHPAD.....	43
I.2.1.2. Des besoins également importants à domicile.....	45
I.2.2. Les différents types de demande d'intervention.....	46
I.2.3. Les motifs de recours aux équipes mobiles de psychiatrie de la personne âgée.....	47
I.2.4. Les caractéristiques démographiques des populations visitées par les équipes mobiles.....	48
I.2.5. Les personnes ayant recours aux équipes mobiles.....	48
I.2.6. L'entretien lors de la visite à domicile.....	49
I.2.7. Intérêt des équipes mobiles de psychiatrie de la personne âgée.....	50
I.2.8. Études réalisées sur les équipes mobiles de psychiatrie de la personne âgée.....	51
I.2.9. Missions des équipes mobiles de psychiatrie de la personne âgée.....	54
I.2.10. Les limites des équipes mobiles de psychiatrie de la personne âgée.....	59
I.2.11. Quelques exemples de situations spécifiques rencontrées au domicile.....	61
I.3. Les autres équipes mobiles.....	72
I.3.1. Les équipes mobiles de psychiatrie de l'adulte.....	72
I.3.2. Les équipes mobiles de gériatrie.....	74
I.4. L'Équipe Mobile d'Évaluation et de Suivi de La Personne Âgée (EMESPA) du Centre Hospitalier Esquirol de Limoges.....	78
I.4.1. Historique.....	78
I.4.2. Missions, objectifs et actions.....	79
I.4.3. Intervenants et composition.....	82
I.4.4. Personnes pouvant solliciter une intervention.....	83
I.4.5. Territoire d'intervention.....	84
I.4.6. Population ciblée.....	84
I.4.7. Activité depuis 2008.....	85
II. Étude de l'activité au domicile de l'EMESPA sur 6 mois.....	87
II.1. Objectifs de l'étude.....	87
II.2. Matériels et méthodes.....	88
II.2.1. Type d'étude.....	88
II.2.2. Population de l'étude.....	88
II.2.3. Recueil de l'information.....	90
II.2.4. Analyse statistique.....	93
II.3. Résultats.....	94
II.3.1. En amont de l'intervention.....	94
II.3.2. L'intervention à domicile.....	101



II.3.3. La ré-intervention à trois mois.....	106
II.3.4. Hospitalisation à trois mois en psychiatrie.....	109
II.3.5. Analyse de données .....	110
II.3.6. Analyse des résultats concernant les patients hospitalisés en psychiatrie à trois mois .....	111
II.3.7. Analyse des résultats concernant les patients ayant fait l'objet d'une demande d'hospitalisation en psychiatrie .....	113
II.3.8. Comparaison des « motifs de demande » et « diagnostic final ».....	114
II.3.9. Comparaison de la durée du séjour hospitalier entre les patients hospitalisés après intervention de l'EMESPA et les autres patients hospitalisés en psychiatrie du sujet âgé.....	116
II.3.10. Comparaison des caractéristiques individuelles dans les deux groupes « patients hospitalisés » et « patients non hospitalisés ».....	117
II.4. Discussion.....	118
II.4.1. Interprétation des résultats.....	118
II.4.1.1. Population de l'étude.....	118
II.4.1.2. Activité de l'EMESPA.....	120
II.4.1.3. Impact de L'EMESPA sur les hospitalisations.....	130
II.4.2. Biais et limites de l'étude.....	133
II.4.2.1. Biais de l'étude.....	133
II.4.2.2. Limites.....	134
II.4.3. Points forts de l'étude.....	135
II.4.4. Perspectives.....	137
Conclusion.....	139
Références bibliographiques.....	141
Liste des abréviations.....	153
Annexes.....	155
Serment d'Hippocrate.....	163

## Index des illustrations

---

Illustration 1: File active de l'EMESPA (domicile et EHPAD) depuis sa création.....	85
Illustration 2: Répartition des patients selon la tranche d'âge.....	94
Illustration 5: Répartition des patients en fonction du lieu de vie.....	96
Illustration 6: Répartition des demandes d'intervention selon l'origine.....	98
Illustration 7: Pourcentage de demande d'hospitalisation en psychiatrie.....	100
Illustration 8: Préconisation d'introduction d'un traitement médicamenteux.....	101
Illustration 9: Classes thérapeutiques des traitements prescrits.....	102
Illustration 10: Diagnostics évoqués par l'EMESPA.....	105
Illustration 11: Pourcentage de patient ayant bénéficié d'une ré-intervention à domicile.....	106
Illustration 12: Les motifs de ré-intervention de l'EMESPA.....	108
Illustration 13: Pourcentage de patient hospitalisé à trois mois.....	108

## Index des tables

---

Tableau 1: Antécédents psychiatriques.....	97
Tableau 2: Motifs des demandes d'intervention de l'EMESPA.....	99
Tableau 3: Préconisations de l'EMESPA.....	103
Tableau 4: Comparaison entre les diagnostics initiaux et le diagnostic de troubles de l'humeur évoqué par l'EMESPA.....	114
Tableau 5: Comparaison entre les diagnostics initiaux et le diagnostic de démence évoqué par l'EMESPA.....	115
Tableau 6: Comparaison des caractéristiques individuelles entre « patients hospitalisés » et « patients non hospitalisés ».....	116
Tableau 7: Comparaison du motif de demande d'intervention entre les « patients hospitalisés » et « patients non hospitalisés ».....	117



## Introduction

---

La population française ne cesse de vieillir du fait de l'allongement de l'espérance de vie à la naissance. Au 1<sup>er</sup> Janvier 2017 en France, les personnes de 65 ans ou plus représentent 19,2% de la population (soit trois points de plus que dix ans auparavant). Selon l'INSEE (1) en 2060, les personnes âgées de 60 ans ou plus représenteront 23,6 millions de sujets. En 2016, une femme vivrait en moyenne 85,4 ans et un homme 79,3 ans.

Ce vieillissement de la population fait que tout médecin est ou sera confronté à la prise en charge des personnes âgées. La médecine de la personne âgée comporte des spécificités qui lui sont propres. C'est dans ce contexte qu'on voit s'individualiser de nouvelles disciplines médicales centrées sur les patients vieillissants afin d'en améliorer la prise en charge. La psychiatrie a ainsi vu se développer la psychiatrie de la personne âgée à partir des années 1975 pour poursuivre son essor jusqu'à nos jours. A l'instar de la pédopsychiatrie, elle occupe aujourd'hui une place bien inscrite dans la psychiatrie. Cette discipline s'intéresse aux troubles mentaux de la personne âgée. A ce propos, il convient de différencier deux cadres nosologiques (2). Dans un premier temps, celui du vieillissement des troubles mentaux décompensés à l'âge adulte, par exemple les troubles psychotiques, la maladie bipolaire, les troubles de la personnalité ou les troubles anxieux. Deuxièmement, on retrouve l'émergence de nouveaux troubles psychiatriques en lien direct avec la sénescence, celle-ci favorisant la décompensation d'une fragilité psychique constitutionnelle étant restée équilibrée jusqu'alors.

En gériatrie comme en psychiatrie, l'approche de la personne âgée doit se faire dans sa globalité, en prenant en compte les aspects somatiques, psychiques, mais également environnementaux, sociaux et familiaux du patient.

La tendance actuelle en psychiatrie n'est plus à l'hospitalisation des patients comme cela a pu l'être au temps des asiles. Dans un souci d'économie de santé et de meilleure prise en charge, on voit se développer depuis plusieurs années le secteur ambulatoire par le biais de consultations ou de visites à domicile.

La psychiatrie de la personne âgée n'y échappe pas, avec l'apparition de structures extra-hospitalières. Le but est d'assurer une prise en charge ambulatoire des patients tout en gardant un lien avec l'institution par le biais des équipes mobiles et équipes ambulatoires de proximité. Une des autres finalités est d'éviter au maximum l'hospitalisation complète en secteur psychiatrique qui peut s'avérer parfois plus délétère que bénéfique notamment chez les personnes âgées fragilisées avec un risque non négligeable de grabatisation.

Des structures créées récemment, et ayant tendance à se développer, méritent qu'on s'y attarde, il s'agit des équipes mobiles de psychiatrie de la personne âgée. Ces dispositifs restent encore relativement assez peu connus par l'ensemble du domaine médical, contrairement aux équipes mobiles de soins palliatifs ou de gériatrie par exemple. Pourtant ils constituent une interface de choix entre le domicile et l'institution. Tout en étant rattachés à une structure psychogériatrique intersectorielle, ils permettent au patient de bénéficier d'une expertise spécialisée médicale et infirmière tout en restant dans son environnement habituel.

Parfois, ces équipes peuvent être sollicitées pour répondre à des demandes d'hospitalisation en service de psychiatrie de la personne âgée. Leur mission est alors d'essayer de temporiser et de rationaliser ce recours parfois trop systématique à l'hospitalisation. En effet, on en constate encore beaucoup trop se faisant de façon tardive, le corps médical ou la famille ayant essayé de repousser au maximum le maintien à domicile du patient quelque soit la contrainte. On retrouve alors des patients dans des situations de crise aux urgences de l'hôpital général. Très vite la problématique des orientations s'impose aux urgentistes.

L'équipe mobile de psychiatrie de la personne âgée, par son intervention au domicile ou en Établissement d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes (EHPAD), peut permettre une anticipation de ces situations. Elle peut agir par la préconisation d'ajustement de traitement médicamenteux ou de mesures associées, voire, le cas échéant, préconiser des demandes de précaution pour un placement en EHPAD si on juge le maintien à domicile du patient trop précaire.

Dans ce travail de thèse, nous allons nous intéresser à l'Équipe Mobile d'Évaluation et de Suivi de la Personne Âgée au domicile de Limoges (EMESPA).

Nous allons dans un premier temps décrire par une revue de la littérature comment sont apparues les équipes mobiles de psychiatrie de la personne âgée, et dresser un portrait général de l'EMESPA de Limoges.

Dans une deuxième partie, nous présenterons un bilan détaillé de l'activité de cette équipe sur six mois, d'Octobre 2016 à Mars 2017, concernant les patients bénéficiant d'une première intervention.

Puis, nous étudierons l'impact de ces interventions sur les hospitalisations en service de psychiatrie. Nous tenterons notamment de voir si une intervention de l'équipe mobile à domicile permet d'éviter certaines hospitalisations.

## I. Revue de la littérature

---

### I.1. Généralités sur la psychiatrie de la personne âgée

#### I.1.1. Historique

Avant le XVIIIème siècle, les troubles psychologiques de la personne âgée n'ont que très peu intéressé les savants (3). La démence était peu abordée, car considérée comme la pathologie mentale du « vieux » par excellence.

Pourtant, dès l'Antiquité, il a été reconnu des spécificités cliniques du vieillissement. On peut citer Galien ou Hippocrate, qui proposeront dans la vieillesse des régimes et des conseils d'hygiène tels que : « fuir les contrariétés, savoir choisir son entourage, ralentir progressivement ses activités tout en les conservant, rester sobre et se contenter de remèdes doux » (*primum non nocere*) (2).

Le terme « démence » est régulièrement utilisé à partir du XVIIIème siècle dans le sens général de « folie ». On peut noter que ce terme sera utilisé par ailleurs avec une connotation médico-légale : « Il n'y a ni crime, ni délit, lorsque le prévenu était en état de démence au moment de l'action » (article 64 du Code pénal, 1810)

À la fin du XIXème siècle et début du XXème, Charcot fait émerger la catégorie des « troubles mentaux à début tardif » en attribuant des maladies spécifiques au groupe des sujets ayant atteint un âge avancé. Plusieurs pathologies psychiques d'involution sénile, c'est-à-dire, acquises avec le temps, furent décrites.

Au XXème siècle, on voit apparaître l'approche des démences sur le plan neuro-anatomique et histologique, où on va chercher à associer un syndrome démentiel à l'atteinte d'une aire cérébrale spécifique. C'est au cours de cette période qu'apparaissent dans la nosographie les démences sous corticales, fronto-temporales, à corps de Pick et les démences à corps de Lewy.

Ce n'est qu'à partir des années 1970 que la gérontopsychiatrie va s'individualiser et que des structures de soins spécialisées dans ce domaine vont se développer. L'Association Mondiale de Psychiatrie (AMP) crée sa section « geriatric psychiatry », puis c'est au tour de l'Association Américaine de Psychiatrie de le faire en 1978.

En 1980, l'équipe du Professeur Jean-Marie Léger met en place une unité spécifique de psychiatrie de la personne âgée au sein d'un centre hospitalier spécialisé.

En France, la société de psychogériatrie de langue française voit le jour en 1984.

De 1996 à 1998, trois conférences de consensus se sont tenues à Lausanne à l'initiative de

Jean Wertheimer, alors président de la section de psychiatrie de la personne âgée de l'Association Mondiale de Psychiatrie. Une définition propre a alors été donnée à la psychiatrie de la personne âgée (4).

### **I.1.2. Définition et terminologie**

Selon l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS) et l'AMP en 1996, la psychiatrie de la personne âgée est « une branche de la psychiatrie qui a pour objectifs généraux de dépister, traiter, évaluer et prévenir tous les types de pathologies psychiatriques du sujet âgé et leurs conséquences ». Cette spécialité s'occupe « de l'ensemble des maladies psychiatriques et de leurs conséquences, particulièrement des troubles de l'humeur, de l'anxiété, des démences, des psychoses de l'âge avancé et des toxicomanies ». Elle traite en outre les patients âgés souffrant de maladies psychiatriques chroniques. Dans la plupart des cas, la morbidité psychiatrique dans l'âge avancé coexiste avec la maladie physique et est susceptible de se compliquer souvent de problèmes sociaux. Les personnes âgées peuvent aussi présenter plus d'un diagnostic psychiatrique (5).

Cette définition met l'accent sur les deux situations cliniques rencontrées dans cette discipline, à savoir d'une part les troubles mentaux chroniques, apparus à l'âge adulte ou lors de l'enfance ayant évolué avec l'âge. D'autre part, elle s'intéresse aux troubles mentaux apparus avec l'âge chez un sujet ne présentant pas d'antécédents psychiatriques auparavant.

La population concernée par la psychiatrie de la personne âgée est donc par définition la personne âgée. Selon l'OMS, il s'agit des personnes ayant plus de 60 ans. Certains auteurs définissent la psychiatrie de la personne âgée comme une discipline concernant les troubles mentaux survenant chez les sujets de plus de 65 ans (6).

Sur le plan terminologique, en pratique, il est parfois difficile, même au sein du corps médical, de ne pas faire de confusion entre les entités « gérontopsychiatrie », « psychogériatrie » et « psychiatrie de la personne âgée ».

Selon Richard et Droz (7), la « psychiatrie gériatrique » a pour objet la pathologie et le traitement :

- des affections psychiatriques apparues au cours de la vieillesse au cours de la 6<sup>ème</sup>

décennie

- des affections psychiatriques qui existaient avant cet âge et qui persistent ou réapparaissent plus tard
- des déficits de la cognition qui se manifestent dans la « pré-sénilité »

Les termes de psychiatrie de la personne âgée ou gérontopsychiatrie sont utilisés de préférence lorsque les psychiatres sont les seuls acteurs, alors que le terme de psychogériatrie est plutôt appliqué au domaine de concertation entre les psychiatres et les gériatres.

De façon schématique, la gérontopsychiatrie est la surspécialisation de la psychiatrie dédiée aux troubles psychiatriques de la personne âgée, qu'ils soient inauguraux ou non.

La psychogériatrie se consacre plus spécifiquement à l'évaluation et à la prise en charge des symptômes psycho-comportementaux survenant dans le cadre de pathologies neurodégénératives et cérébrovasculaires. Elle est une branche de la gériatrie qui s'intéresse plus spécifiquement à la psychiatrie (8).

Cependant, selon Jean-Marie Léger en 1999, ces deux disciplines n'en sont pas moins complémentaires et indissociables dans la pratique.

Selon Jean-Pierre Clément (9), le terme « psychiatrie du sujet âgé » est le terme le plus approprié car intéressant la personne âgée présentant des troubles psychiques dans différentes circonstances, allant de la médecine générale ambulatoire à l'hospitalisation puis à l'institution.

Ce terme semble faire actuellement consensus.

### **I.1.3. Épidémiologie**

Il nous a paru intéressant d'étudier l'épidémiologie des troubles psychiatriques chez les personnes âgées par une revue de la littérature.

L'allongement de l'espérance de vie a pour conséquence une augmentation de la prévalence des pathologies liées à l'âge.

D'après l'OMS, les troubles mentaux constituent une des premières causes de morbidité chez la personne âgée et représentent les trois cinquièmes des sources d'incapacités liées

au vieillissement.

L'étude française ESPRIT (Enquête de Santé Psychologique-Risques Incidence et Traitement), réalisée en 2003 chez 1863 personnes âgées non institutionnalisés de plus de 65 ans, a montré que 17% de la population étudiée souffrait de troubles psychiatriques au moment de l'étude, en excluant la démence.

L'étude montre que les troubles anxieux (en particulier les phobies spécifiques et le trouble anxieux généralisé) sont les troubles mentaux avec la plus forte prévalence au moment où a été menée l'étude (14,2% des sujets). S'en suivent les idéations suicidaires (9,8%), la dépression majeure (3,1%) et les psychoses (1,7%).

La dépression et les troubles anxieux ont une prévalence deux fois plus élevée chez les femmes (10).

Prévile et al (11), ont observé, chez des adultes de 65 ans et plus, une prévalence ponctuelle d'au moins un trouble psychiatrique (selon les critères du DSM-IV) de 12,7% et une prévalence d'épisode dépressif majeur de 1,1% sur un an.

En institution, selon l'enquête PATHOS de 2008 (12), on évalue que les troubles psychiatriques les plus fréquents en établissement pour personnes âgées sont les syndromes démentiels (36%), les syndromes dépressifs (34%) et les états anxieux (27%). Cette même enquête indique que huit résidents sur dix présentent au moins une affection neuropsychiatrique.

Nous parlerons dans un premier temps de la dépression, qui est la pathologie psychiatrique la plus fréquemment rencontrée chez la personne âgée.

Dans l'étude ESPRIT, on note que 17% des sujets ont présenté un premier épisode de dépression majeure après l'âge de 60 ans (10).

En Europe, l'étude Euro-DEP a retrouvé une prévalence de symptômes dépressifs de 12% chez les sujets de plus de 65 ans (13).

Selon l'étude PAQUID, le taux de dépression est de 13% en Aquitaine.

En institution, la prévalence des symptômes dépressifs augmente considérablement, celle-ci peut varier de 6% à 44% selon la littérature (14).

Achterberg et al ont montré chez des sujets institutionnalisés que 27% présentaient un trouble dépressif caractérisé à leur admission (15).

Une autre étude a démontré que 55% des patients vivant en EHPAD obtenaient des scores



supérieurs au seuil significatif de dépression sur l'échelle MADRS (16).

Ces chiffres peuvent être sous-estimés du fait du non recours à l'utilisation d'instruments d'évaluation spécifiques de la personne âgée et du fait des spécificités cliniques de la dépression à cet âge.

Concernant les troubles cognitifs, des études sur échantillon en population générale, basées sur la recherche systématique de la maladie d'Alzheimer par des tests spécifiques, ont estimé à 800 000 le nombre de personnes souffrant de cette pathologie en France.

Les résultats épidémiologiques concernant les démences en France sont principalement fournis par l'étude PAQUID, menée à partir de 1988 chez des personnes âgées de plus de 65 ans dans plus de 75 villes de Gironde et de Dordogne (17). Selon cette étude, l'incidence annuelle du trouble cognitif léger ou *mild cognitive impairment* (MCI) après 70 ans est de 8 à 12 pour 1000. Chez les plus de 73 ans, on retrouve une prévalence du MCI de 20,6%. Concernant les démences, on retrouve dans cette étude une prévalence de 17,8% chez les personnes âgées de plus de 75 ans.

En 2005, l'étude de consensus Delphi a estimé que 24,3 millions de personnes étaient atteintes de démence dans le monde et que 4,6 millions de nouveaux cas apparaissaient chaque année (18).

En Europe, le groupe Euro-DEM a estimé la prévalence chez les personnes âgées (<65 ans) à 6,4% toutes démences confondues, à 4,4% pour la maladie d'Alzheimer et à 1,6% pour les démences vasculaires (19).

La prévalence des troubles anxieux selon les critères du DSM-IV en population générale chez les personnes de plus de 60 ans a été estimée par Kessler et al en Angleterre à 15,3% et en France à 14% (20).

Concernant le suicide, les personnes âgées représentent la population dont le taux de suicide est le plus élevé d'Europe.

Selon l'Inserm (21), on estime que près de un tiers (30%) des suicides surviennent après 64 ans. Les taux de décès par suicide sont six fois plus élevés après 85 ans qu'entre 15 et 24 ans.

En France, la DRESS (Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques) estime que les taux de suicide étaient entre 2002 et 2003 de 60 pour 1000 hommes de 75 ans à 84 ans et de 124 pour 1000 hommes de 85 ans ou plus. Il serait responsable de 10% des décès chez la personne âgée, avec une plus forte représentation chez l'homme âgé ayant perdu sa conjointe.

Cependant, il existerait une tendance à moins bien prendre en charge les idéations suicidaires chez les personnes âgées que chez les sujets jeunes, les idées de suicide étant souvent reconnues comme normales avec l'avancée en âge (22).

Selon l'ORS (Observatoire Régional de Santé) du Limousin (23), le taux de suicide des personnes âgées de 60 ans et plus en Limousin serait plus élevé que la moyenne nationale (29,9 cas pour 100 000 versus 24,1 pour 100 000).

#### **I.1.4. Prescription de psychotropes chez la personne âgée**

De la prévalence élevée des troubles psychiques chez la personne âgée découle une augmentation de la prescription de médicaments psychotropes dans cette tranche d'âge.

Dans la pratique médicale quotidienne, on constate qu'un grand nombre de patients âgés se voit prescrire des psychotropes.

Les études pharmaco-épidémiologiques montrent que leur prescription augmente avec l'âge que cela soit en fréquence ou en nombre de molécules prescrites (24).

En France, une personne sur deux de plus de 70 ans a fait usage de psychotropes et 20% consomment de façon chronique des anxiolytiques ou des hypnotiques (25). Quatre-vingt-dix pour cent des psychotropes sont prescrits par des médecins généralistes et 15% des plus de 65 ans ont au minimum trois psychotropes dans leur traitement. Or, cette prescription n'est pas toujours justifiée et peut être à l'origine de iatrogénie du fait de la vulnérabilité particulière des patients de cet âge.

La iatrogénie est également pourvoyeuse d'hospitalisation dans 20% des cas pour les personnes âgées de 80 ans et plus, résidant en EHPAD (26). Les médicaments impliqués sont les antihypertenseurs, les hypoglycémiants, les anti-vitamines K et les psychotropes. Cette catégorie médicamenteuse est la principale prescrite en EHPAD avec 32% d'antidépresseurs, 27% d'anxiolytiques, 22% d'hypnotiques et 15% de neuroleptiques.

Chez les personnes âgées prenant un antipsychotique, le risque d'accident vasculaire cérébral serait multiplié par 1,73 et par 3,5 chez le sujet présentant une démence (27).

En 2007, ce constat a mené la Haute Autorité de Santé à mettre en place une démarche qualité concernant l'usage des psychotropes chez les patients âgés.

Dans son rapport, la Haute Autorité de Santé identifie quatre situations à l'origine des

prescriptions. En premier, les plaintes en lien avec le sommeil, puis la dépression, les signes anxieux et les troubles du comportement.

Les benzodiazépines sont les psychotropes arrivant en première position. En 2007, une étude française a montré que 66% des patients arrivant en cours séjour gériatrique avaient au moins un médicament inapproprié lors de leur admission, les benzodiazépines de longue demi-vie étant les plus fréquentes (28).

Il était alors urgent de limiter ces prescriptions. Un médicament inapproprié est un médicament dont le rapport bénéfice/risque est défavorable ou qui a une efficacité douteuse par rapport à d'autres solutions thérapeutiques plus sûres. Les médecins ont alors adopté un traitement non pharmacologique de certains troubles psychiques. On peut citer par exemple la prise en charge des troubles du comportement dans la maladie d'Alzheimer (29).

### **I.1.5. Conséquences du vieillissement**

Rowe et Kahn (30), ont distingué trois modèles évolutifs de vieillissement d'après des critères cliniques.

Tout d'abord le « vieillissement pathologique », qui est un vieillissement accéléré par un handicap et/ou une pathologie. Puis, le « vieillissement habituel », sans pathologie définie mais avec l'atteinte de certaines fonctions. Enfin, le « vieillissement réussi », lorsque la personne ne présente pas de pathologie, mais aussi, lorsqu'elle possède un niveau de fonctionnement physique et cognitif élevé ainsi qu'une vie active sur les plans occupationnel et social.

Ce concept de « vieillissement réussi » est toutefois controversé car jugé trop restrictif voire élitiste (31). En effet, il ne concerne qu'une part limitée de la population générale et exclu les personnes présentant quelques soucis de santé pourtant satisfaites de leur vie.

Sur le plan psychopathologique, avec l'âge, l'égo narcissique s'effondre et peut engendrer la dépression. La personne âgée se trouve confrontée à l'idée de sa mort prochaine, associée à l'accumulation avec l'âge d'événements de vie éprouvants tels que le deuil, l'isolement social, l'arrêt d'une vie active, les conflits familiaux, l'éloignement des enfants et les pathologies somatiques. L'angoisse de mort est au premier plan. Selon Herfray, « cette angoisse constitue souvent l'essentiel de ce bouleversement affectif, à l'origine du désir d'abrèger l'attente insupportable de la fin du voyage par le suicide ou le syndrome de glissement » (32).

La personne âgée peut ressentir face à ces situations un sentiment de perte d'estime de soi et sa capacité d'adaptation dépendra de sa personnalité antérieure. Si ses mécanismes de défense sont débordés, il en résulte une altération de l'estime de soi et une régression narcissique favorisant l'apparition de troubles psychiatriques (33).

Le vieillissement physiologique et les éventuelles affections somatiques associées entraînent des modifications du corps et du vécu corporel. Cela explique la fréquence importante de l'expression des troubles psychiques par le recours à la plainte somatique chez les personnes âgées.

La perte d'autonomie et la dépendance sont également des conséquences du vieillissement. La dépendance se définit comme l'impossibilité partielle ou totale pour une personne d'effectuer sans aide les activités de la vie, qu'elles soient physiques, psychiques ou sociales, et de s'adapter à son environnement (34).

On compte, selon l'INSEE (35), au premier Janvier 2012 en France métropolitaine, près de 1,17 millions de personnes âgées dépendantes au sens de l'Allocation Personnalisée d'Autonomie (APA), soit 7,8% des 60 ans ou plus. En 2060, le nombre de personnes âgées dépendantes atteindrait les 2,3 millions. D'après ces chiffres, on devrait assister à une augmentation des problèmes relatifs à la dépendance des personnes âgées avec un risque d'augmentation des hospitalisations.

De la perte d'autonomie liée à l'âge, découle la question du maintien à domicile.

Selon une enquête de la DREES (36), huit français sur dix souhaitent le maintien à domicile de leur proches dépendants, mais de moins en moins sont favorables à la cohabitation directe. Les personnes âgées quant à elles expriment leur préférence à rester vivre à leur domicile plutôt qu'une entrée en institution. Ce point de vue est tout à fait compréhensible, la perspective d'une vie en communauté étant insupportable pour certaines personnes. De plus, l'entrée en institution peut être une cause de dépendance se rajoutant aux précédentes.

Toutefois, il convient pour le médecin de rester vigilant quant à la pertinence de ce maintien à domicile qui, dans certaines circonstances, peut s'avérer précaire voir dangereux. Cela concerne principalement les personnes âgées présentant des troubles cognitifs importants.

Le médecin intervenant au domicile peut être confronté à des situations de refus de soin, notamment chez les patients souffrant d'anosognosie dans le cadre de la maladie d'Alzheimer. Le refus de soins est la non mise en œuvre d'une décision médicale et d'un

projet de suivi thérapeutique (37). Il peut contribuer à la marginalisation des patients en accélérant la perte d'autonomie et augmenter le risque de survenue de situation de crise. Parmi les situations identifiées comme favorisant le refus de soins nous pouvons citer : l'âge élevé de la personne, le fait d'avoir une forme évoluée de la maladie, l'existence de troubles du comportement à type de délire ou hallucination, d'agitation ou agressivité, dysphorie ou apathie.

Le souhait de rester au domicile le plus longtemps possible n'est parfois pas réalisable, tout comme celui de mourir à domicile. Selon une étude, les personnes âgées meurent principalement à l'hôpital (55%), il a été constaté que le nombre de personnes âgées mourant au domicile est en régression au fil des années et parallèlement, le nombre de personnes âgées mourant en institution est en augmentation (38).

### **I.1.6. Les troubles psychiques des personnes âgées**

Le diagnostic de dépression chez la personne âgée peut être difficile à poser du fait de la diversité de son expression clinique. Il est clairement établi dans la littérature que ce diagnostic reste sous évalué chez la personne âgée et donc sous traité (39). Il convient de différencier d'authentiques signes dépressifs de modifications cliniques liées au vieillissement physiologique ou des symptômes induits par une affection somatique ou iatrogénique (33).

La dépression peut se présenter sous un aspect typique d'épisode dépressif majeur selon les critères du DSM-V à savoir : une humeur dépressive, une diminution de l'intérêt ou du plaisir pour les activités, une perte de poids, une insomnie, un ralentissement psychomoteur, une fatigue, un sentiment de dévalorisation, des idées suicidaires. Dans le DSM-V, un évènement tel que le deuil n'est plus un critère d'exclusion du diagnostic d'épisode dépressif majeur (40). Associé à des idées suicidaires, un ralentissement psychomoteur, un sentiment de dévalorisation, il suggère la présence d'un épisode dépressif majeur.

Il existe des tableaux dépressifs dont la nature pathologique ne fait aucun doute et dont l'expression clinique est fréquente chez la personne âgée. La dépression mélancolique se caractérise par des comportements de prostration, mutisme, voir une catatonie. Au contraire, il peut y avoir des comportements d'agitation et d'irascibilité.

Elle peut s'accompagner de symptômes à type d'hallucinations, d'idées délirantes de préjudice, d'incurabilité, de culpabilité, de ruine et de dévalorisation. Au maximum, on peut citer le syndrome de Cotard qui associe un sentiment de damnation, un délire de négation d'organes, un sentiment de nihilisme et d'immortalité.

D'autres formes de dépressions sont plus insidieuses ou atypiques et la frontière entre le normal et le pathologique peut être difficile à distinguer (41,42).

L'épisode dépressif organique est évoqué lorsqu'il existe une présomption de causalité directe entre une affection cérébrale ou une autre affection physique et un trouble associant une modification de l'humeur à une altération globale du niveau d'activité.

Le trouble dysthymique est défini par l'association d'une humeur dépressive chronique pendant au moins deux ans et au moins trois symptômes d'une liste établie.

Le trouble de l'adaptation avec humeur dépressive est un état de détresse et de perturbation émotionnelle survenant dans le mois suivant une période d'adaptation à un changement existentiel ou un événement stressant. Il peut survenir lors du changement du lieu de vie du sujet, par exemple lors de son entrée en institution.

La dépression subsyndromique peut renvoyer à des situations où le nombre de symptômes dépressifs est insuffisant pour remplir les critères de définition des troubles dépressifs.

L'expression symptomatique de certaines formes de dépression rend également difficile ce diagnostic.

La dépression à masque algique, sera évoquée en présence d'une douleur sous toutes ses formes et en l'absence d'antécédent ou de signe d'appel d'une affection somatique. Dans la dépression à forme hypochondriaque, le sujet présente des plaintes somatiques associées à une anxiété majeure et des revendications fréquentes.

Les dépressions pseudodéméntielles, décrites dans les années 1960, font référence à des syndromes démentiels d'apparition brutale, sans étiologie organique évidente et curable. Le diagnostic est orienté par l'intensité de la plainte et de l'angoisse, la sévérité de la régression, la dramatisation ou des réponses stéréotypées.

Les syndromes de désinvestissement mettent en scène des personnes très âgées, refusant de s'alimenter et maigrissant, s'enfermant dans un isolement croissant et refusant l'aide médicale.

Les troubles des conduites et du comportement tels que les cris et les comportements auto ou hétéroagressifs peuvent avoir une valeur d'équivalent dépressif. La dépression à forme hostile par exemple, se définit par un changement récent du comportement avec un sujet devenant irritable, susceptible, coléreux, méfiant, agité et émotionnellement labile.



La dépression à forme anxieuse se caractérise par la présence d'une inquiétude permanente avec des accès anxieux inexplicables, des ruminations envahissantes, une dépendance et des comportements régressifs.

Le tableau clinique hétérogène que peut revêtir la dépression de la personne âgée en explique les difficultés diagnostiques. Les signes d'alarme évoqués précédemment doivent alerter le médecin prenant en soin le sujet âgé pour proposer une thérapeutique adaptée le plus tôt possible. Des outils peuvent être utilisés pour faciliter le dépistage de la dépression chez les personnes âgées en ambulatoire. Une étude suggère l'utilisation de la Mini-Geriatric Depression Scale (GDS) à ces fins (43).

Parmi les facteurs identifiés pouvant favoriser le développement d'un état dépressif chez la personne âgée, on peut citer le veuvage, le fait de vivre seul, l'isolement social (43). La présence d'une comorbidité somatique comme le diabète par exemple est également un facteur de risque.

Les troubles anxieux des personnes âgées sont fréquents mais souvent sous diagnostiqués du fait d'une expression différente par rapport aux adultes jeunes et des comorbidités somatiques et psychiatriques fréquentes (44). Parmi elles, on peut citer la dépression, les maladies cardio-vasculaires, les accidents vasculaires et le déclin cognitif (45).

Cliniquement, il existe le tableau d'anxiété typique, se manifestant par des symptômes psychiques (sentiment de malaise, d'insécurité, de menace) et des manifestations physiques (oppression thoracique, striction laryngée, tachycardie, polypnée). Chez les personnes âgées, l'expression de l'anxiété se fait souvent de façon atypique avec des plaintes somatiques, une asthénie, des plaintes cognitives, une inhibition ou une excitation psychomotrice, une agitation, des fugues.

Sur le plan nosographique, on distingue (33):

- Les névroses, parmi lesquelles peuvent être distinguées plusieurs entités. Selon le DSM-V (40), on distingue le trouble panique, qui correspond à la récurrence d'attaques de panique et l'anxiété généralisée correspondant à un fond anxieux permanent. Les attaques de panique ou crises

d'angoisse, se caractérisent par la survenue rapide de peur ou de malaise intense. L'agoraphobie est une peur ou une anxiété concernant des situations telles que l'utilisation des transports publics, se trouver dans des espaces ouverts ou fermés. On distingue également les phobies spécifiques telles que l'hypochondrie, se caractérisant par la peur d'une maladie somatique centrée sur un organe ou une fonction. Les plaintes concernant le tube digestif sont particulièrement fréquentes chez la personne âgée. Les troubles obsessionnels compulsifs se caractérisent par l'appauvrissement des idées obsédantes, des compulsions ou des rites. Les névroses hystériques évoluent vers des dépressions trainantes, à symptomatologie anxieuse et hypochondriaque et des états régressifs aigus.

- L'anxiété réactionnelle, faisant suite à une confrontation à une situation éprouvante. Elle peut être facilement accessible à la réassurance ou au contraire devenir invalidante dans la vie quotidienne.
- L'anxiété secondaire, qui peut être induite par l'absorption de substance comme la caféine ou un médicament en quantité excessive. Elle peut être également secondaire à une pathologie organique ou psychiatrique.

Concernant les troubles délirants, nous pouvons distinguer sur le plan clinique et nosographique :

- Les troubles délirants aigus, fréquemment associés à des manifestations confusionnelles. Les bouffées délirantes aiguës de la personne âgée sont rares.
- Les troubles délirants chroniques, dont il faut différencier les psychoses chroniques vieilles (paranoïa, psychose hallucinatoire chronique, paraphrénies) des psychoses apparaissant spécifiquement chez la personne âgée. Parmi les psychoses vieilles, on retrouve aussi la schizophrénie dont la composante délirante et hallucinatoire a tendance à diminuer chez la personne âgée au profit de l'indifférence, du retrait affectif, de l'aboulie, du maniérisme et des stéréotypies. Les délires

chroniques d'apparition tardive sont des délires bien construits, au contenu pauvre, centré sur l'univers de la personne âgée et son propre corps. Les thématiques sont la persécution, le préjudice, l'hypochondrie. Les mécanismes sont interprétatifs, imaginatifs ou hallucinatoires. Ils sont favorisés par un isolement sensoriel ou un évènement stressant.

Le syndrome confusionnel, selon le DSM-V (40), est caractérisé par l'association de trouble de l'attention, de désorganisation de la pensée et de troubles cognitifs, s'installant sur une courte période, avec des fluctuations au cours de la journée. Chez la personne âgée, les symptômes au premier plan vont être la désorientation temporo-spatiale, la perplexité anxieuse, l'inversion du rythme nyctéméral et les troubles du comportement. A l'origine de ce syndrome, on retrouve principalement des étiologies somatiques : infections, hypoxie, intoxications ou sevrage de substances psycho-actives. Sa survenue peut également être favorisée par un facteur de stress tel qu'une intervention chirurgicale, un deuil, un changement de lieu de vie.

Concernant les pathologies addictives, nous évoquerons en particulier l'alcoolisme du patient âgé.

Ce diagnostic est parfois difficile, car la consommation est solitaire et dissimulée à l'entourage ou au médecin. Un alcoolisme peut se révéler par des signes non spécifiques, tels que des troubles du caractère, une tendance à l'isolement, des troubles de l'humeur, une anxiété, des troubles du sommeil, des troubles mnésiques ou des troubles du comportement (33). Des signes tels qu'une incurie, une dénutrition, un amaigrissement, des antécédents de chute ou de fracture devront particulièrement attirer l'attention. Sur le plan somatique, des signes peuvent orienter vers une consommation abusive d'alcool : un teint congestionné ou terreux, une dilatation des capillaires du visage, des conjonctives jaunâtres, des tremblements. Les troubles neuropsychiatriques sont nombreux : ivresse accompagnée de troubles du comportement, troubles cognitifs, syndrome cérébelleux, syndrome de Korsakoff, encéphalopathie de Gayet-Wenicke, démence alcoolique.

Sur le plan nosographique, on peut distinguer deux types d'alcoolisme : d'une part, l'alcoolisme à début précoce ayant vieilli et d'autre part l'alcoolisme à début tardif apparu après 60 ans.

Concernant le sommeil, les personnes âgées souffrent d'une baisse de l'efficacité de

celui-ci, d'éveils fréquents et prolongés au cours de la nuit, de réveils matinaux précoces et d'une augmentation de la somnolence au cours de la journée. Cliniquement, il faut évaluer si ces troubles du sommeil surviennent dans le processus physiologique de modification du rythme circadien lié au vieillissement ou s'ils sont en rapport avec une hygiène de vie défectueuse.

Les troubles du comportements des patients déments sont regroupés sous la dénomination « signes et symptômes comportementaux et psychologiques liés aux démences » (SCPD). Ils sont présents dans le tableau clinique de la maladie d'Alzheimer et des pathologies apparentées.

Ils se définissent comme des symptômes de distorsion de la perception et du contenu de la pensée, de l'humeur ou du comportement proprement dit (46). Cliniquement, on distingue les signes « négatifs » comprenant l'apathie, l'indifférence affective, l'apragmatisme, un désintérêt, une absence de plaisir et d'émotion et un repli.

A l'opposé, on peut citer l'agitation verbale ou motrice pouvant s'accompagner d'agressivité, les idées délirantes ou les hallucinations. On peut retrouver des manifestations dépressives ou de dysphorie, ainsi que des symptômes anxieux.

L'instabilité motrice se manifeste par des déambulations, une incapacité à rester en place, ou des conduites de poursuite de l'aidant dans tous ses déplacements.

Des tableaux d'exaltation de l'humeur avec une euphorie, une impulsivité et une désinhibition peuvent être rencontrés, notamment dans les démences fronto-temporales.

### **I.1.7. Les difficultés d'accès des personnes âgées aux soins psychiatriques**

Comme vu précédemment, les résultats épidémiologiques montrent une prévalence non négligeable des pathologies psychiatriques chez les personnes âgées. Paradoxalement, l'accès aux soins psychiatriques dans cette tranche d'âge est encore insuffisant (6). On peut identifier plusieurs facteurs pouvant expliquer ce constat. Du côté du patient, lorsque celui-ci arrive à un certain âge, il peut exister une réticence à consulter un psychiatre alors que celui-ci n'a jamais fait parti de sa vie. Du côté médical, il existe un manque réel de psychiatres spécialistes de la personne âgée. En effet, la France a été classée en 2007 en dix-huitième position mondiale en termes de structure et d'organisation des soins en psychiatrie de la personne âgée par l'OMS (47). Au niveau national, on constate des disparités importantes concernant l'offre de soins psychiatriques pour les personnes âgées en fonction des



territoires.

Enfin, l'isolement des personnes âgées peut expliquer cet accès aux soins plus limité (48). Cet isolement s'explique par la perte d'autonomie arrivant avec le vieillissement, et par la raréfaction des contacts sociaux dans une société où l'individualisme prédomine.

Les patients psychotiques vieillissants sont particulièrement exposés aux difficultés d'accès aux soins et à un risque de rupture de suivi (6).

Ce constat est également fait dans la région Limousin. Selon l'ORS du Limousin, près d'une personne âgée de 60 ans ou plus sur dix aurait renoncé à des soins en médecine générale. Les motifs évoqués sont : des problèmes financiers, des problèmes de transport et des délais de rendez-vous trop importants (23).

Une étude a permis de cerner le profil de patients qui n'accédaient pas aux soins de Consultation Mémoire de proximité dans le département des Yvelines (49). Il s'agit de patients de plus de 85 ans, avec un MMSE < 24, qui vivent seuls ou en hébergement.

### **I.1.8. La réduction des hospitalisations en psychiatrie**

Dans les années 1960, on voit apparaître l'émergence du concept de désinstitutionalisation en psychiatrie. Deux modèles font leur apparition avec la création des équipes de secteur en France et l'Assertive Community Treatment (ACT) aux Etats-Unis.

Le secteur psychiatrique, créé depuis les ordonnances du 15 Mars 1960 (50), se définit comme une politique sanitaire dans laquelle une même équipe médico-sociale a la charge d'un territoire géographique découpé autour d'une population ne devant pas excéder 70 000 habitants. Il vise à maintenir le sujet dans son milieu, à traiter au plus tôt et au plus près et à assurer les préventions primaire, secondaire et tertiaire.

Dans cette continuité, l'Agence Régionale de Santé (ARS), dans le cadre de la loi de modernisation de notre système de santé du 26 Janvier 2016, désire mettre en place des mesures afin d'améliorer les soins de proximité et d'organiser les soins en santé mentale. Ces mesures s'inscrivent dans une politique de réduction des hospitalisations complètes des personnes souffrant de troubles mentaux face au constat d'un taux élevé de recours aux hospitalisations en France, la situant dans les trois derniers pays de l'Organisation de Coopération et de Développement Économiques (OCDE) n'ayant pas conduit leur virage

ambulatoire. Ces mesures devraient permettre également d'améliorer l'accessibilité aux soins psychiatriques en garantissant l'accès à un diagnostic précoce, en développant la prévention et en rendant accessibles les techniques et les modalités de prise en charge les plus innovantes (traitements médicamenteux, psychothérapies, interventions psychosociales) (51).

Parmi les mesures de ce dispositif on peut citer la mise en place d'une « psychiatrie de secteur rénovée » ou « projet territorial de santé mentale » qui va privilégier les prises en charge ambulatoires et garantir en proximité l'accessibilité et la continuité des soins notamment pour les parcours les plus complexes.

En Limousin, l'ARS a défini un plan stratégique régional de santé dans le cadre du projet régional de santé de 2012-2016.

Parmi les objectifs de ce plan on retrouvait notamment des mesures concernant les soins hospitaliers :

- « faire évoluer l'organisation des prises en charge vers une offre moins centrée sur l'hospitalisation traditionnelle et faisant davantage jouer les complémentarités »
- « développer des modes de prise en charge substitutifs à l'hôpital pour les activités pouvant être réalisées à meilleur coût, au plus près du patient ».

Les effets attendus de ces mesures sont : améliorer l'efficacité des prises en charge par la réduction des coûts de celles-ci, actuellement trop centrées sur l'hospitalisation, mieux spécifier la place de l'hospitalisation à temps complet et de réduire les inadéquations hospitalières.

La question de la réduction des hospitalisations en psychiatrie a déjà fait l'objet d'études. Une étude luxembourgeoise a démontré que des interventions de crise au sein de service d'urgences psychiatriques permettaient une réduction des hospitalisations volontaires en psychiatrie et permettaient l'instauration d'un suivi ambulatoire (52). De telles interventions menées en amont par le biais d'une équipe mobile intervenant au domicile pourraient éventuellement permettre d'éviter ces passages aux urgences et les hospitalisations qui en découlent.

### I.1.9. L'hospitalisation des personnes âgées

Le nombre de personnes âgées hospitalisées est en augmentation au sein des établissements publics y compris en psychiatrie (6). Selon l'OMS, en 2010 en France, on constate une augmentation des hospitalisations de 14,6% pour les sujets de plus de 80 ans.

Selon une étude réalisée en Auvergne chez les personnes âgées de 65 ans et plus vivant au domicile, près de 20% d'entre elles auraient été hospitalisées dans l'année (53). Concernant le recours aux urgences, les personnes âgées représentent une part importante des usagers. Dans une enquête nationale de la DRESS concernant les structures d'urgences hospitalières, les patients âgés de 75 ans ou plus représentaient 12% des passages (54). Ces personnes provenaient le plus souvent du domicile et plus de la moitié (56%) étaient hospitalisées dans les suites du passage aux urgences.

En 2015 en Haute-Vienne, selon l'ORS du Limousin, il y aurait eu 1880 séjours hospitaliers en psychiatrie pour des personnes de 60 ans et plus, ce qui représentait 17 séjours en psychiatrie pour 1000 habitants de 60 ans et plus (23).

Les personnes âgées hospitalisées sont le plus souvent des femmes, vivant seules et plus de la moitié bénéficie d'une aide à domicile. Une étude a démontré que près de 37% de ces patients ont reçu le diagnostic de démence durant l'hospitalisation et que ce diagnostic était inconnu auparavant. Pour autant ce ne doit pas être un motif d'hospitalisation aiguë. L'intervention en amont d'une équipe spécialisée pour pratiquer une évaluation cognitive pourrait éviter ces hospitalisations en urgence par des actions de prévention et de mise en place de thérapeutiques (55).

D'après une étude récente (56), les motifs d'hospitalisation en service de psychiatrie de la personne âgée concernant les patients résidents en EHPAD sont : en premier lieu, une intensité des symptômes incompatible avec une prise en charge dans l'établissement, puis les demandes de rééquilibrage du traitement, les demandes d'avis psychiatrique sur un problème complexe, une recherche diagnostique. En dernier lieu, il y a les tentatives de suicides et les séjours de rupture.

Il est à souligner qu'en dehors des séjours de rupture et des situations d'urgence comme les tentatives de suicide, les hospitalisations pourraient être remplacées par l'intervention d'une équipe mobile de psychiatrie de la personne âgée.

Concernant les motifs d'hospitalisation des personnes âgées à l'hôpital général, on retrouve en première position les chutes, puis les troubles psycho-comportementaux en deuxième position. Viennent ensuite l'insuffisance cardiaque et la perte d'autonomie. Les problèmes exclusivement médico-sociaux ne concernent qu'une petite partie des hospitalisations (55). A noter que les troubles psycho-comportementaux sont fréquemment associés à une comorbidité somatique, et les motifs d'admission en lien direct avec une pathologie démentielle sont moins nombreux.

Ces résultats soulignent l'importance d'une évaluation globale du patient âgé fragile, tant sur le plan somatique que sur le plan psychique.

### **I.1.10. Personne âgée : aspects sociologiques**

Les personnes âgées vivant à domicile estiment en majorité avoir une assez bonne qualité de vie liée à la santé (53). Elles seraient notamment satisfaites de leurs contacts sociaux, de leur relation aux autres, et de la façon dont elles organisent leurs passe temps et loisirs. Elles jugeraient dans l'ensemble leur état de santé global comme bon ou excellent. Néanmoins, elles estiment que l'âge a un impact négatif sur la qualité de vie, ainsi que sur les problèmes de couple et sur les soucis d'ordre matériel et financier.

Sur le plan relationnel, l'isolement de la personne âgée est une réalité. Selon l'INSEE, en France, un peu plus de 20% des personnes âgées entre 65 et 69 ans vivent seules au domicile. Il s'agit le plus souvent de femmes, se retrouvant seules du fait d'un veuvage. De plus, les parents âgés sont de moins en moins souvent hébergés par leurs enfants.

Le lieu de résidence est également une source d'isolement. Les personnes vivant en milieu rural se retrouvent à l'écart des structures de soins, des commerces, des structures culturelles, de leur famille, avec parfois l'absence de voisinage et une impossibilité de se déplacer, qui contribue encore plus à leur isolement social. Environ 24% des personnes de plus de 65 ans vivraient dans des communes rurales en France.

La famille est très importante pour la personne âgée. Même si celle-ci tient à garder son autonomie en ne vivant pas sous le même toit que ses enfants, la nature des relations intergénérationnelles influence fortement les conditions de vie des personnes âgées. Environ la moitié reçoit une aide régulière de la part de leurs enfants. Selon plusieurs auteurs, on constate qu'en moyenne 80% des gestes d'assistance envers les personnes âgées

dépendantes sont délivrés par l'entourage et le reste par des aidants professionnels (57). Les personnes âgées sont actives sur le plan occupationnel. Selon l'ORS du Limousin, en 2015, 10% des Haut-Viennois de 75 ans ou plus sont bénévoles dans une association et 17% fréquentent un club des aînés. Ils sont 42% à avoir fait un voyage d'agrément au cours des deux années écoulées et 31% à être allé voir un spectacle. Cependant environ la moitié déclare ressentir parfois ou souvent un sentiment de solitude (23).

### **I.1.11. Organisation des soins en psychiatrie de la personne âgée**

La psychiatrie de la personne âgée bénéficie de structures de soin diverses, à la fois institutionnelles et ambulatoires (58). L'organisation des soins est ainsi faite pour répondre de façon la plus appropriée aux besoins de cette population.

Les différentes structures sont complémentaires et il est indispensable qu'elles travaillent de façon conjointe. De cette façon, les structures extra hospitalières sont continuellement en lien avec l'institution et inversement.

Les structures hospitalières permettent une hospitalisation à temps complet ou partiel des patients.

L'hospitalisation à temps complet se fait sur les unités de soins aigus de psychiatrie de la personne âgée. Le but de ces structures est de répondre à une demande d'évaluation psychiatrique ou de gérer des situations de crise. De préférence, cette hospitalisation est programmée, mais peut se faire également dans un contexte d'urgence. La durée de l'hospitalisation est la plus courte possible en fonction de la nécessité d'évaluation (de 15 jours à 4 semaines en moyenne) (59).

L'hospitalisation à temps partiel concerne les hôpitaux de jour. Ils font leur apparition au milieu des années 1970, avec pour but de maintenir le patient dans son environnement et de maintenir l'adaptation sociale de celui-ci. C'est un lieu de soin qu'il convient de différencier des accueils de jour qui sont des structures sociales.

On y trouve des patients avec des troubles mentaux dont l'équilibre est compatible avec un maintien à domicile. Les indications sont les troubles de l'humeur, les troubles psychotiques et les déficits intellectuels ne s'accompagnant pas de troubles majeurs du comportement, rendant incompatible la vie en groupe (59).

La prise en charge repose sur la stimulation, la réadaptation, la revalorisation narcissique du patient et la restauration d'un lien social. Une aide est également apportée à la famille à

visée pédagogique sur l'explication des troubles présentés par le patient et les réponses à y apporter sous forme de groupes de paroles (60).

Les consultations, effectuées par des psychiatres ou des psychologues cliniciens ont un but d'évaluation et de suivi des patients.

Les équipes ambulatoires permettent la prise en charge des patients directement dans leur cadre de vie. Elles sont à l'interface entre le domicile du patient et l'hôpital.

Parmi les structures ambulatoires, on peut citer l'équipe de soins ambulatoires « de secteur ». Ses missions sont, par le biais de visites à domicile, d'assurer un suivi des patients et de maintenir celui-ci dans son environnement. En psychiatrie de la personne âgée, elles ont un rôle non négligeable de soutien et de dépistage de décompensations.

Enfin, les équipes mobiles de psychiatrie de la personne âgée ont pour mission principale l'évaluation de situations à domicile. Parfois, cela se fait dans un contexte de demande d'hospitalisation en unité de psychiatrie de la personne âgée. Le but de l'équipe sera alors d'aller évaluer sur place la nécessité ou non d'une hospitalisation. Cela peut aboutir à une rationalisation de celle-ci et mener à des propositions d'alternatives. Cependant dans certains cas, elle peut la confirmer.

## **I.2. Les équipes mobiles de psychiatrie de la personne âgée**

Dans les années 1960, on assiste dans certains pays d'Europe à l'émergence du concept de médecine communautaire, destiné aux populations fragiles comme les personnes âgées, les enfants, les personnes handicapées et les malades mentaux.

Au Royaume-Uni, dans la période d'après guerre, le *Mental Health Act* prévoit des nouvelles structures d'accueil, tels que des foyers ou hôtels thérapeutiques. Aux Etats-Unis, en Hollande et au Royaume-Uni se développent les équipes mobiles de psychogériatrie, les centres de jour mobiles ou équipes itinérantes circulant entre plusieurs structures.

En France, Claude Balier, dans le but d'innover sur le plan médico-social en psychogériatrie dans le XIIIème arrondissement de Paris, décide d'introduire la notion de psychiatrie communautaire aux personnes âgées. Le but est que celles-ci puissent bénéficier d'une prise en charge à domicile (61).

La circulaire du 25 octobre 2004 (62), relative à l'élaboration du volet psychiatrie et santé mentale des SROS 3 (Schémas Régionaux d'Organisation Sanitaire) définit comme prioritaire la prise en charge psychiatrique des personnes âgées.

Suite à la circulaire de Mars 2007 (63) sur les filières gériatriques et le plan psychiatrie et santé mentale, on a vu se développer les équipes mobiles de gériatrie.

Le plan psychiatrie et santé mentale de 2007 décrit le projet de mise en place de mesures sanitaires ayant pour objectif « de répondre aux besoins de prévention et de prise en charge des troubles psychiatriques des personnes âgées dans un cadre global et cohérent ». Parmi ces mesures on peut citer « le renforcement des réponses psychiatriques dans une logique de proximité des soins dans le cadre de la psychiatrie de liaison et d'interventions à domicile, quels que soient le lieu, le moment et le champ dans lesquels les besoins de prise en charge spécialisée s'expriment. »

Tout comme les hôpitaux de jour gérontopsychiatriques, elles constituent un trait d'union entre la psychiatrie générale, la neurologie et la gériatrie, le soma et la psyché, le cognitif et l'affectif, l'approche diagnostique et thérapeutique, le patient et sa famille, l'intra et l'extra hospitalier, le médical et le social (60).

Les équipes mobiles de psychiatrie de la personne âgée se font plus rares que les équipes mobiles de gériatrie. Pourtant le besoin d'un regard spécialisé sur les patients âgés est bien présent que cela soit en EHPAD ou à domicile.

## **I.2.1. Développement des équipes mobiles de psychiatrie de la personne âgée**

### **I.2.1.1. Le besoin d'une expertise spécialisée en EHPAD**

Les équipes mobiles de psychiatrie de la personne âgée se sont développées suite au constat de carence de couverture des populations présentant des troubles psychiatriques par la psychiatrie de secteur, en particulier dans les EHPAD (64).

Plusieurs constats peuvent être faits, avec notamment une absence de prise en charge adaptée pour les personnes atteintes de dépression et de troubles psycho-comportementaux liés à des démences. Il existe une absence de dépistage systématique de ce type de trouble et une absence de diagnostic différentiel. Enfin, on constate une carence

dans la prise en charge au niveau institutionnel et des liens avec le secteur psychiatrique hospitalier insuffisamment développés. Or, la dépression est identifiée comme un facteur d'aggravation de l'état des personnes accueillies en EHPAD (16).

Cela a conduit plusieurs équipes de gériatrie à développer un axe d'intervention dans ce domaine de compétence avec des équipes de médecins gériatres formés à la psychiatrie. En effet, les besoins d'une expertise en psychiatrie de la personne âgée se font de plus en plus ressentir au sein des EHPAD. Cela est en parti du à une prévalence plus élevée de résidents présentant une démence ou une maladie psychiatrique en comparaison avec la population générale du même âge (65).

Lors de la 5<sup>ème</sup> Journée nationale des équipes mobiles de gériatrie qui s'est déroulée en 2012 à Limoges (64), le Dr Moheb, du Centre Hospitalier d'Annecy, a présenté une évaluation des besoins au sein des EHPAD concernant les problèmes psychiatriques. Sur 767 résidents recensés, 11,2% présentaient des troubles psychiatriques antérieurs à l'entrée en EHPAD et 11,4% présentaient des troubles psychiatriques récents. Environ 30% des résidents avaient des troubles psycho-comportementaux liés à la démence.

Les EHPAD souhaitaient l'intervention d'une équipe psychiatrique concernant les patients avec une psychose délirante et un risque suicidaire. Parmi les résidents, seuls 8% étaient suivis par la filière psychiatrique et 24,6% par la filière gériatrique, principalement par l'équipe mobile de gériatrie. Dans plus de 20% de leurs interventions en EHPAD, les équipes mobiles de gériatrie évoquaient le besoin d'une expertise psychiatrique.

Le Dr Petit, de l'hôpital Bretonneau à Paris, a également insisté sur ce besoin dans sa communication. Entre Septembre 2008 et Septembre 2011, 417 évaluations psychiatriques ont été réalisées avec pour motifs principaux les troubles du comportement perturbateurs. L'expérience a retrouvé de nombreux diagnostics erronés dont 61% pour les troubles du comportement et 25% de diagnostic de dépression par excès. Sur 4 ans d'évolution, on retrouve une augmentation des demandes de consultation pour les pathologies psychiatriques et une diminution du recours pour les troubles du comportement. Le nombre d'hospitalisations évitées aurait été estimé à 20%.

Une étude a analysé les attentes des médecins coordonateurs d'EHPAD vis-à-vis d'une équipe mobile de psychiatrie de la personne âgée (56). Dans cette étude, les médecins coordonateurs étaient 33% à estimer indispensable la création d'une équipe mobile de psychiatrie. Quarante-deux pour cent jugeaient cette création très utile et 22% d'entre eux la jugeait utile. Les médecins coordonnateurs exprimaient des besoins d'aide

pour le diagnostic et la thérapeutique et souhaiteraient la collaboration de cette équipe dans la formation des soignants et dans les réunions de synthèse des résidents. Les autres attentes citées vis-à-vis de l'équipe mobile étaient l'intervention en cas de crise, de faire un relais avec l'hospitalisation, d'organiser le suivi des patients par l'intervention régulière d'une infirmière diplômée d'état et de soutenir les équipes.

### **I.2.1.2. Des besoins également importants à domicile**

Certaines situations complexes concernant des personnes âgées vivant au domicile nécessitent une intervention complémentaire de psychiatres et gériatres. C'est le cas par exemple lorsqu'un patient présente des fragilités multiples tant sur le plan somatique que sur le plan psychiatrique ou lorsque le maintien à domicile est menacé. C'est dans ce contexte que sont créés des partenariats entre équipes mobiles de gériatrie et équipes mobiles de psychiatrie de la personne âgée, comme cela se fait depuis 2012 à Limoges.

Comme vu précédemment, il est constaté également des difficultés d'accès de la population aux soins psychiatriques spécialisés. Cela est lié à plusieurs facteurs, parmi lesquels des facteurs individuels (dénier de la maladie, méfiance, traits de personnalité), des facteurs liés à la société (stigmatisation), des facteurs liés aux institutions (manque de continuité dans la transition des soins hospitaliers aux soins ambulatoires) (66).

Les médecins généralistes sont à la recherche d'une aide pour le soin à domicile des personnes âgées qu'ils jugent trop chronophage (67).

Dans la littérature, on identifie d'autres dysfonctionnements en lien avec le traitement des troubles mentaux des personnes âgées. Les médecins généralistes se plaignent notamment de l'absence de psychiatre disponible lorsqu'un avis est nécessaire, d'une mauvaise collaboration avec les Centres Médico-Psychologiques, d'une mauvaise coordination avec les différents intervenants auprès d'un patient, d'un recours à l'hospitalisation comme seule réponse possible quand apparaissent des troubles du comportement ou au contraire d'une difficulté à hospitaliser les patients âgés souffrant de troubles psychiatriques (68).

Une étude a mis en évidence l'intérêt d'une équipe mobile aux compétences gériatriques et psychiatriques se rendant à domicile chez les patients en situation de refus de soins souffrant de troubles cognitifs (37). L'intervention au domicile d'une équipe mobile

spécialisée permet de faire une évaluation de ces situations en complément de celle du médecin traitant. Le but est de proposer des alternatives aux hospitalisations en urgence ou aux entrées non préparées en EHPAD. Les alternatives pouvant être une reprise de suivi ou un renforcement des aides à domicile par exemple. L'intervention précoce d'une telle équipe pourrait également éviter les situations de refus de soins.

## **I.2.2. Les différents types de demande d'intervention**

Lorsque les équipes mobiles sont sollicitées, elles font face à plusieurs types de demande. Elles peuvent être regroupées en plusieurs catégories. Triffaux (69) a catégorisé les différents types de demandes faites à une équipe de psychiatrie de liaison, ces catégories peuvent s'appliquer par extension aux équipes mobiles de psychiatrie de la personne âgée en EHPAD ou à domicile.

- *La demande – rejet* : le psychiatre de liaison est appelé en catastrophe avec la mission de négocier la sortie du patient en dehors du service.
- *La demande de type mise à l'épreuve* : plusieurs traitements ont déjà été essayés par les somaticiens sans résultat. Le psychiatre est appelé afin de voir s'il pourra trouver un nouveau traitement miraculeux.
- *La demande déontologique* : aux yeux du praticien somaticien, il n'existe aucune dimension psychique aux symptômes du patient. L'intervention familiale fait cependant pression au niveau du médecin de salle pour que le psychiatre puisse voir le patient. On ne retrouve aucun désir personnel de la part du demandeur.
- *La demande de réassurance* : ce type de demande concerne souvent les patients suicidaires. La crainte d'un nouveau passage à l'acte dans le service stimule dans ce cas la demande d'avis psychiatrique afin d'obtenir la « couverture » du psychiatre.
- *La demande en désespoir de cause* : le psychiatre de liaison est appelé au chevet du malade quasi comateux, avec comme demande d'envisager l'indication d'une perfusion d'antidépresseur comme intervention de la

dernière chance.

- *La demande didactique* : le praticien est convaincu de la dimension psychique de l'affection de son patient et demande une confirmation et une proposition de traitement quant à la prise en charge de son patient.
- *La demande idéale* : le praticien a dépisté la composante psychique chez son patient et le prépare efficacement à rencontrer le psychiatre en consultation spécialisée. Cette rencontre peut se dérouler idéalement en présence du demandeur, du patient et du psychiatre, ce qui permet l'alliance thérapeutique.

### **I.2.3. Les motifs de recours aux équipes mobiles de psychiatrie de la personne âgée**

Les équipes mobiles de psychiatrie de la personne âgée peuvent être sollicitées pour toute problématique psychiatrique pour laquelle le médecin généraliste se trouve dans une impasse thérapeutique ou nécessite une expertise spécialisée.

Dans la littérature, on retrouve divers motifs de recours aux équipes mobiles de psychiatrie de la personne âgée.

Chez les patients souffrants de troubles cognitifs au domicile on retrouve :

- le refus de soins du patient ou le refus d'aides à domicile (37)
- l'épuisement de l'aidant familial
- le manque de diagnostic

A domicile, les diagnostics cliniques fréquemment évoqués sont les troubles de l'humeur, les troubles psychotiques et les troubles démentiels (70). On retrouve aussi des demandes concernant des troubles du comportement en rapport avec une pathologie organique, les troubles névrotiques et les troubles de la personnalité (71).

Très souvent, les équipes sont sollicitées pour gérer des situations de crise chez des patients avec un isolement socio-affectif. La notion de crise comprend par exemple les risques de décompensation psychiatrique imminente, les risques suicidaires ou de passage à l'acte.

En dehors des situations de crise, les équipes interviennent pour des consultations psychogériatriques ou des évaluations urgentes (66,72).

En EHPAD, les motifs des demandes sont en majorité l'agressivité et l'agitation, puis les troubles psychotiques comprenant les délires et les hallucinations, les troubles anxieux, les syndromes dépressifs, l'opposition aux soins, l'existence d'une démence ou d'une confusion et les troubles du sommeil. On retrouve aussi des demandes de réajustement thérapeutique (73).

Les motifs d'intervention sont variés et combinent le domaine médical (gériatrique et psychiatrique) et le domaine social.

#### **I.2.4. Les caractéristiques démographiques des populations visitées par les équipes mobiles**

Dans la littérature, le profil des patients bénéficiant d'une intervention est le même suivant les études. Il s'agit majoritairement de femmes (58,2% à 66,8%), veuves le plus souvent. L'âge moyen va de 73,7 ans à 78 ans. Le plus souvent, les patients vivent seuls à domicile (72,7%). On retrouve la présence d'une comorbidité somatique (80%) et des antécédents psychiatriques dans 28,5 % des cas (70,72,73).

#### **I.2.5. Les personnes ayant recours aux équipes mobiles**

Concernant le domicile, la provenance des demandes d'intervention varie selon la littérature. Certaines équipes sont majoritairement sollicitées par le domaine social, comprenant les services sociaux et les Centres Locaux d'Information et de Coordination gérontologiques (CLIC) (70,71). L'entourage familial peut également solliciter une intervention.

En Suisse, une équipe mobile de psychiatrie de la personne âgée a identifié des demandes provenant majoritairement des médecins traitants, puis secondairement des services psychiatriques de secteur et des psychiatres privés (72).

Au sein des EHPAD, les demandes sont réalisées majoritairement par les infirmières diplômées d'état, ou par les directeurs d'EHPAD (73).

Les demandes peuvent également provenir du domaine de la santé par le biais des Centres Médico-Psychologiques ou du psychiatre de liaison (71).

Il est à noter que les demandes provenant directement des médecins traitants ou des médecins coordonnateurs d'EHPAD sont assez rares (73).

### **I.2.6. L'entretien lors de la visite à domicile**

Préalablement à toute visite à domicile, il faut recueillir, souvent par téléphone, le consentement de la personne concernée. Celui-ci est indispensable si on veut éviter que cette intervention ne paraisse trop intrusive, le domicile étant un domaine privé.

Parfois, on peut se heurter au refus de la visite par la personne. L'équipe arrivée devant la porte d'entrée du patient peut se voir refuser l'ouverture de celle-ci. Selon Monfort (74), il faut alors « savoir partir pour mieux revenir ». La persévérance, peut, avec le temps mener à un apprivoisement du patient, pouvant paraître méfiant à la première approche, d'autant plus si on se retrouve face à un patient ayant un trouble de la personnalité ou un délire chronique. Le contact avec le patient peut se révéler encore plus difficile car il s'agit pour certains de leur premier entretien avec un spécialiste en psychiatrie (72).

L'approche du patient âgé à domicile va se faire selon le modèle « bio-psycho-social » (75). Cette approche vise à élargir le champ d'évaluation à l'ensemble des facteurs de risques. Il sera évalué l'axe biologique (l'état somatique, l'état général, l'état nutritionnel, la mobilité, les fonctions sensorielles), l'axe psychique (la santé mentale, les fonctions cognitives, les capacités relationnelles) et l'axe social (finances, logement, aspects juridiques, mesure de protection).

L'examen du domicile du patient peut apporter autant, voire plus d'informations, que l'entretien avec le patient lui-même. On peut ainsi mettre en évidence un alcoolisme chronique par la découverte de bouteilles d'alcool vides, un état dépressif devant un délaissement du domicile ou encore un syndrome de Diogène par la visualisation d'une accumulation excessive d'objets inutilisés.

L'entretien avec l'entourage et les intervenants à domicile, s'il y en a, s'avère également riche en informations. On peut alors retrouver un épuisement de l'aidant ou une maltraitance. Le plus souvent, les visites à domicile se font en binômes, associant un médecin et une infirmière ou un médecin et une assistante sociale. Cela est d'autant plus confortable et sécurisant pour les intervenants ayant une méconnaissance des lieux et du patient. En effet,

une première visite à domicile effectuée par un seul intervenant peut s'avérer risquée, en particulier si le domicile est situé dans une zone sensible (par exemple en banlieue difficile) ou si l'intervention concerne un patient opposant, voire agressif.

Les visites à domicile répétées, s'inscrivent dans le cadre du suivi du patient pour permettre le maintien à domicile de celui-ci. Elles peuvent être effectuées par un binôme ou par un intervenant seul, celui-ci ayant instauré avec le patient une relation de confiance au fil du temps.

L'entretien psychiatrique lors d'une visite au domicile du patient âgé nécessite que celui menant l'entretien s'adapte au contexte (76). Le médecin se trouvant hors des murs de l'hôpital se voit alors dépourvu de « l'effet protecteur de la blouse blanche ».

Économiquement, le coût d'une visite à domicile est plus élevé que dans une structure de soin (77).

La mobilité et la connaissance du domicile du patient sont des aspects appréciés par les usagers des équipes mobiles, tout comme la capacité à répondre à certains besoins concrets au quotidien et la connexion active avec les proches et les professionnels impliqués (66).

L'équipe va devoir parallèlement essayer de limiter le nombre d'intervenant à domicile afin d'éviter que naisse un sentiment d'intrusion chez des patients parfois au profil de personnalité particulier.

### **I.2.7. Intérêt des équipes mobiles de psychiatrie de la personne âgée**

L'étude réalisée au cours de cette thèse nous mène à nous poser la question de l'intérêt d'une équipe mobile de psychiatrie de la personne âgée.

L'intérêt des soins à domicile en psychiatrie est depuis longtemps reconnu et validé. Cela est d'autant plus important en psychiatrie de la personne âgée où le but est de maintenir le plus longtemps le patient en bonne santé sur son lieu de vie.

La circulaire du 15 Mars 1960, « relative au programme d'organisation et d'équipement des départements en matière de lutte contre les maladies mentales », insiste sur ce point très important (50). Pour rappel, cette circulaire a donné officiellement naissance à la politique de secteur. On peut en citer quelques passages importants :

- concernant les personnes âgées : « ce n'est qu'exceptionnellement, lorsqu'elles présentent des troubles mentaux relevant de traitements psychiatriques qu'elles doivent être adressées à l'hôpital psychiatrique »
- « Le principe essentiel de l'organisation de la lutte contre les maladies mentales est de séparer le moins possible le malade de sa famille et de son milieu »
- « Les besoins réels en lits d'hospitalisation doivent être corrigés compte tenu des organismes extra hospitaliers existants ou à créer grâce auxquels on peut soit éviter l'hospitalisation, soit la réduire au minimum »
- « Les buts à atteindre sont les suivants : entreprendre les soins des malades mentaux à un stade plus précoce, [...] éviter la désadaptation qu'entraîne l'éloignement du malade de son milieu naturel »

L'intervention sur le lieu de vie du patient concoure à le maintenir dans son environnement par un soutien et une rééducation.

La question de l'évitement de l'hospitalisation « catastrophe » par la réalisation d'intervention de prévention au domicile et d'intervention en cas de crise est récurrente. Dans la littérature, l'intérêt des équipes mobiles de psychiatrie de la personne âgée dans l'évitement des hospitalisations a été démontré (72).

Les soignants travaillant avec ces équipes sont globalement satisfaits. Leurs interventions sont majoritairement retenues comme ayant été utiles pour les soignants intervenant en première ligne. Les préconisations thérapeutiques et propositions d'orientation sont, dans l'ensemble, validées par les médecins.

### **I.2.8. Études réalisées sur les équipes mobiles de psychiatrie de la personne âgée**

Il existe assez peu d'études menées sur les équipes mobiles de psychiatrie de la personne âgées. Dans la littérature, nous retrouvons des études ayant démontré leur intérêt. Beaucoup sont des essais randomisés dont on connaît la réalisation difficile dans ce contexte. L'interprétation des résultats doit se faire avec temporisation, mais beaucoup tendent à en supposer un effet positif.

Des études britanniques ont montré que des interventions psychiatriques à domicile ou en établissement médico-social ont permis d'améliorer les troubles du comportement des patients et de diminuer le recours aux hospitalisations. En EHPAD, il a été démontré l'utilité de l'intervention d'une équipe multidisciplinaire sur la consommation de médicaments. Cette consommation était réduite chez les résidents présentant une agitation et des comportements difficiles (78).

Une étude a évalué le ressenti des professionnels travaillant en EHPAD face aux résidents déments crieurs (79). Les professionnels décrivent un sentiment d'interrogation, un besoin d'aide, une anxiété, une lassitude, une asthénie, une impuissance et un sentiment d'échec voire une irritabilité et une agressivité face à ces comportements. Les professionnels envisageraient d'améliorer leur formation afin de mieux prendre en charge ces patients. Une autre solution envisagée était de mieux comprendre les troubles à l'origine des cris. C'est dans ce domaine en particulier que les équipes mobiles de psychiatrie de la personne âgée pourraient intervenir.

Le centre hospitalier du Rouvray, en Normandie, en lien avec l'ARS, a développé un dispositif de télépsychiatrie à l'adresse des patients résidant en EHPAD en s'appuyant sur une équipe mobile pluridisciplinaire (80).

La télémédecine a permis aux équipes mobiles de psychiatrie et de gériatrie d'étendre leur couverture territoriale grâce à l'optimisation du temps sanitaire, médical et soignant. Les déplacements médicaux ont été diminués de 10% environ. Ce dispositif a également permis une amélioration du travail avec les intervenants en EHPAD, améliorant la réactivité des équipes, la qualité des prises en charge et en diminuant le recours aux services d'urgences.

Les équipes mobiles de psychiatrie peuvent apporter une aide dans l'adaptation des patients psychotiques chroniques arrivant en institution. Ces patients font souvent l'objet de stigmatisation et de rejet en EHPAD, que cela soit de la part des autres résidents, de leur famille ou des soignants. Le rôle de l'équipe mobile sera d'aider les intervenants dans leur prise en charge. Cela passe par la préparation à l'admission, en prodiguant une aide à la transition de l'hôpital psychiatrique vers l'institution. L'équipe aura également pour mission d'informer l'institution sur les habitudes de vie du patient et son histoire personnelle. La formation de équipes est aussi très importante afin d'éviter des comportements inadaptés en réponse à un symptôme mal ou non compris (81).

Au sein du CHU de Saint-Etienne, il existe une filière de soins d'Alzheimer qui

comprend une équipe mobile se déplaçant au domicile des patients présentant des troubles cognitifs et psychocomportementaux. Une étude a démontré que l'intervention de cette équipe a permis d'éviter l'hospitalisation en urgence de patients en refus total de soins, en proposant des alternatives, une réintégration dans la filière de soins par le biais d'hospitalisations programmées ou avec un maintien à domicile (82).

L'intervention des équipes mobiles de psychiatrie de la personne âgée au domicile permet une augmentation du nombre de bénéficiaire de traitements psychiatriques et une utilisation plus adéquate des ressources existantes (66).

En France, un article, publié dans le cadre de la 2<sup>ème</sup> journée du centre ressource régional de psychiatrie du sujet âgé d'île de France, a décrit un bilan d'activité sur deux ans de l'équipe mobile de psychiatrie de la personne âgée Ouest 94 du groupe hospitalier Paul Guiraud à Villejuif (70).

Entre le 1<sup>er</sup> janvier 2012 et le 31 décembre 2013, 217 patients ont été évalués.

Les prises en charge proposées par l'équipe étaient :

- dans 59,3% des cas, une orientation vers un suivi psychiatrique ambulatoire
- dans 18% des cas, une orientation vers une consultation gériatrique
- 8% des patients ont été hospitalisés en psychiatrie, principalement sous contrainte

Il a été observé que le dispositif d'équipe mobile possédait certains atouts. En particulier, que la mise à disposition d'un interlocuteur privilégié pour les partenaires médicaux, sociaux ou médico-sociaux a amélioré la lisibilité de l'accès aux soins psychiatriques en direction des personnes âgées sur le territoire de santé.

Il a été mis en évidence que ce dispositif d'équipe mobile était plutôt bien accepté par les patients et les familles.

Une étude anglaise a étudié l'effet sur la dépression de la personne âgée (83). L'objectif de cette étude était d'étudier l'efficacité de l'intervention d'une équipe psychogériatrique dans le traitement de la dépression chez les personnes âgées handicapées recevant des soins à domiciles.

Trente-trois patients ont été répartis dans un groupe d'intervention et ont reçu des soins dispensés par une équipe de psychogériatrie. Trente-six patients ont été répartis dans un groupe témoin et ont reçu des soins classiques d'omnipraticien.

Le critère principal de l'étude était le rétablissement d'une dépression.

Les résultats de l'étude ont mis en évidence une guérison de l'état dépressif chez 19 patients du groupe intervention (58%) contre 9 patients du groupe témoin (25%), soit une différence de 33%.

Une autre étude britannique a examiné l'effet d'une intervention psychogériatrique dans un groupe de patients hospitalisés âgés de plus de 75 ans. En plus des soins habituels, l'intervention consistait en des soins prodigués par une équipe spécialisée en psychogériatrie (84).

Les critères principaux étaient : le fonctionnement physique des patients, la durée du séjour hospitalier et la réadmission dans une structure de soins dans les douze mois après la sortie de l'hôpital.

Cette étude a mis en évidence un nombre significativement plus élevé de patients ayant amélioré leur fonctionnement physique dans le groupe d'intervention psychogériatrique.

La durée moyenne du séjour hospitalier était réduite de cinq jours dans le groupe d'intervention. Il y avait plus de réadmission à l'hôpital dans le groupe de soins habituels (29,9%) que dans le groupe d'intervention (17,4%)

D'autres études britanniques ont démontré que l'évaluation multidimensionnelle par une équipe gériatrique à domicile permettait d'améliorer les capacités fonctionnelles des personnes, de réduire les risques de dépression et d'utilisation des services de soins à domicile. Certaines ont démontré une réduction de la mortalité chez les populations les plus jeunes (85,86). Citons aussi les études ayant démontré que des visites à domicile offrant des soins préventifs aux personnes âgées permettaient de réduire l'admission dans des unités de soins de longue durée (87).

### **1.2.9. Missions des équipes mobiles de psychiatrie de la personne âgée**

L'intervention des équipes mobiles de psychiatrie de la personne âgée permet d'apporter une expertise psychiatrique spécialisée au plus près du patient.

Il ne s'agit pas d'assurer un suivi psychiatrique dans la durée, mais de faire une intervention ponctuelle pouvant se réitérer si besoin. L'intervention est donc limitée dans le temps et se place en complément du médecin traitant et des soins à domicile (66).

En cela, elles se différencient des équipes mobiles de psychiatrie de l'adulte, le plus souvent isolé et marginalisé, pour qui la nécessité d'un accompagnement dans le temps sera nécessaire.



Les missions sont (72) :

- de faciliter l'accès à des soins psychiatriques appropriés aux personnes âgées et la mise en place d'un traitement psychiatrique précoce ;
- identifier les symptômes et évaluer le danger que le patient pourrait représenter pour lui-même et/ou pour les autres ;
- faciliter l'analyse des situations cliniques complexes dans le but de mettre en place un projet thérapeutique ;
- proposer des entretiens de crise en collaboration avec les intervenants de première ligne ;
- proposer un traitement pharmacologique et proposer des équipes soignantes infirmières ;
- favoriser des soins psychiatriques ambulatoires en offrant une alternative à l'hospitalisation ou à un placement précoce ;
- participer à la promotion des soins, et à la collaboration dans le réseau.

Certains aspects spécifiques de leurs missions peuvent être développés.

La question du maintien à domicile des patients déments implique des enjeux majeurs sur les plans économique, social et éthique.

A noter que 90% des personnes âgées de plus de 65 ans expriment la volonté de rester à domicile le plus longtemps possible (88).

L'apparition de troubles cognitifs chez un patient est corrélée à la perte d'autonomie. Lors des visites à domicile, l'évaluation de la pertinence du maintien à domicile est quasi systématique. Elle repose sur la prise en compte du patient mais aussi de son environnement et des aides éventuellement déjà en place.

Concernant le patient, sur le plan médical, il faut se demander si son état physique et psychique est compatible avec la vie au domicile, en prenant en compte les éventuels handicaps qu'il présente.

Il faut également analyser sa situation économique et ses capacités à gérer ses biens, afin de prévoir la mise en place d'aides sociales éventuelles. A l'heure actuelle, il s'agit de l'Allocation Personnalisée d'Autonomie (APA), la Prestation de Compensation du Handicap (PCH) et les prestations de la Caisse Nationale de Solidarité Autonomie (CNSA). L'intervention d'un travailleur social au domicile peut être intéressante dans ce contexte.

L'environnement doit être évalué, ainsi que la sécurité du domicile, particulièrement chez les patients déments. On peut se demander si celui-ci est bien adapté au patient et s'il existe des dangers liés à la configuration de celui-ci.

Dans la littérature, des situations à risque ont été identifiées chez les personnes démentes (89). Parmi elles, les risques liés à l'alimentation. Il faudra évaluer une éventuelle malnutrition ou une dénutrition chez le patient dément, pouvant présenter une perte d'appétit ou des troubles praxiques empêchant l'alimentation. De plus, il existe un risque d'intoxication alimentaire lié à l'ingestion de produits avariés.

La présence de médicaments laissés à disposition du patient dément, souvent polymédiqué, est également une situation à laquelle il faudra prêter attention devant le risque d'erreur dans la prise du traitement.

Le risque de chute résulte des troubles du jugement, des troubles praxiques et sensoriels. Le médecin, lors de la visite à domicile, devra être attentif à la présence d'escalier ou d'obstacle au sol.

Le risque de brûlures et d'incendie est bien identifié chez les personnes démentes et constitue un danger pour elles-mêmes et pour l'entourage. Cela peut être suite à l'oubli d'une casserole sur la cuisinière par exemple. Là encore, il faudra inspecter le domicile à la recherche de cuisinière à gaz, de plaques chauffantes ou de fours micro-ondes.

On peut également citer l'errance de la personne âgée démente avec le risque de ne pas pouvoir regagner le domicile et de se perdre.

L'équipe pourra prodiguer des conseils et guider le patient sur l'adaptation du domicile. Les habilités sociales telles que la conduite automobile seront également appréciées.

La visite à domicile permettra de mieux cerner le réseau social du patient et son degré de socialisation. On accordera une importance particulière à sa relation avec l'aidant à domicile si celui-ci est présent. Cela comprend l'investissement physique de l'aidant, la tolérance de l'entourage, la compliance ou la résistance du patient (90).

Une des principales causes de dépendance lourde de la personne âgée étant la démence avancée, l'évaluation cognitive et le repérage précoce de déficit cognitif est une des missions des équipes mobiles de psychiatrie de la personne âgée.

Le trouble neurocognitif majeur (*major neurocognitive disorder*) du DSM-V correspond à la démence du DSM-IV.

Les critères diagnostics du trouble neurocognitif majeur sont (40):

- la présence d'un déclin cognitif significatif à partir d'un niveau antérieur de performance dans un ou plusieurs domaines de la cognition basé sur :
  - o la perception par le patient, par un informant fiable ou par le clinicien d'un déclin cognitif significatif
  - o l'existence d'une diminution importante des performances cognitives, documentée par des tests neuropsychologiques standardisés, ou en leur absence, quantifiée par une évaluation clinique.
- le déclin cognitif retentit sur l'autonomie dans les activités quotidiennes
- les déficits cognitifs ne surviennent pas uniquement dans le contexte d'un syndrome confusionnel
- les déficits cognitifs ne sont pas mieux expliqués par une autre affection mentale (par exemple le trouble dépressif majeur ou la schizophrénie)

Au domicile, il ne s'agit pas de faire le diagnostic de démence, mais de dépister la présence de troubles cognitifs. Des tests simples peuvent être réalisés en complément d'un interrogatoire minutieux et d'un examen clinique comprenant un examen cardiovasculaire et neurologique.

Les tests ne sont pas réalisés de façon systématique, en effet, la Haute Autorité de Santé ne recommande pas le dépistage de la maladie d'Alzheimer ou apparentée dans la population générale (91). Toutefois, ils peuvent être faits en cas de suspicion de troubles cognitifs, le praticien étant orienté par l'interrogatoire du patient ou de ses proches.

Les tests réalisés orientent la prise en charge thérapeutique.

En cas de nécessité d'exploration secondaire, notamment d'une évaluation neuropsychologique, le patient pourra être orienté en consultation spécialisée vers le Centre Mémoire de Ressources et de Recherche (CMRR) afin d'affiner le diagnostic. Une imagerie cérébrale complémentaire ou des examens biologiques pourront également être préconisés.

Le MMSE (Mini-Mental State Examination) est un des tests cognitifs utilisé de façon

courante (92). Il est recommandé d'utiliser sa version consensuelle établie par le Groupe de Recherche et d'Évaluation des outils Cognitifs (GRECO) (91).

C'est un instrument d'évaluation des fonctions cognitives mis au point pour un dépistage rapide des déficits cognitifs. Il est relativement facile d'utilisation et rapide à exécuter (5 à 10 minutes). Cette facilité d'utilisation en fait un des instruments privilégié lors des visites à domicile. Il permet d'explorer l'orientation dans le temps et l'espace, le rappel immédiat de trois mots, l'attention-calcul, le rappel différé des trois mots, le langage et les praxies constructives. Il est également un excellent instrument dans le suivi des déficits cognitifs et pour apprécier la progression d'une démence.

Cependant, cet examen comporte des limites, et son interprétation doit prendre en compte l'âge du sujet, son état affectif, son niveau de vigilance et son niveau culturel. De plus, il ne permet pas à lui seul de faire le diagnostic de démence ni d'en préciser le type, il ne se substitue pas à un examen neuropsychologique. Son interprétation pose également problème du fait d'un score seuil mal défini pour permettre de suspecter une démence.

L'épreuve des cinq mots de Dubois explore rapidement la mémoire verbale épisodique. Elle consiste à faire apprendre au patient cinq mots appartenant à cinq catégories sémantiques différentes et d'en étudier le rappel différé (libre et indicé) après une épreuve interférente dont le but est de détourner l'attention du patient.

Il se déroule en deux étapes. La première explore l'encodage et la consolidation des informations à retenir par le rappel immédiat des 5 mots. La deuxième étudie la récupération par le rappel différé des mots. L'indication permet de distinguer un trouble mnésique d'un trouble de l'attention lié à l'âge, à l'anxiété ou à la dépression.

Le score global doit être égal à 10. Tout score inférieur à 10 doit être considéré comme un trouble de la mémoire et orienter vers des examens complémentaires.

D'autres épreuves de repérage peuvent être utilisées, comme par exemple l'épreuve de l'horloge.

En cas de diagnostic avéré de démence, la prise en charge consistera en la mise en place précoce de thérapeutiques, d'aides sociales et médicales.

Les équipes mobiles effectuent un travail en réseau. Elles se situent à l'interface entre les services médicaux de psychiatrie et de gériatrie et les services sociaux.

Outre les interventions au domicile, elles travaillent en partenariat avec les EHPAD et les réseaux gérontologiques.

Les équipes sont rattachées à un hôpital de référence et travaillent en lien avec celui-ci. Elles interviennent lorsqu'une hospitalisation se discute pour un patient.

Chez les patients présentant des troubles cognitifs, l'hospitalisation doit toujours être réfléchie et doit prendre en compte les risques et les bénéfices attendus pour le patient. En effet, celle-ci n'est pas sans conséquence, avec les risques bien connus de grabatatisation et de perte de repère liés au déracinement du patient.

Selon les recommandations de la Haute Autorité de Santé, une hospitalisation n'est pas justifiée par la seule nécessité d'une institutionnalisation ou par des troubles du comportement isolés tels que :

- l'errance ou la déambulation
- l'opposition
- l'agitation
- les cris
- les troubles du caractère

Les critères d'hospitalisation en urgence sont :

- les pathologies intercurrentes aiguës graves, menaçant le pronostic vital ou fonctionnel
- la dangerosité du patient pour lui-même ou son entourage

Les critères d'hospitalisation programmée sont :

- la nécessité d'examens complémentaires non réalisables en ambulatoire
- un environnement jugé temporairement non favorable
- l'existence d'un nouveau problème médical, susceptible d'entraîner des troubles du comportement ou une confusion et devant être diagnostiqué

## **I.2.10. Les limites des équipes mobiles de psychiatrie de la personne âgée**

Travailler au domicile du patient ou dans tout établissement se substituant à celui-ci engendre parfois des difficultés pour les intervenants.

À domicile, le médecin est hors du cadre rassurant des murs de l'hôpital, il devient parfois plus difficile d'aborder certaines problématiques telles que le refus de soins ou l'agressivité. L'équipe mobile peut alors se retrouver face à une porte close, chez un patient reclus chez lui et refusant toute intervention extérieure. La visite peut parfois ne pas aboutir, ce qui peut laisser l'équipe dans un sentiment d'impuissance et poser des questions quant à l'engagement de sa responsabilité si la personne se retrouve en situation de danger par la suite.

Il existe des difficultés en lien avec le travail en collaboration avec le médecin traitant. Comme nous l'avons vu dans certaines études, les médecins traitants, s'ils restent les acteurs principaux de la prise en charge, sollicitent peu d'eux même les équipes mobiles de psychiatrie de la personne âgée. On peut imaginer plusieurs hypothèses à cela, à savoir la méconnaissance de ce système ou la réticence à y avoir recours par crainte d'une intrusion dans leur travail.

Par ailleurs, les préconisations thérapeutiques des équipes mobiles peuvent ne pas être appliquées ou après un délai trop long.

Les équipes mobiles de psychiatrie de la personne âgée, comme toute structure ambulatoire (60), trouvent leurs limites dans la gestion des situations de crises aiguës, pour lesquelles une hospitalisation en urgence à temps plein est nécessaire. Elles agissent dans l'urgence relative, et une intervention immédiate au domicile d'un patient en crise n'est souvent pas possible.

Il en est de même pour les sujets en perte d'autonomie pour lesquels le maintien à domicile n'est plus possible malgré toutes les aides mises en place et toutes les ressources épuisées. L'institutionnalisation est alors incontournable. Le rôle de l'équipe mobile sera d'accompagner le patient et son entourage dans ce changement de lieu de vie et d'anticiper au maximum cette éventualité.

Lors d'une enquête sur la satisfaction des usagers vis-à-vis d'une prise en charge ambulatoire par un service mobile d'urgence psychiatrique, quelques autres points négatifs ont été soulevés par les patients et leurs proches. Parmi eux, sont cités la multiplicité des intervenants, la brièveté de la prise en charge, la mauvaise organisation du relais avec les structures d'aval et une information insatisfaisante sur la maladie et les traitements du

patient (93).

Ces résultats soulignent l'importance de limiter le nombre d'intervenant au domicile.

La brièveté de la prise en charge peut être un inconvénient car, si elle peut permettre l'apaisement temporaire d'une situation de crise et éviter une hospitalisation ou un passage aux urgences intempestif, elle ne permet pas l'abord de la crise ni la résolution de celle-ci (94). A souligner également, un sentiment d'abandon pouvant être ressenti par les proches lors de l'arrêt de la prise en charge.

Enfin, des questions d'ordre éthique peuvent être soulevées, notamment lorsque les équipes mobiles interviennent dans une situation sociale complexe. La légitimité de l'intervention psychiatrique peut alors être remise en question. Il existe notamment une crainte d'intrusion des soins psychiatriques dans la société par le biais des équipes mobiles de psychiatrie (66).

### **I.2.11. Quelques exemples de situations spécifiques rencontrées au domicile**

#### ➤ Le syndrome de Diogène

Les équipes mobiles de psychiatrie de la personne âgée peuvent être sollicitées suite au signalement des services sociaux départementaux pour se rendre au domicile et évaluer des patients en situation de retrait social. Bien souvent, ces patients n'ont pas de médecin traitant, et le rôle de l'équipe est d'avoir une approche du patient dans sa globalité et notamment de s'attarder encore plus attentivement à l'examen somatique de celui-ci. De même, l'examen du domicile est ici primordial, car il oriente fortement le diagnostic.

Le syndrome de Diogène est mis en évidence de façon plus aisée lorsqu'on se rend au domicile du patient, cette situation est fréquemment rencontrée par les équipes mobiles de psychiatrie de la personne âgée.

Selon les critères de Clark, ce syndrome se définit par un comportement caractérisé par une négligence de l'hygiène corporelle et de l'habitat, associé à une accumulation d'objets divers et un isolement.

Selon Montfort et al (95), on retrouve de façon quasi permanente quatre symptômes : l'absence de demande d'aide du sujet bien qu'il ne possède rien, une relation inhabituelle

avec les objets (accumulation de débris ou rien dans la maison), une relation inhabituelle avec les personnes (misanthropie) et une extrême auto-négligence.

Selon Lavigne et al (96), le syndrome de Diogène possède des similitudes avec le *Hoarding disorder* décrit dans le DSM-V. Tous deux sont caractérisés par une difficulté majeure à se séparer de possessions, qui s'accumulent ainsi, parfois jusqu'à rendre invivable voire insalubre le domicile. Il est suggéré que le syndrome de Diogène et le *Hoarding disorder* pourraient être deux dimensions d'une même entité, l'un représentant la dimension de saleté et l'autre la dimension d'entassement.

Selon la littérature, il aurait pour origine dans 50% des cas une pathologie psychiatrique (psychose d'apparition tardive), dans 25% des cas une pathologie démentielle (démence fronto-temporale, maladie d'Alzheimer) et une étiologie inconnue dans 25% des cas, avec souvent des patients à la personnalité particulière (95).

Sa prise en charge est délicate. Selon Wong (97), elle doit se centrer sur la pathologie supposée à l'origine du syndrome de Diogène.

En cas de pathologie neurodégénérative, il faudra évaluer la pertinence et la faisabilité du maintien à domicile. Cela se base sur l'acceptation ou la non acceptation de l'intrusion d'un aidant professionnel au domicile de la personne.

En complément, la mise en place d'une mesure de protection juridique est souvent indispensable.

Les mesures associées comprennent la mise en place d'aides à domicile (auxiliaire de vie, infirmière) et le nettoyage du logement par des professionnels.

En cas de pathologie psychiatrique, il faut évaluer la possibilité d'introduction d'un traitement médical en ambulatoire lorsque cela est indiqué. Dans les cas où cela est impossible, une hospitalisation, éventuellement sous contrainte, pourra être envisagée.

La prise en charge est beaucoup plus compliquée lorsque le patient ne présente pas de pathologie particulière à l'origine du syndrome de Diogène. Le praticien est alors confronté à des questions éthiques et philosophiques. Jusqu'à quel point peut-on tolérer cette négligence ? Il convient alors d'évaluer la balance bénéfices/risques et toujours agir dans l'intérêt du patient, même si cela signifie qu'il faut passer outre sa volonté.

Une étude a démontré que l'intervention d'une équipe mobile de psychiatrie de la personne âgée au domicile de patients présentant un syndrome de Diogène permettait de faciliter l'évaluation et l'accès aux soins de ces patients (98). Parmi eux, 39,1% ont été

orientés vers un suivi psychiatrique ambulatoire, 13% vers une consultation gériatrique. Trois des 23 patients ont été hospitalisés et une protection juridique était indiquée dans 30,4% des cas.

➤ L'épuisement de l'aidant

Nous nous intéresseront ici principalement à l'aidant naturel, appelé encore aidant informel. Par définition, il s'agit d'une personne non professionnelle, venant en aide à une personne dépendante de son entourage pour les activités de la vie quotidienne (99).

La personne âgée fait appel selon « un modèle hiérarchique compensatoire » aux personnes les plus proches comme son conjoint ou ses enfants. En l'absence d'enfant, des membres de la famille plus éloignés interviendront (100).

Au cours de la prise en charge des patients déments, la famille, et surtout l'aidant principal, peut voir ses capacités d'adaptation dépassées. Dès le début de la maladie, les aidants familiaux prêts à s'investir dans la prise en charge du malade, sous-estiment parfois l'ampleur du travail à accomplir. On estime que plus de 70% des aidants passent plus de six heures par jour auprès du malade, avec pour conséquence principale une détérioration de leur état de santé et une dégradation majeure de la qualité de vie. Dans la littérature, le stress, l'anxiété et la dépression sont les principaux symptômes observés chez les aidants. La dépression se développerait chez plus de la moitié des conjoints de malades (100,101,102). De plus, il existe un risque de surmortalité de plus de 60% des aidants dans les trois années qui suivent le début de la maladie de leur proche (103).

Le profil type de l'aidant principal est une femme, relativement âgée et pouvant présenter des problèmes de santé. Il s'agit le plus souvent de la conjointe, la fille ou la belle-fille des malades (104).

L'étude Pixel (105) a identifié deux groupes distincts d'aidant :

- un premier groupe, constitué d'aidants jeunes (60 ans) ayant encore une activité professionnelle. Ils s'occupent de patients très âgés. Il s'agit le plus souvent des enfants des patients, notamment des filles.
- un deuxième groupe constitué des conjoints, notamment l'épouse dans deux cas sur trois.

On peut citer les multiples difficultés induites par la maladie d'Alzheimer pouvant amener à un épuisement de l'aidant (106) : la charge des soins, la perte de disponibilité, le coût financier de la maladie, mais aussi les difficultés relationnelles induites par la maladie. Les aidants expriment un sentiment de culpabilité envers leur proche malade, ainsi qu'un isolement psychologique, en lien avec le manque de reconnaissance de la société vis-à-vis de leur sacrifice.

L'équilibre familial se voit bouleversé, et des situations de renversement des rôles sont observées, ainsi on voit des enfants devant assister leurs parents pour les soins d'hygiène, la délivrance des traitements, les tâches ménagères ou des conjoints devant assumer des tâches qui étaient remplies auparavant par le malade (104).

Une étude française a étudié le ressenti de l'entourage des personnes âgées dépendantes atteintes de démence (107). Il s'agissait principalement des enfants des patients. Au cours de cette étude, six grands thèmes ont été mis en évidence par des entretiens. En premier lieu, les aidants ont exprimé une sensation de devoir envers leurs parents, mais aussi un ressenti d'expérience positive qui ressortait de cette prise en charge (par exemple un rapprochement familial). Les aidants ont également exprimé une crainte, en lien avec l'incertitude du futur et avec les accidents qui pourraient survenir en leur absence. L'isolement social a été le deuxième grand thème apparaissant dans les entretiens, 58% des aidants ont dû aménager des plages horaires pour s'occuper de leurs parents. Ils ont également évoqué l'acceptation difficile de la maladie et le cheminement dans l'acceptation ayant mené à faire appel à des aides extérieures afin de se décharger des certaines tâches. En outre, 21 aidants sur les 29 interrogés ont fait part de leur stress et de leur anxiété. Ils sont présents à tous les stades de la maladie et indépendamment du stade d'évolution de la démence. Trois aidants étaient traités par anxiolytiques ou antidépresseurs. Sur le plan physique, les aidants se plaignaient de troubles du sommeil et de douleurs lombaires. Enfin, le coût financier est abordé mais avec une certaine gêne, il serait une source supplémentaire de stress. Les aidants participent souvent aux frais ou essaient de trouver des solutions propres.

Une autre étude (108) a mis en évidence que la population d'aidant de patients déments vivant à domicile est davantage exposée à des problèmes de sommeil qu'une population d'âge comparable sans le même type de contrainte. Cette population est plus sujette aux problèmes de santé tels que l'hypertension artérielle et la dépression. Elle prend davantage de médicaments surtout par automédication. Ces troubles du sommeil facilitent le

glissement de l'aidant vers la dépression et l'exposent à un risque suicidaire.

L'étude Pixel a permis d'explorer la plainte familiale dans la démence d'Alzheimer. Elle s'est intéressée, entre autres, aux plaintes des aidants à domicile ayant à charge un malade dément présentant des troubles du comportement moteurs (105). Elle identifie quatre situations très fréquemment associées aux comportements moteurs inadéquats : l'agitation du malade, sa violence ou son agressivité, sa désinhibition et sa mise en danger. Ces comportements sont considérés comme une source d'inquiétude et ont des conséquences directes sur les aidants naturels : diminution de leur disponibilité, besoin accru d'aménager leur temps de travail, difficultés pour suivre un traitement, nécessité de prendre un traitement psychotrope. Les aidants mettent en danger leur santé, car ils sont totalement dévoués à s'occuper du malade.

Concernant la prise de psychotrope, un tiers des aidants conjoints prenait des somnifères et un autre tiers des tranquillisants (109).

Cette étude a mis en évidence que la qualité de vie de l'aidant n'est pas liée à la sévérité de la maladie mais à la durée des soins durant la journée, au-delà de deux heures par jour en plus du travail du quotidien, à la longueur d'évolution de la maladie et à un épuisement dans le temps, à l'absence d'aide à domicile et à l'absence de répit (110).

La souffrance de l'aidant peut prendre la forme d'actes de violences, parfois physiques (104).

Le dépistage de l'épuisement de l'aidant est une des missions des équipes mobiles de psychiatrie de la personne âgée. Des échelles spécifiques peuvent être utilisées à cet effet, on peut citer parmi elles, l'échelle d'évaluation du fardeau de l'aidant de Zarit qui existe en français.

Une fois le diagnostic évoqué, on peut proposer à l'aidant plusieurs prises en charge (111).

Les interventions psycho-socio-éducatives, comprenant des programmes structurés, apportent des informations sur la maladie, des aides financières et une aide à la gestion des troubles du comportement.

Une psychothérapie peut être proposée à l'aidant, de type cognitivo-comportementale. On peut aussi citer les groupes de paroles et les groupes d'échange d'expérience.

On peut proposer à l'aidant le recours à une structure de répit, par un accueil transitoire

(accueil de jour, institution) ou par la mise en place d'aides à domicile.

➤ La maltraitance

L'entretien avec les proches peut mettre en évidence des situations de maltraitance. Que cela soit au domicile ou en institution, la maltraitance de la personne âgée peut prendre différentes formes (112). Les abus sont des actes volontaires, regroupant les atteintes physiques, psychologiques et différentes formes de spoliations.

Les négligences, formes passives de maltraitance, se manifestent par omission, privation de soins et/ou de nourriture.

Selon la classification du JAMA (Journal de l'Association Médicale Américaine) de 1987, les violences peuvent prendre différents aspects :

- les violences physiques, par atteinte à l'intégrité de la personne, comprenant le meurtre, les coups et les violences sexuelles
- les violences psychologiques : le chantage, l'humiliation, l'intimidation, les menaces, les insultes, le harcèlement
- les violences médicamenteuses : par refus ou excès de soin
- les violences financières : par détournement, abus et spoliations
- les violences civiques : par suppression du droit de vote, de la capacité à décider pour soi-même

L'étude ABUEL (113), réalisée en 2009 auprès de populations âgées de différents pays européens, rapporte un taux de prévalence de 19,4% pour les violences psychologiques, 3,8% pour les cas d'abus financiers, 2,7% pour les violences physiques et 0,7% pour les violences sexuelles.

En 2013, l'association ALMA (allô maltraitance) (114), a ouvert 4 300 dossiers suite à des appels reçus concernant des actes de maltraitance. Dix-sept pour cent concernaient une institution et 83% le domicile.

Les maltraitances les plus fréquemment signalées étaient les maltraitances psychologiques, puis les maltraitances physiques et financières.

Parmi les facteurs de risque de maltraitance liés à la victime, on retrouve souvent un déficit cognitif ainsi que les traits dépressifs et les déficits moteurs.

Les personnes maltraitantes à domicile sont le plus souvent la famille (65% des cas), puis l'entourage social (18%) et les professionnels (13%). Dans la famille, l'agent maltraitant est le plus souvent les enfants (38%) ou le conjoint (15%). L'aidant principal est la personne la plus citée.

Le rôle de l'intervenant au domicile, prenant en charge des affections psychiatriques pouvant être des facteurs de risque de maltraitance, est de repérer ou prévenir ces actes.

Il lui faudra particulièrement être attentif aux facteurs de risque de maltraitance liés à l'entourage : la précarité des conditions de vie, une interdépendance financière, une impulsivité, une consommation d'alcool ou de drogues. Mais également, il faut être attentif aux facteurs dépendants de la personne âgée : un syndrome déficitaire, des troubles du comportement envahissants ou des troubles psychiatriques invalidants. Le comportement agressif de la personne âgée envers les personnes s'occupant d'elle peut aussi provoquer des réactions violentes de la part de l'entourage.

En outre, les études épidémiologiques ont identifié la cohabitation familiale, notamment lorsque plusieurs générations vivent sous le même toit, et l'isolement social de cet ensemble comme des facteurs de risque de maltraitance (115).

L'observation attentive de l'environnement et de l'entourage du patient est donc un élément clé de la visite à domicile dans le repérage des situations de maltraitance. Une attitude infantiliste adoptée par l'entourage, des proches répondant à la place des patients peuvent en être des signes évocateurs.

La conduite à tenir en cas de faits avérés de maltraitance dépend du patient. Devant un patient acceptant la prise en charge, il sera possible de l'accompagner dans un dépôt de plainte, la mise en place d'aides à domicile, voire un placement en institution. Si le patient refuse une aide, il faut tenir compte de la présence ou non d'une altération des fonctions cognitives. Un signalement aux autorités pourra être fait, uniquement s'il est incapable d'exprimer valablement sa volonté. Dans le cas contraire, son consentement est nécessaire (116).

Dans des situations d'urgences, une hospitalisation peut être nécessaire afin de protéger le patient et de confirmer le diagnostic.

➤ La personne âgée vulnérable

La confrontation aux personnes vulnérables et fragiles est courante en psychiatrie de la personne âgée. Cette vulnérabilité est favorisée par le vieillissement, les maladies chroniques et le contexte de vie difficile (117).

Il est donc indispensable pour le médecin intervenant au domicile d'un patient âgé de savoir apprécier le niveau de capacité ou d'incapacité de celui-ci. Cela passe par l'évaluation de la vulnérabilité du sujet, de sa capacité de discernement, et sa capacité à donner son consentement.

La loi du 5 Mars 2007 (118), a mis en place des mesures de protection spécifiques pour protéger les personnes fragiles, il s'agit de la sauvegarde de justice, de la curatelle et de la tutelle auxquelles se rajoutent le mandat de protection future et la mesure d'accompagnement judiciaire.

Les règles communes à ces mesures de protection sont :

- l'altération des facultés mentales définie comme « l'impossibilité de pourvoir seul à ses intérêts en raison d'une altération, médicalement constatée, soit de ses facultés mentales, soit de ses facultés corporelles de nature à empêcher sa volonté » d'après l'article 425 du Code civil.
- « le respect des libertés individuelles, des droits fondamentaux et de la dignité de la personne » (article 425 du Code civil)
- un certificat médical circonstancié de l'expert, rédigé par un médecin choisi sur une liste établie par le procureur de la République
- une audition de la personne à protéger devant le juge des tutelles

L'ouverture d'une mesure de protection peut être demandée au juge des tutelles par :

- la personne à protéger elle-même
- son conjoint, son partenaire avec qui elle a conclu un pacte civil de solidarité
- un parent ou un allié
- la personne qui exerce à son égard une mesure de protection juridique
- le procureur de la République après signalement d'un tiers

Une des mesure de protection pourra être la sauvegarde de justice.

Elle concerne les personnes ayant besoin d'une protection juridique temporaire, d'être représentée pour l'accomplissement de certains actes déterminés, ou ayant besoin d'une protection pendant la durée de l'instance en cas de demande de curatelle ou de tutelle (article 433 du Code civil).

C'est une mesure d'urgence, elle s'applique immédiatement. Elle reste une mesure souple car la personne sous sauvegarde de justice garde l'exercice de ses droits et la libre gestion de ses biens.

Elle s'applique a posteriori sur des actes, elle repose sur la possibilité d'une action judiciaire qui aura pour but de demander l'annulation ou la réduction d'actes ou de contrats conclus pendant cette période et qui seraient défavorables au patient.

Enfin, il s'agit d'une mesure temporaire avec une durée maximale de un an.

La curatelle est un régime de protection durable (5 ans), ayant pour but l'assistance ou le contrôle dans les actes importants de la vie civile (article 440 du Code civil).

Dans la curatelle simple, la personne peut agir seule pour les actes de la vie courante mais pas pour la gestion de son patrimoine.

Dans la curatelle renforcée, le juge demande au curateur de gérer les affaires courantes sous réserve d'en rendre compte une fois par an au juge.

La tutelle est la mesure de protection la plus importante.

Elle permet de représenter le sujet d'une manière continue pour tous les actes de la vie civile (article 440 du Code civil). Le droit de vote est maintenu sauf sur avis contraire du juge des tutelles.

Le mandat de protection future permet à toute personne d'organiser la protection de ses intérêts personnels et de son patrimoine pour le cas où elle ne serait plus à même de le faire seule. Cela permet à la personne de désigner le mandataire qui exécutera le mandat. La personne garde sa capacité civile pendant l'exécution du mandat, il n'y a pas de protection juridique spécifique si elle réalise un acte qui lui est préjudiciable.

#### ➤ Les troubles du comportement dans la démence

Dans la littérature, les demandes d'intervention des équipes mobiles de psychiatrie de la personne âgée concernent très souvent des patients présentant une démence, allant

jusqu'à 2/3 des demandes pour certaines équipes (72).

Le psychiatre de la personne âgée se trouve de plus en plus impliqué dans la prise en charge de la maladie d'Alzheimer, à tous les stades de la maladie. Il est sollicité pour le diagnostic précoce ou pour une aide au diagnostic différentiel. Il a un rôle de prévention, de dépistage et de traitement de l'épuisement des proches. Au stade évolué de la maladie, il intervient dans la gestion des symptômes psychologiques et comportementaux des démences.

Les plus fréquemment observés sont, au stade léger à modéré de la maladie : l'apathie, les symptômes dépressifs, l'agitation et l'anxiété. Au stade sévère on retrouve les troubles psychotiques, la dysphorie et les comportements moteurs aberrants (100).

Ces symptômes, lorsqu'ils surviennent chez un patient vivant à domicile, participent à sa perte d'autonomie, à l'épuisement de l'entourage et exposent au risque de maltraitance. Ils sont associés à une entrée plus rapide en institution.

Le rôle de l'équipe mobile est de les repérer et de proposer des thérapeutiques afin de réduire l'intensité de ces symptômes. Son intervention doit être la plus précoce possible et individualisée en fonction de la situation clinique globale, des troubles cognitifs, affectifs, somatiques et de l'environnement (119).

Le repérage de ces troubles comprend l'identification de leur mode de survenue, leur nature précise, leur intensité, leur évolution dans le temps, le retentissement sur l'adaptation à la vie quotidienne et sur les aidants et l'influence de l'environnement (100).

Le psychiatre peut s'aider d'échelles telles que l'inventaire neuropsychiatrique (NPI) très utilisé.

Le recours aux médicaments se fera en accord avec les recommandations de bonnes pratiques de la Haute Autorité de Santé de 2009.

Les psychotropes sont très utilisés chez les personnes âgées présentant des troubles psycho-comportementaux, en particulier en institution. Les antipsychotiques sont une des classe les plus utilisées. Une étude a montré que les psychotropes étaient prescrits chez 81% des résidents en institution et les antipsychotiques représentaient 32,5 % de ces prescriptions (120).

Une autre étude a mis en évidence une consommation importante de psychotropes chez les patients atteints de la maladie d'Alzheimer ou maladie apparentée avec une prescription

d'antidépresseur chez 47% d'entre eux, un anxiolytique chez 45,3% et un neuroleptique chez 26%.

Les inhibiteurs de l'acétylcholinestérase et la mémantine sont des thérapeutiques utilisées spécifiquement dans le traitement de la maladie d'Alzheimer. Ils auraient une efficacité qui aurait été prouvée sur les aspects comportementaux et cognitifs des démences.

Néanmoins les effets indésirables des traitements médicamenteux utilisés chez les patients déments sont relativement fréquents. Ils comprennent entre autres les troubles gastro-intestinaux, les troubles du système nerveux central et les troubles psychiatriques. Les médicaments plus impliqués dans la genèse de ces troubles sont les médicaments ayant une indication spécifiques pour le traitement de la maladie d'Alzheimer (121).

Au vu des faibles bénéfices parfois apportés par ces traitements et leurs effets secondaires non négligeables, l'approche par des thérapeutiques non médicamenteuses sera privilégiée. L'intervention centrée sur la relation patient-aidants est capitale.

Elle se fera par une adaptation de l'environnement, en créant un milieu rassurant pour le patient. Il sera important de respecter ses rythmes de vie, respecter le maintien d'un rythme veille/sommeil normal et de multiplier les indicateurs temporels comme les calendriers ou les horloges de grande taille (100).

La mise en place d'aides adaptées et la création d'un lien avec une équipe spécialisée d'Alzheimer à domicile sont également intéressantes. Le travail en réseau prend ici toute son importance, car en cas de nécessité, le patient pourra être orienté vers des structures permettant des séjours de rupture de courte durée.

#### ➤ Le deuil de la personne âgée

Le deuil est un processus psychologique normal, mais la perte d'un être cher chez la personne âgée peut avoir un impact plus important que chez l'adulte jeune du fait d'un terrain vulnérable (solitude, comorbidité somatique). En effet, toute personne en vieillissant se voit confrontée à l'inéluctabilité de la mort, ceci associé au risque de la mort de sa descendance (122).

Les conséquences du deuil du sujet âgé sont multiples (123). Sur le plan biologique, des études ont mis en évidence des dégâts immunologiques avec des modifications lymphocytaires chez des sujets présentant des « maladies du veuvage ».

Le deuil comprend classiquement trois phases : la phase de détresse, la phase de

dépression et la phase de réinvestissement. Chez la personne âgée, la phase dépressive est plus longue, pouvant durer jusqu'à un an après l'événement (42). La phase de réinvestissement est plus difficile pour des raisons sociales ou de santé et elle se caractérise par une inhibition psychique.

Lors de la perte d'un conjoint, la personne âgée traverse une période de détresse pouvant aller de l'ébranlement psychologique avec une humeur dépressive jusqu'à l'état dépressif majeur ou à la survenue de différents troubles post-traumatiques (123). Cet état dépressif sera caractérisé par une culpabilité envahissante, des idées de mort, une dévalorisation et un ralentissement psychomoteur, voire des hallucinations concernant le défunt. Certains auteurs disent que près de la moitié des veufs et des veuves auraient présenté des illusions de présence ou des hallucinations concernant le défunt (124). La survenue d'un état dépressif doit alerter le psychiatre chez un sujet qui présentait une dépressivité antérieure.

Les arguments en faveur d'un deuil pathologique ou deuil compliqué chez la personne âgée sont : la durée et l'intensité de la douleur morale, les complications somatiques aiguës, la présence d'une symptomatologie délirante et une symptomatologie régressive majeure.

### **I.3. Les autres équipes mobiles**

L'efficacité des interventions des équipes mobiles en médecine a été démontrée dans plusieurs études.

Nous allons présenter l'exemple des autres équipes mobiles de psychiatrie et des équipes mobiles de gériatrie.

#### **I.3.1. Les équipes mobiles de psychiatrie de l'adulte**

En psychiatrie, au niveau international, on a vu se développer le concept de « soins intensifs à domicile » (125).

L'ACT (*Assertive Community Treatment*) est une approche qui consiste à assurer la prise en

charge des troubles mentaux sévères par le biais d'interventions d'équipes mobiles. Il s'agit de soins intensifs au long cours, de soutien et de réhabilitation.

Ce concept s'est développé dans les années 1970 au Royaume-Uni en réponse à la fermeture massive des hôpitaux psychiatriques. Il vise notamment à réduire les hospitalisations en milieu psychiatrique.

Chez les sujets en état de précarité souffrant des troubles mentaux, des études ont démontré l'efficacité des équipes mobiles en termes d'amélioration de l'autonomie, de réduction de l'itinérance et de l'amélioration des symptômes psychiatriques (126). L'efficacité de ce programme en termes de réduction des hospitalisations et de la durée du séjour hospitalier a également été démontrée (127).

Une étude menée en France sur une équipe mobile de psychiatrie fonctionnant sur le mode ACT a démontré une amélioration des symptômes des patients souffrant de troubles psychiatriques sévères au fur et à mesure du suivi. L'impact des interventions sur les familles était également mesuré et montrait un soulagement du fardeau éprouvé par celles-ci. On notait entre autres, une diminution des coûts et un soulagement des besoins d'aides apportées au quotidien. Chez les familles, on notait également une diminution de la détresse émotionnelle (128).

À l'étranger, un second modèle de soins à domicile peut être décrit, il s'agit de « l'intervention de crise à domicile » (125). Contrairement à l'ACT, ce modèle consiste en une intervention à court terme pouvant avoir lieu au domicile du patient. Ces équipes interviennent chez des patients en état de crise aiguë pour qui une hospitalisation serait indiquée. Les but de l'intervention est d'évaluer la situation de crise et les besoins de la personne. Une fois la situation évaluée, il s'agit de gérer la crise par l'intermédiaire de propositions de soins tels que le relais par une équipe de soins de secteur ou une hospitalisation complète.

Ce dispositif permet une diminution du taux d'admission à l'hôpital psychiatrique à court terme.

En France, le taux de satisfaction des patients et de leur entourage vis-à-vis des équipes mobiles de psychiatrie intervenant en urgence est globalement élevé. Les aspects appréciés sont notamment les qualités humaines et professionnelles des intervenants, les modalités d'intervention comprenant la disponibilité téléphonique, la rapidité d'intervention et la mobilité. L'association des proches du patient aux entretiens psychiatriques est également une qualité très appréciée (93).

Les équipes mobiles psychiatrie et précarité ont vu le jour en 2005 dans le but de faciliter l'accès aux soins des personnes en situation de précarité.

La création de ces équipes a permis une amélioration du dépistage de pathologies psychiatriques et une inscription des patients dans des soins sur une certaine durée (129).

### **I.3.2. Les équipes mobiles de gériatrie**

Les équipes mobiles de psychiatrie de la personne âgée et les équipes mobiles de gériatrie sont souvent amenées à intervenir au sein de la même population, notamment chez les patients présentant une démence.

Face au constat d'une population âgée en forte augmentation, à la prévalence importante des pathologies démentielles au sein de cette population, et au souci de proposer des ressources adaptées aux besoins de personnes âgées, la circulaire de mars 2002 (relative à l'amélioration de la filière de soins gériatrique), va officialiser les équipes mobiles de gériatrie en précisant leur rôle et leur mission au sein des hôpitaux (130). Elles sont créées au sein des centres hospitalo-universitaires dotés d'un service de court séjour gériatrique et des centres hospitaliers régionaux à forte capacité.

Elles ont pour mission de dispenser un avis gériatrique nécessaire à la bonne prise en charge de la personne âgée fragilisée, dans l'ensemble des services de l'établissement.

Plus précisément la circulaire définit des missions multiples :

- le conseil, l'information et la formation pour les équipes soignantes
- l'évaluation globale de la personne âgée, c'est-à-dire médico-psycho-sociale, pour une prise en charge adéquate de situations complexes
- la participation à l'élaboration du projet de soin et du projet de vie
- l'orientation de la personne âgée dans la filière gériatrique intra-hospitalière
- l'orientation à la sortie d'hospitalisation

- la participation à l'organisation de la sortie

En pratique, au sein de l'hôpital, les équipes mobiles de gériatrie interviennent dans les services d'urgences et dans les unités médico-chirurgicales (131). Elles sont sollicitées par les unités pour des avis gériatriques et pour une aide à l'orientation des patients.

Les syndromes gériatriques fréquemment identifiés sont : les troubles cognitifs, le syndrome confusionnel, les chutes et la dénutrition.

Elles réalisent une évaluation gérontologique globale du patient, comprenant une évaluation de l'autonomie, des capacités cognitives, de l'état nutritionnel, de la thymie et de la douleur.

Elles peuvent assurer un suivi des patients après leur sortie d'hospitalisation.

Ces équipes mobiles intra-hospitalières ont démontré leur efficacité (132). Une méta-analyse (133) montre que l'évaluation gérontologique réalisée par une équipe mobile gériatrique aux urgences permet de diminuer le risque d'institutionnalisation des patients âgés, d'améliorer leur état cognitif et de diminuer la mortalité à 6 et 12 mois de suivi.

Si les équipes mobiles de gériatrie ont initialement une activité décrite en intra-hospitalier, la circulaire DHOS du 28 mars 2007 va définir une activité extra hospitalière (63). Il est précisé que ces équipes puissent intervenir en EHPAD ou au domicile du patient avec pour mission de conseiller les personnels des établissements médico-sociaux et les intervenants à domicile dans la gestion des situations de crise.

Les équipes mobiles de gériatrie ont, depuis, développé une activité extra-hospitalière croissante qui a démontré un bénéfice dans la prise en charge des patients âgés en dehors de l'hôpital (134). Leurs missions et domaines d'action sont variés.

Elles interviennent dans le cadre de demandes d'avis gériatriques spécialisés (évaluation de troubles cognitifs avec bilan neuropsychologique à domicile, chutes, douleurs, traitement de la douleur neuropathique, soins palliatifs, maltraitance), pour une prise en charge globale de patients n'ayant pas de suivi médical ou à la demande du médecin traitant ne faisant pas de visites à domicile pour des patients complexes (démence, troubles de la mobilité, épuisement de l'entourage). Elles peuvent être également sollicitées pour évaluer la participation d'un patient à un hôpital de jour ou pour un suivi du conjoint à la demande du médecin traitant.

Leur activité au domicile peut aussi se faire dans le cadre d'une demande de conseil dans la gestion d'une situation de crise ou en prévention d'une hospitalisation non programmée (135).

L'intervention se fait par le biais de consultations au domicile de la personne âgée ou en EHPAD. Le médecin se rend sur place, accompagné d'un autre professionnel de la santé pouvant être une infirmière, une psychologue, une assistante sociale, une diététicienne, un ergothérapeute ou un physiothérapeute. Il est effectué une évaluation complète médico-psycho-sociale.

Ces équipes ne sont pas des dispositifs intervenant dans l'urgence et n'ont pas de rôle prescripteur (136). Elles laissent des consignes écrites à destination du médecin traitant.

Leurs missions sont de proposer une expertise gériatrique dans les EHPAD, de contribuer au maintien de la personne malade dans son lieu de vie, de contribuer à la continuité des soins, d'anticiper et d'organiser les hospitalisations au sein de la filière gériatrique hospitalière et d'assurer la formation et l'information des équipes soignantes.

Depuis 2010, en Limousin, il existe au sein de la filière gériatrique du CHU de Limoges, l'Unité de Prévention, de Suivi et d'Analyse du Vieillissement (UPSAV) (137). Cette unité est composée d'une équipe gérontologique pluridisciplinaire qui se déplace au domicile des personnes âgées d'au moins 75 ans ou d'au moins 65 ans si elles sont poly-pathologiques. Ses missions sont d'assurer une évaluation gérontologique globale avec un volet sanitaire et un volet social et médico-social.

Depuis sa création il a été démontré un rôle de cette équipe dans plusieurs domaines :

- le dépistage précoce des troubles cognitifs de la population âgée à domicile,
- la réduction de récurrence des chutes au domicile par la mise en place de mesures préventives (évaluation par un ergothérapeute et une psychomotricienne, prescription de séances de kinésithérapie)
- l'aide au maintien à domicile par la mise en place d'aides techniques grâce à un ergothérapeute
- l'amélioration de l'autonomie grâce au travail avec une psychomotricienne

Une étude de 2011, réalisée auprès de l'équipe mobile de gériatrie rattachée à l'hôpital d'Annecy, intervenant en EHPAD, montrait que le motif le plus fréquent d'intervention

concernait des troubles neuropsychiatriques (86,5% des demandes) (136). L'expertise de cette équipe apparaissait comme une aide diagnostique et thérapeutique. Concernant son rôle sur les hospitalisations, l'étude montre que 62,7% des praticiens libéraux auraient fait hospitaliser leur patient en l'absence d'intervention de l'équipe mobile.

Une étude menée en 2010 (138) a évalué les difficultés rencontrées par les médecins généralistes dans la prise en charge des personnes âgées en situation médicale et psychosociale complexe. La demande prioritaire des médecins généralistes concernait la prise en charge des démences et des troubles du comportement.

Les attentes des médecins généralistes vis-à-vis d'une unité mobile de gériatrie extra-hospitalière comportaient :

- « une évaluation extérieure de la situation médico-sociale du patient, une décision collégiale des soins, du maintien ou non à domicile du patient, une rencontre avec la famille. »
- pouvoir bénéficier d'un autre avis médical
- de bénéficier d'une aide avec la famille et les aidants
- de bénéficier d'une aide à la coordination
- éviter l'hospitalisation ou la favoriser le cas échéant

Les troubles cognitifs et psycho-comportementaux figuraient parmi les situations prioritaires pour lesquelles les médecins généralistes souhaitaient une intervention à domicile.

Il était également évalué l'intérêt suscité par la création d'une équipe mobile de gériatrie extra-hospitalière. Les médecins étaient favorables à la mise en place d'équipes disponibles, accessibles facilement et rapidement (dans les 48/72 heures).

Si cette étude concerne les unités mobiles de gériatrie, ces résultats peuvent tout à fait s'appliquer aux équipes mobiles de psychiatrie de la personne âgée. Certaines attentes et demandes des médecins généralistes correspondent en effet à leurs missions, notamment la prise en charge des troubles cognitifs et des symptômes psycho-comportementaux associés. Cette étude montre l'importance des besoins d'une expertise gériatrique

spécialisée au domicile ou en EHPAD.

## **I.4. L'Équipe Mobile d'Évaluation et de Suivi de La Personne Âgée (EMESPA) du Centre Hospitalier Esquirol de Limoges**

### **I.4.1. Historique**

C'est suite au plan psychiatrie et santé mentale de 2007 que les équipes mobiles de psychiatrie de la personne âgée ont été créées.

La circulaire DHOS/O2/2007 du 30 avril 2007 relative à la prise en charge des troubles psychiatriques des personnes âgées lance un appel à projet national et à titre expérimental de « projet de structuration de dispositifs de prise en charge psychiatrique des personnes âgées ».

Le but était de développer une organisation de structures innovantes afin d'améliorer la prise en charge des personnes âgées présentant des troubles mentaux.

L'EMESPA de Limoges voit le jour en 2008 à l'initiative du directeur du Centre Hospitalier Esquirol et du chef du Pôle Universitaire de Psychiatrie de l'Adulte et de la Personne Âgée. Ce projet a été soutenu par l'Agence Régionale de Santé du Limousin. L'activité est en place depuis le 30 Juin 2008.

Le Limousin est alors à l'époque la région de France où la population est la plus âgée. En effet la région compte 4,5 centenaires pour 10 000 habitants, leur part dans la population totale étant près de deux fois plus élevée que sur le reste de la France métropolitaine (35).

Le contexte de création de ce projet d'équipe mobile était favorable, avec une filière gériatrique structurée activement au sein du CHU de Limoges et une filière psychogériatrique développée au sein du Centre Hospitalier Esquirol de Limoges.

À ses débuts, l'équipe était constituée d'un binôme médecin-infirmier et intervenait exclusivement au domicile des patients de la ville de Limoges et de certaines communes du département de la Haute-Vienne.

Pour faire face à la demande croissante d'intervention, l'équipe mobile de psychiatrie de la personne âgée a du constamment revoir son fonctionnement et étendre son domaine

d'intervention.

Au premier trimestre 2010, le dispositif se renforce avec l'affectation d'une infirmière référente et une extension à la communauté urbaine. Des conventions sont faites en partenariat avec le Centre de convalescence « La Chênaie » et avec la clinique « Chénieux ».

Depuis 2012 elle intervient, toujours par le biais de conventions, dans les EHPAD de Limoges et des communes du département de la Haute-Vienne.

Également depuis 2012, le dispositif s'articule avec l'équipe mobile de gériatrie du CHU de Limoges et notamment avec l'Unité de Prévention de Suivi et d'Analyse du Vieillessement (UPS AV) qui intervient au domicile des patients depuis février 2010. Il a été convenu d'un partenariat conventionné entre les structures plutôt que la création d'une équipe mixte en raison d'un fonctionnement indépendant et de moyens propres aux filières gériatriques et psychiatriques.

Elle forme actuellement le « chaînon manquant » de la filière de prise en charge des personnes âgées souffrant de troubles psychiques en situation de crise (139).

#### **I.4.2. Missions, objectifs et actions**

Son rôle principal est d'agir au plus près des patients et de leur médecin traitant pour leur offrir un meilleur accès à la filière de prise en soin des personnes âgées. Autrement dit, l'EMESPA met à disposition du médecin traitant une expertise psychogériatrique pour évaluer et prendre en charge les situations de crise, relevant du domaine de compétence du psychiatre de la personne âgée.

La rencontre dans le cadre de vie du patient permet d'éviter tout déplacement d'une personne en situation de grande fragilité. Il s'agit d'intervenir en amont d'une décompensation d'un trouble psychiatrique, le constat d'hospitalisations tardives étant souvent fait. Le risque d'une hospitalisation est la désadaptation définitive, rendant le retour à domicile impossible, voire conduire à une fin prématurée (139).

Avant toute intervention, une préparation est nécessaire. Il convient de faire un recueil de données concernant le patient. Cette étape est indispensable, et le rôle de l'infirmière intervenant à domicile est très important car c'est elle qui va l'assurer. Les données sont recueillies par téléphone, auprès du médecin traitant et des proches. Parmi les renseignements nécessaires, on peut citer les antécédents médicaux du patient, l'adresse exacte du domicile avec des indications précises, le numéro de téléphone personnel du

patient, la présence ou non d'aides à domicile, le traitement médicamenteux en cours. Toutes ces données sont consignées dans une fiche de renseignement.

L'infirmière se charge également de prévenir le patient du passage de l'équipe mobile et de s'assurer qu'il donne son consentement. Les proches sont aussi prévenus de l'intervention. Un rendez-vous est fixé avec le patient et la famille lorsque celle-ci peut se rendre disponible, le regard des proches pouvant aider à la prise en charge.

Le dossier est ensuite présenté au médecin, puis une visite est programmée après en avoir fixé les objectifs en concertation pluridisciplinaire.

En général, le délai entre la demande et l'intervention est plutôt rapide, voire dans les 24h-48h en cas de demande à caractère urgent ou de situation de crise.

Concernant l'intervention elle-même, il convient de différencier les interventions au domicile et en EHPAD.

Concernant les interventions au domicile, les missions sont :

- intervenir rapidement pour établir un diagnostic de souffrance psychique d'un patient et/ou de son entourage
- favoriser l'accès aux soins psychogériatriques
- déterminer la filière la plus adaptée au patient
- faire une évaluation clinique et orienter le patient vers des soins adaptés
- préconiser des actions
- faire le lien avec les différents partenaires
- rationaliser l'hospitalisation en service de psychiatrie de la personne âgée, et éviter le passage aux urgences des personnes âgées vulnérables.

L'équipe pluridisciplinaire va se déplacer au domicile et effectuer un travail en réseau pour assurer une continuité du projet de soin. On va prendre en compte non seulement le patient mais également l'aidant pouvant souffrir d'un épuisement. La visite à domicile se fera donc de préférence avec la présence des proches, des soignants et/ou du médecin traitant

du patient. L'approche du patient âgé se fait dans sa globalité dans son environnement familial. Lors de la visite, il sera évalué la possibilité de maintien à domicile, l'autonomie et l'adaptation du patient à son lieu de vie actuel. En cas de logement inadapté, il pourra être discuté un changement de logement, une intégration en foyer logement ou en EHPAD.

En outre, le psychiatre va évaluer le niveau cognitif du patient et son bien être psychique.

L'équipe peut être sollicitée pour évaluer une demande d'hospitalisation au Centre de Psychiatrie de la Personne Âgée Jean-Marie Léger.

L'intervention au domicile se fait en binôme, lors d'une première intervention, la présence du médecin est systématique.

Pour les interventions en EHPAD, l'objectif est d'accompagner la prise en charge des résidents qui présentent des troubles psychologiques et/ou comportementaux relevant du champ de compétence du psychiatre de la personne âgée (troubles de l'humeur et de l'adaptation, troubles délirants, maladies mentales vieillissantes, troubles démentiels dans leur expression psychologique affective et comportementale). Les patients présentant une démence représentent une part importante de l'activité de l'EMESPA en EHPAD. L'équipe va avoir un rôle dans le dépistage et la prise en charge de la démence (140).

Les objectifs sont l'anticipation et la prévention en s'appuyant sur un dépistage systématique et un diagnostic différentiel des pathologies psychiatriques en institution. L'équipe a également un rôle d'accompagnement des équipes en place pour les rendre aptes à gérer les situations de crise. L'équipe offre une expertise et un appui permettant un suivi régulier des établissements pour anticiper et désamorcer les situations de crise, tout en rassurant les familles par rapport à la symptomatologie de leur parent (16).

Il peut s'agir de demandes d'évaluation ponctuelle ou des évaluations de patients pressentis pour une hospitalisation. L'EMESPA peut aussi assurer le suivi des résidents sur prescription d'un psychiatre du Centre Hospitalier Esquirol.

Au décours de l'intervention, celle-ci est rediscutée avec l'équipe pluridisciplinaire et en découlent des préconisations thérapeutiques à destination du médecin traitant. Il peut s'agir de proposition de traitements médicamenteux mais aussi de mesures médico-sociales.

Les interventions contribuent à la prévention des situations de crises et des hospitalisations en urgence.

Après la visite, il sera discuté de la meilleure prise en charge avec la personne demandeuse d'intervention.

Le psychiatre de l'EMESPA va intervenir sous la forme de préconisations thérapeutiques et de propositions d'orientation. Un réajustement du traitement médicamenteux pourra ainsi être préconisé, et/ou un suivi par une infirmière de la prise du traitement, la mise en place d'aides matérielles ou financières par le biais de l'assistante sociale. Le médecin pourra faire une demande de protection juridique si la personne se trouve en état de vulnérabilité financière.

Une hospitalisation peut être préconisée à l'issue de la visite si cela s'avère nécessaire.

Un courrier médical sera adressé au médecin traitant qui décidera d'appliquer ou non ces préconisations. En effet, il reste le seul décisionnaire, sauf en cas de délégation à l'équipe mobile.

Une nouvelle intervention à distance peut être programmée. Cela peut être pour s'assurer de la bonne évolution du patient après application des préconisations. Cela peut être également dans le cadre d'une réévaluation ponctuelle.

En parallèle de l'équipe soignante, l'assistante sociale pourra intervenir à domicile pour aider à la mise en place d'aides à domicile, effectuer une protection juridique, soutenir un aidant ou accompagner une entrée en institution. Son rôle va être de proposer aux usagers les prestations qui leur sont dues, certaines personnes n'y ont en effet pas recours car peuvent considérer cela comme dégradant.

### **I.4.3. Intervenants et composition**

L'EMESPA est composée :

- de deux médecins spécialisés en psychiatrie de la personne âgée, un intervenant au domicile et l'autre en EHPAD.
- de 13 infirmières psychiatriques assurant le suivi et la première évaluation des patients en EHPAD et à domicile. Les infirmières ont une expérience en soins de psychogériatrie. Une infirmière intervient à la liaison avec le CHU de Limoges.
- d'une cadre de santé infirmière psychiatrique
- d'une cadre supérieure de santé
- d'une assistante sociale

- d'une psychologue clinicienne
- d'une secrétaire

Il convient aussi de citer aussi les moyens matériels mis à disposition de l'équipe pour assurer les déplacements au domicile des patients et dans les différents EHPAD et Centre Médico-Psychologiques (CMP).

Parmi eux, nous avons :

- des véhicules mis à disposition dont certains sont électriques pour les déplacements sur de courts trajets
- des téléphones mobiles
- des GPS

En 2013, il a été comptabilisé un trajet d'environ 300 km parcourus par semaine et par véhicule, ce qui faisait environ 14 400 km par an et par véhicule.

#### **I.4.4. Personnes pouvant solliciter une intervention**

Le médecin généraliste est l'activateur du dispositif. Toutes les demandes d'intervention de l'EMESPA doivent être validées par le médecin traitant s'il n'en n'est pas l'instigateur. En effet, celui-ci reste le référent médical de la personne âgée. Toutefois, les demandes d'évaluation peuvent provenir de toute personne prenant en charge une personne âgée qui présente des troubles psychiques.

Il peut s'agir par exemple :

- des intervenants libéraux (infirmiers diplômés d'état),
- des établissements sanitaires et médicaux sociaux (hôpital publique, structure privée, service d'urgence, EHPAD, accueil de jour),
- des aidants familiaux, des voisins,
- de médecins psychiatres libéraux ou hospitaliers, de médecins gériatres, de médecins coordonateurs d'EHPAD,
- du conseil général (médecin, référent autonomie, assistante sociale),
- ou bien des personnes elle-même.

Les demandes d'interventions doivent être adressées au secrétariat de l'EMESPA, par courrier, par fax ou par téléphone.

Une demande d'intervention provenant du département de la Haute-Vienne, extérieure à la ville de Limoges, nécessite une dérogation du directeur du Centre Hospitalier Esquirol pour que l'équipe mobile puisse intervenir.

#### **I.4.5. Territoire d'intervention**

L'équipe mobile de psychiatrie de la personne âgée du Centre Hospitalier Esquirol intervient en EHPAD ou au domicile des patients vivant sur la ville de Limoges et étend son domaine d'intervention sur toute la Haute-Vienne (87). Le terme « domicile » ne se limitant pas à l'habitation du patient mais comprenant toute structure non médicalisée où réside le patient (foyer logement, petites unités de vie, maison de retraite non médicalisée)

Selon l'INSEE, au premier janvier 2016, la Haute-Vienne compte 375 781 habitants dont 113 078 personnes âgées de plus de 60 ans.

Les établissements médicalisés (EHPAD) comptent environ 3 600 places réparties sur une quarantaine d'établissements.

L'équipe peut également assurer des consultations de liaison dans des établissements médicaux.

#### **I.4.6. Population ciblée**

En Limousin, environ une personne sur quatre est âgée de plus de 65 ans et 85% des personnes de plus de 80 ans vivent au domicile (23). C'est une région rurale, où la moitié des personnes de 75 ans ou plus vivent à la campagne.

La Haute-Vienne comptabiliserait en 2017 près de 8 000 des cas de démence chez les 65 ans en plus, ce qui représente environ 7% des cas en Nouvelle-Aquitaine. Cela concerne deux fois plus de femmes que d'hommes.

Dans la réglementation française, l'âge seuil de 60 ans est généralement retenu pour définir le caractère âgé (par exemple, pour soumettre un dossier d'admission en EHPAD ou

pour obtenir l'Allocation Personnalisée d'Autonomie). L'équipe mobile, même si reste spécialisée dans la prise en charge de la personne âgée, peut intervenir auprès de patients dont l'âge est inférieur à 60 ans présentant des troubles psychiatriques spécifiques de la personne âgée (troubles cognitifs par exemple).

Les patients concernés par une intervention de l'EMESPA sont ceux posant une interrogation diagnostique avec une difficulté d'accès aux soins de psychiatrie de la personne âgée. Les missions de l'équipe étant l'évaluation, l'orientation et le suivi, ces patients n'ont souvent aucun antécédent psychiatrique connu.

#### **I.4.7. Activité depuis 2008**

Entre sa création en Juin 2008 et Décembre 2008, l'activité de l'EMESPA s'élevait à 28 interventions, reflétant de réels besoins et attentes autour d'une telle équipe.

En 2009, l'activité était de 47 interventions par an pour doubler en 2010 avec 101 interventions par an. Sur ces 101 interventions, 35 concernaient des patients déjà connus de la psychiatrie, 55 étaient des nouvelles situations et 11 des réévaluations.

En 2010, concernant l'origine des demandes, 51 demandes étaient faites par le médecin traitant, 22 par des cadres de santé ou une équipe soignante, 11 par un médecin spécialiste, 8 par les services sociaux dont le conseil général, 7 par l'UPS AV de gériatrie et 2 par la famille. Concernant les caractéristiques des populations concernées, la tranche d'âge la plus représentée était les 81-90 ans (54 patients) et les sujets majoritairement des femmes (68 femmes contre 33 hommes)

Les lieux d'intervention étaient le domicile pour 55 patients, l'EHPAD pour 27, les services de soins de suite et de réadaptation pour 14, le foyer logement pour 5 d'entre eux.

Les propositions d'orientation ont été pour 86 patients une prise en soin ambulatoire, pour 7 d'entre eux une hospitalisation en psychiatrie de la personne âgée en hospitalisation libre, pour 4 une hospitalisation en psychiatrie de la personne âgée en Hospitalisation à la Demande d'un Tiers (HDT) et pour 4 une hospitalisation dans un autre service (141).

L'activité de l'EMESPA n'a cessé de croître depuis.

Deux ans plus tard, en 2012, on comptabilise que l'équipe a suivi 733 patients et réalisé 4 200 visites dont plus des trois quart en EHPAD depuis sa création.

La file active de l'EMESPA (en nombre d'interventions) depuis sa création est représentée dans la Figure 1.

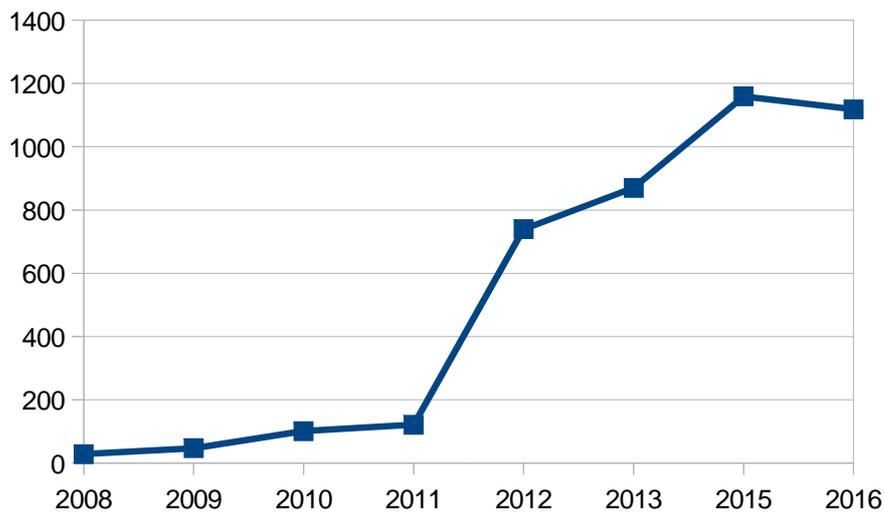


Illustration 1: File active de l'EMESPA (domicile et EHPAD) depuis sa création

## II. Étude de l'activité au domicile de l'EMESPA sur 6 mois

---

Cette étude a été réalisée dans le contexte économique actuel, qui est, comme décrit précédemment, favorable au délaissement de l'institutionnalisation au profit d'une activité médicale ambulatoire moins coûteuse. Le constat de la difficulté d'accès aux soins psychiatriques pour les personnes âgées, vivant en institution ou à domicile, a également motivé cette étude. Les travaux précédemment menés sur les équipes mobiles de psychiatrie de la personne âgée sont peu nombreux mais en ont démontré un réel bénéfice. L'équipe mobile de psychiatrie de la personne âgée du groupe hospitalier Paul-Guiraud de Villejuif (94) a notamment démontré un rôle dans l'évaluation et l'orientation des personnes âgées souffrant de troubles psychiatriques (70).

En 2014, l'équipe mobile psychogérontologique du Centre Hospitalier de Thuir dans les Pyrénées Orientales (65), a indiqué une réduction de 61% des hospitalisations en psychiatrie entre 2007 et 2012 grâce à leurs interventions à domicile (142).

Ce travail nous a amené à nous intéresser à l'activité au domicile d'une équipe mobile de psychiatrie de la personne âgée, en Limousin et de voir son influence sur l'accès aux soins psychiatriques des personnes âgées et sur les hospitalisations en service de psychiatrie.

### II.1. Objectifs de l'étude

- Objectif principal

L'objectif principal de notre étude est de décrire l'activité au domicile de l'Équipe Mobile d'Évaluation et de Suivi de la Personne Âgée (EMESPA) du centre hospitalier Esquirol de Limoges (Haute-Vienne) concernant des primo consultants, sur une période allant d'Octobre 2016 à Mars 2017 et d'observer le devenir sur trois mois des patients ayant bénéficié d'une intervention de cette équipe.

- Objectifs secondaires

Les objectifs secondaires sont :

- D'évaluer l'influence de l'EMESPA sur les hospitalisations en service de psychiatrie au centre hospitalier Esquirol, trois mois après la première intervention. La question posée est : est ce qu'une intervention de l'EMESPA permet d'éviter certaines

hospitalisations ou les facilite lorsque celles-ci sont indiquées?

- De rechercher, chez les patients hospitalisés en psychiatrie suite à une intervention de l'EMESPA, si la durée de l'hospitalisation est réduite par rapport aux patients n'ayant pas bénéficié d'une intervention.

## **II.2. Matériels et méthodes**

### **II.2.1. Type d'étude**

Il s'agit d'une étude observationnelle, descriptive, rétrospective, unicentrique. Notre travail est une enquête basée sur l'étude de dossiers de patients. L'étude concerne des patients ayant fait l'objet d'une primo intervention à domicile de l'EMESPA entre Octobre 2016 et Mars 2017, soit sur une période de 6 mois. Pour chaque patient, un suivi de son devenir sur trois mois a été réalisé.

La période d'observation s'est terminée le 30 Juin 2017.

### **II.2.2. Population de l'étude**

- Recrutement de la population

Le recrutement de la population s'est fait par recueil de toutes les demandes d'interventions concernant des patients vivant au domicile entre le 1<sup>er</sup> Octobre 2016 et le 31 Mars 2017.

Les demandes étaient adressées au secrétariat de l'EMESPA, au sein du Pôle Universitaire de Psychiatrie de l'Adulte et de la Personne Âgée du centre hospitalier Esquirol. Elles ont été adressées par fax, par appel téléphonique ou par courrier. Pour toute demande, une fiche de traitement d'intervention était remplie par la personne recevant le signalement (Annexe 1. Fiche de traitement d'intervention de l'EMESPA).

Les données ont été collectées sur une fiche à part, au fur et à mesure, par les trois infirmières diplômées d'état travaillant au sein de l'EMESPA à domicile. (Annexe 2. Tableau récapitulatif des interventions au domicile)

- Critères d'inclusion

Les critères d'inclusion des participants âgés sont :

- Avoir fait l'objet d'une demande écrite ou orale d'intervention au domicile par l'EMESPA du centre hospitalier Esquirol de Limoges entre le 1<sup>er</sup> Octobre 2016 et le 31 Mars 2017. Cette demande d'intervention devait être validée par le médecin traitant du patient si celui-ci n'était pas le demandeur.
- Vivre au domicile ou dans toute autre structure non médicalisée se substituant à celui-ci.
- Avoir son domicile ou son substitut situé dans le département de la Haute-Vienne (87).

- Critères de non-inclusion

Les critères de non-inclusion sont :

- Avoir déjà bénéficié d'une intervention de l'EMESPA dans les deux années précédant l'étude. La période de deux ans sans prise en charge par l'EMESPA a été jugée suffisamment longue pour que l'équipe puisse intervenir avec un regard neuf comme s'il s'agissait d'une première intervention.
- Vivre en EHPAD. Ces patients font l'objet d'une intervention par une équipe différente. Nous nous sommes intéressés uniquement à l'activité de l'EMESPA au domicile.

Ont été exclus de l'étude tous les patients ayant fait l'objet d'une demande d'intervention mais dont la visite à domicile n'a pas pu aboutir. Elle n'a pas pu avoir lieu pour différents motifs (refus de la visite par le patient ou ses proches, impossibilité de programmation de celle-ci, décès du patient, hospitalisation du patient ou entrée en institution entre temps).

## II.2.3. Recueil de l'information

- Recueil des données

A partir de la fiche remplie par les infirmières de l'EMESPA, les dossiers médicaux des patients ont été consultés.

Les données nécessaires à l'étude ont été recueillies à partir du dossier médical numérisé des patients sur le logiciel informatique Cariatides® du centre hospitalier Esquirol. Les différentes variables étudiées ont été recensées à partir des différentes catégories du logiciel informatique puis consignées sur une grille d'évaluation (Annexe 3. Grille d'évaluation des demandes d'intervention de l'EMESPA au domicile). Les données relatives à l'hospitalisation des patients en psychiatrie sur le centre hospitalier Esquirol ont également pu être recueillies à partir du dossier médical numérique. Le recueil des données a débuté en Janvier 2017 et s'est achevé le 30 Juin 2017.

Le devenir psychiatrique de chaque patient sur trois mois après la première intervention a été évalué. Les informations ont été là aussi récoltées sur le logiciel informatique du centre hospitalier Esquirol où était répertorié chaque ré-intervention de l'EMESPA.

- Grille de recueil des données

Cette grille a été rédigée à l'aide de données trouvées dans la littérature et à l'aide d'études précédemment réalisées sur les équipes mobiles de psychiatrie de la personne âgée. Les différents items devaient permettre de définir le plus précisément l'activité de l'EMESPA au domicile.

Nous nous sommes également aidés de la fiche de traitement d'intervention de l'EMESPA. (Annexe 1. Fiche de traitement d'intervention de l'EMESPA) Cette fiche est systématiquement complétée lors de toute demande d'intervention et comprend les informations nécessaires à la réalisation de celle-ci.

L'étude des courriers médicaux adressés au médecin traitant suite à l'intervention de l'EMESPA au domicile a permis de recueillir des informations pour la rédaction de la grille, notamment en ce qui concernait les préconisations faites par l'EMESPA.

L'élaboration de la grille s'est faite en concertation avec les infirmières diplômées d'état de l'EMESPA et le médecin psychiatre dont l'expérience professionnelle s'est avérée précieuse.

La grille comprend un total de 27 items.

Les variables recueillies étaient divisées en trois parties, correspondant aux différents temps de l'intervention. Il nous a paru important de différencier dans notre étude : la période en amont de la visite à domicile, la période d'intervention et la période suivant l'intervention.

En amont de la visite à domicile les variables recueillies étaient :

- les données sociodémographiques des patients : le sexe, l'âge, le lieu de vie (rural ou urbain), la région géographique du domicile, le type d'habitation (maison, appartement, foyer logement)
- la notion de protection juridique du patient
- l'origine de la demande d'intervention (médecin traitant, famille, conseil départemental, psychiatre, tuteur)
- les informations médicales, en particulier les antécédents psychiatriques des patients
- le mode de vie à domicile, notamment si le patient vit seul, si il bénéficie de la présence d'aides à domicile ou non (hors aidant familial).
- le(s) motif(s) de la demande d'intervention. Cette catégorie comprenait neuf items : agressivité, idées suicidaires, troubles de l'humeur, trouble anxieux, troubles psychotiques, repli au domicile, évaluation cognitive et autre.
- la notion de souhait d'une d'hospitalisation en psychiatrie explicitement formulée par le demandeur.
- le caractère urgent ou non de la demande d'intervention

Concernant l'intervention elle-même, les données recueillies étaient :

- le délai entre la demande et la visite à domicile
- la réalisation d'une évaluation cognitive
- la préconisation d'introduction d'un traitement médicamenteux
- l'évaluation du risque du maintien à domicile a-t-elle été réalisée? Et si oui, existait-il un risque lié au maintien à domicile?
- les différentes propositions d'orientation du patient, parmi dix items :
  - un suivi ambulatoire en consultation médicale,
  - une prise en charge en hôpital de jour,
  - la mise en place d'aides à domicile (téléassistance, portage des repas, aide ménagère, infirmière libérale),
  - un accueil de jour,
  - la mise en place d'une protection juridique,
  - des aides sociales (APA, ALD),
  - un suivi par l'équipe de secteur,
  - des démarches en vue d'une demande de précaution pour une entrée en EHPAD,
  - une orientation pour une prise en charge somatique,
  - une hospitalisation complète en psychiatrie sur le centre hospitalier Esquirol.
- le diagnostic CIM-10 coté par le psychiatre après la visite

Concernant l'après visite à domicile, les données recueillies sur trois mois après la première intervention sont :

- la ré-intervention de l'équipe. Si celle-ci est ré-intervenue, les différents intervenants étaient répertoriés ainsi que le motif de la ré-intervention et leur nombre total.
- l'hospitalisation au centre hospitalier Esquirol du patient. Si celui-ci était hospitalisé, le délai entre l'hospitalisation et la première intervention ainsi que la durée totale du séjour étaient notés.

#### **II.2.4. Analyse statistique**

L'ensemble des données a été saisi sur une feuille de calcul Excel.

L'analyse statistique a été réalisée avec l'aide du logiciel SPSS® version 20.0.

Nous avons procédé dans un premier temps à une analyse descriptive de la population recrutée dans notre étude. Dans un second temps, il a été réalisé une analyse comparative entre les patients hospitalisés en service de psychiatrie et les patients non hospitalisés.

Il a également été effectué une analyse comparative entre les motifs de demande d'intervention de l'EMESPA et les diagnostics émis au décours de la visite.

Pour les patients qui étaient hospitalisés, nous avons comparé la durée du séjour hospitalier avec celle de l'ensemble des patients hospitalisés au le Centre Jean-Marie Léger du centre hospitalier Esquirol sur l'année 2016.

Les résultats concernant les variables quantitatives sont présentés son forme de moyennes  $\pm$  écart-type et l'intervalle valeur minimale-maximale. Les résultats des variables qualitatives sont exprimés en valeur absolue et pourcentage.

Le but de l'étude comparative est de repérer s'il existe des différences statistiquement significatives entre le groupe de patients hospitalisés et le groupe de patients non

hospitalisés.

Concernant l'ensemble des patients recrutés, nous voulions repérer s'il y avait des différences entre les diagnostics évoqués dans les demandes d'intervention et ceux évoqués par l'EMESPA.

Les analyses comparatives portant sur des variables qualitatives ont été réalisées en utilisant le test Chi<sup>2</sup> de Pearson (pour un effectif théorique minimum supérieur à 5) et le test exact de Fisher (pour un effectif théorique minimum inférieur à 5).

Le test non paramétrique U de Mann Whitney a été utilisé pour comparer des variables quantitatives entre les patients hospitalisés (échantillon de petite taille avec un effectif à 13) et les patients non hospitalisés.

Les études de relation ont été réalisées à l'aide du coefficient de corrélation Rho de Spearman.

Pour chaque analyse statistique, nous avons retenu un seuil de significativité  $p < 0,05$ .

## II. 3. Résultats

Entre le 1er Octobre 2016 et le 31 Mars 2017, l'EMESPA a effectué 119 interventions à domicile. Nous avons exclu 5 patients.

Au final, nous avons recruté 114 patients sur une période d'inclusion de six mois.

### II.3.1. En amont de l'intervention

- Caractéristiques socio-démographiques de la population étudiée

L'âge moyen des patients recrutés était d'environ 82 ans ( $\pm 8,236$ ) (82,18 ans) avec un âge minimal de 54 ans et un âge maximal de 97 ans.

La tranche d'âge la plus représentée était les 81-90 ans (56 patients soit 49,1% de l'effectif).

La tranche des 71-80 ans représentait 24,6% de l'effectif soit 28 patients.

La tranche des plus de 90 ans représentait 15% de l'effectif soit 17 patients.

La tranche des 61-70 ans représentait 10,5% de l'effectif soit 12 patients.

Un seul patient avait moins de 60 ans (0,9%).

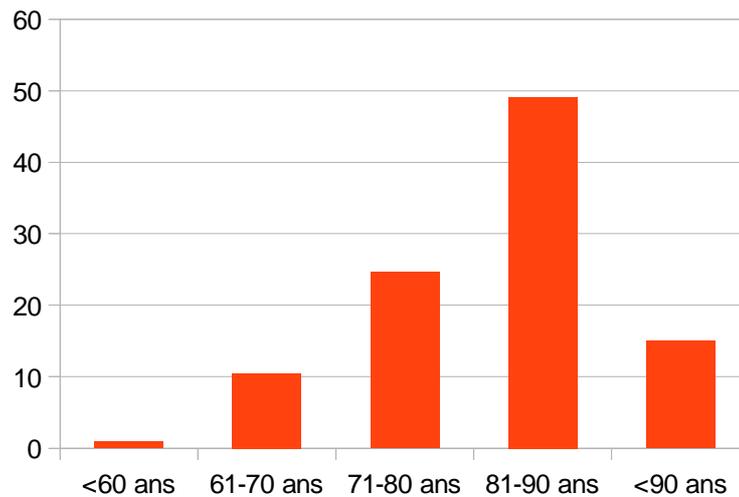


Illustration 2: Répartition des patients selon la tranche d'âge

Les femmes étaient majoritairement représentées dans la population étudiée avec 80 femmes pour 34 hommes ce qui représentait respectivement 70,2% et 29,8% de l'effectif.

La majorité des patients recrutés vivait en milieu urbain. En effet, 82,5% d'entre eux vivaient en ville contre 17,5% à la campagne.

Concernant la répartition géographique des patients recrutés, la majorité se trouvait à Limoges (50,9%).

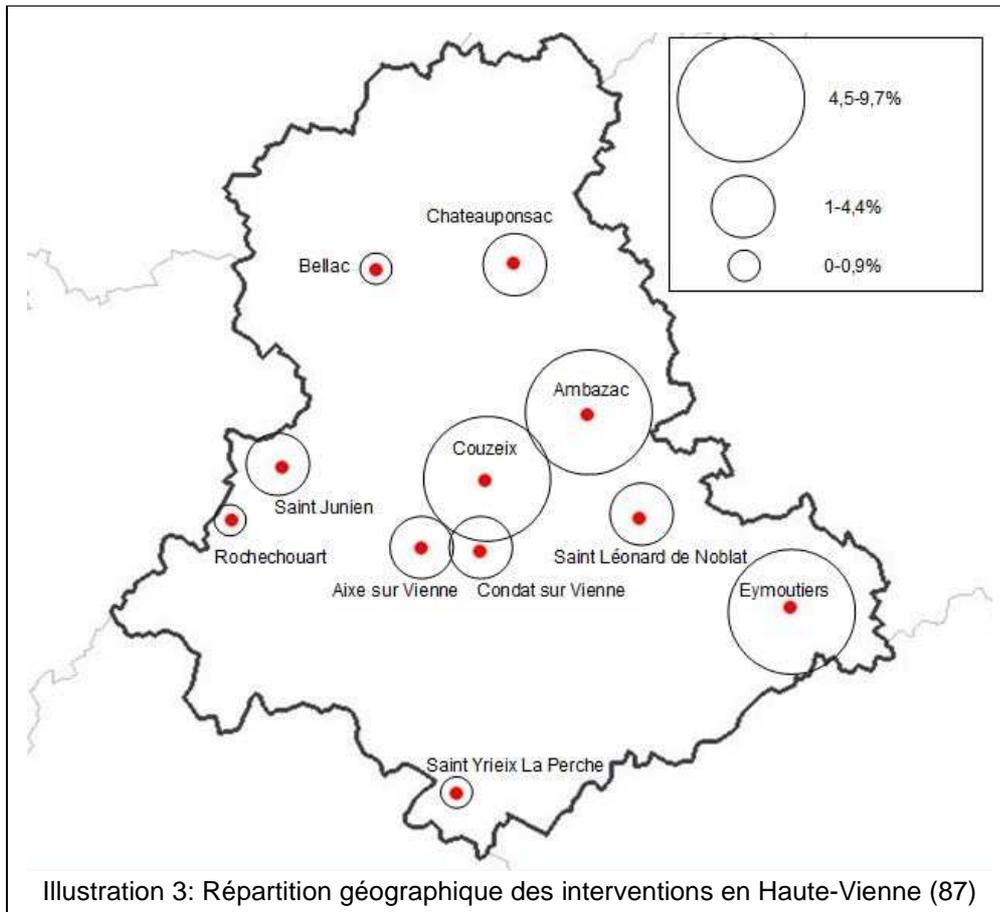
Les patients résidant dans les communes avoisinant Limoges (Isle, Feytiat, Panazol, Le Palais-sur-Vienne) représentaient 16,8% de l'effectif recruté.

La région du nord de la Haute-Vienne (regroupant les cantons de Chateauponsac, Ambazac, Bellac et Couzeix) représentait 16,9% de l'effectif recruté.

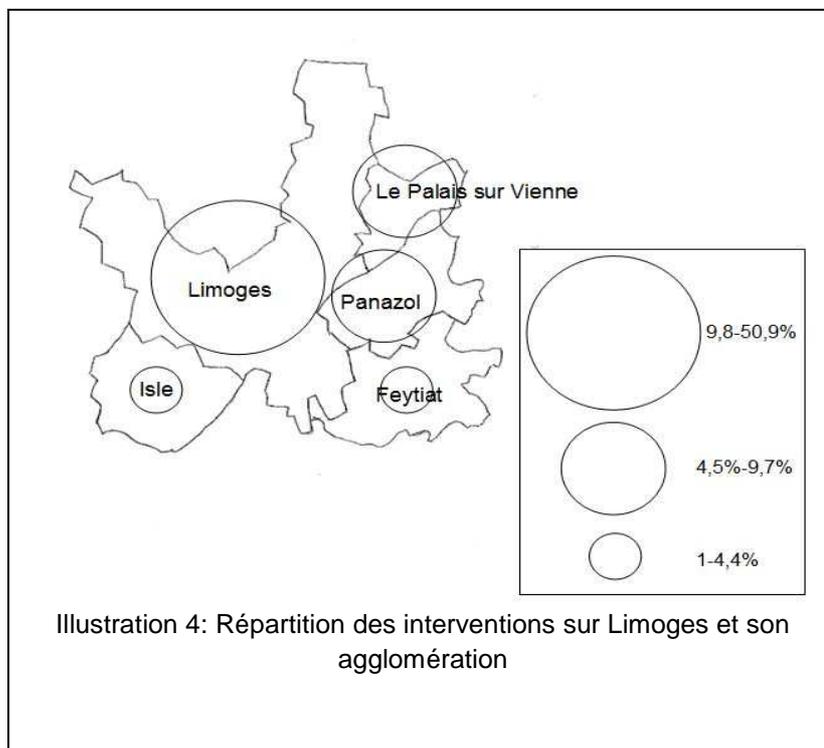
La partie ouest de la Haute-Vienne (regroupant les cantons de Saint-Junien, Aixe-sur-Vienne et Rochechouart) représentait 7% de l'effectif recruté.

Le sud de la Haute-Vienne (regroupant les cantons de Condat-sur-Vienne et Saint-Yrieix-La-Perche) représentait 2,7% de l'effectif recruté.

Enfin, l'est de la Haute-Vienne (regroupant les cantons de Saint-Léonard-de-Noblat et Eymoutiers) représentait 6,3% de l'effectif recruté.

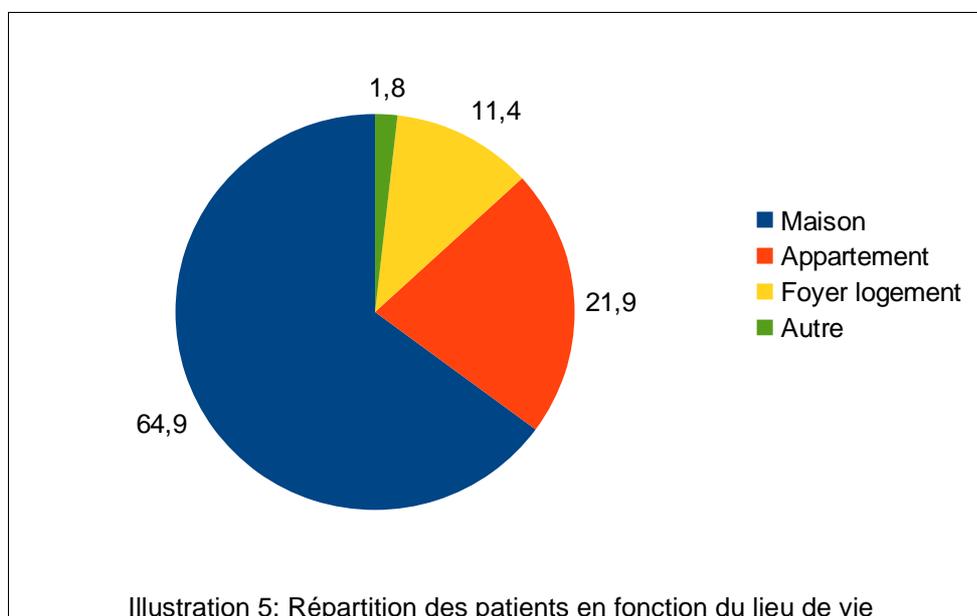


© uMap



En ce qui concerne le type d'habitation, la plupart des patients résidaient dans une

maison (64,9% de la population totale). Les patients vivant en appartement représentaient 21,9% de l'effectif, et ceux vivant en foyer logement 11,4%. Seuls deux patients (1,8%) vivaient dans une autre structure (foyer de vie). (Figure 5)



Environ 53,5% des patients avaient des aides à domicile contre 46,5%.

Concernant le mode de vie, environ la moitié des patients recrutés (50,9%) vivait seul à domicile.

Concernant la situation légale des patients, neuf patients bénéficiaient d'une protection juridique (7,9%).

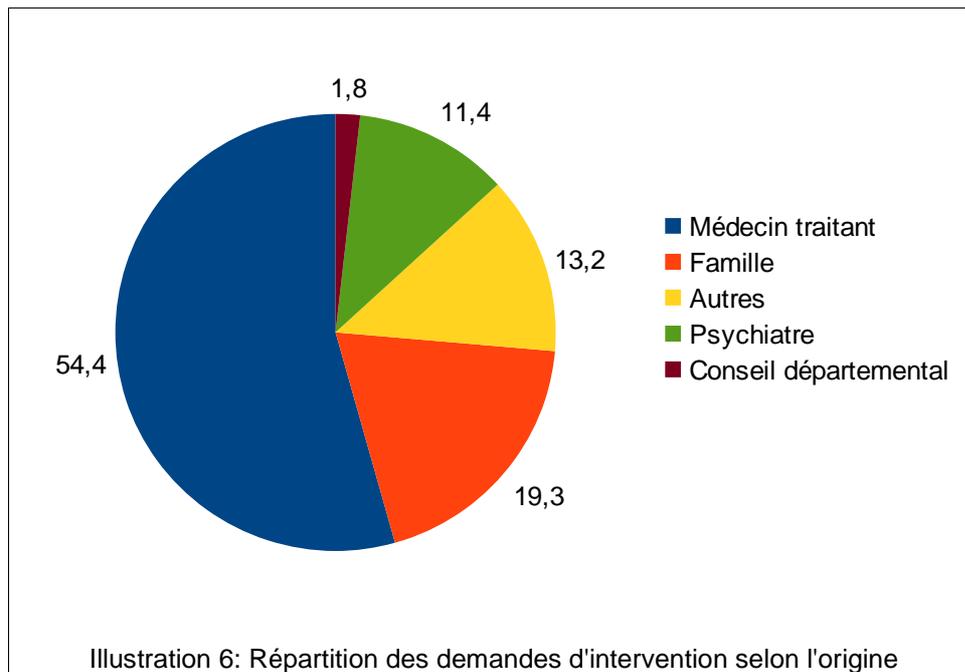
Concernant les antécédents psychiatriques des patients étudiés, environ un tiers des patients avait des antécédents psychiatriques connus (36,8% de la population totale). Parmi eux, les antécédents dépressifs étaient ceux retrouvés en plus grande fréquence (14%), puis les troubles cognitifs (10,5%). Trois patients présentaient des antécédents de trouble anxieux (2,6%). Trois patients avaient fait des tentatives de suicide (2,6%), deux patients présentaient une addiction à une substance (1,8%), deux patients avaient déjà été hospitalisés en psychiatrie (1,8%), deux patients présentaient une psychose (1,8%), un patient avait un trouble bipolaire (0,9%) et un patient avait pour antécédent un trouble de la personnalité (0,9%). (Tableau 1)

	<i>Nombre</i>	<i>Pourcentage</i>
Dépression	16	14,00%
Troubles cognitifs	12	10,50%
Trouble anxieux	3	2,60%
Tentative de suicide	3	2,60%
Addiction	2	1,80%
Hospitalisation en psychiatrie	2	1,80%
Trouble psychotique	2	1,80%
Trouble bipolaire	1	0,90%
Trouble de la personnalité	1	0,90%
Total	42	36,80%

Tableau 1: Antécédents psychiatriques

- Origine des demandes d'intervention

Les demandes d'intervention provenaient en majorité des médecins traitants (54,4%). Les familles étaient demandeuses d'intervention dans 19,3% des cas. Nous avons 13,2% des demandes qui provenaient d'autres personnes (gériatres, tuteurs). Les psychiatres étaient à l'origine d'une demande dans 11,4% des cas. Enfin, seulement deux patients (1,8%) avaient fait l'objet d'une demande d'intervention par le Conseil Départemental de la Haute-Vienne. (Figure 6)



- Motifs des demandes d'intervention

Les motifs de demande d'intervention ont été regroupés en huit items. Plusieurs motifs pouvaient être mentionnés.

Nous avons recensés un total de 182 motifs de demande d'intervention pour 114 patients.

Pour 46 patients (40,4%), il n'existait qu'un seul motif de demande d'intervention. Pour environ la moitié des patients (50,9%) soit 58 patients, il existait deux motifs de demande d'intervention. Pour neuf patients (7,9%), il a été recensé trois motifs de demande d'intervention et un seul patient (0,9%) a été concerné par quatre motifs de demande d'intervention.

Les motifs les plus fréquents sont les troubles de l'humeur comprenant le trouble dépressif et le syndrome maniaque. Ils représentaient 26,3% des demandes. Le deuxième motif le plus fréquent est la présence d'une agressivité et/ou de comportements d'opposition. Ils représentaient 18,1% des demandes. Environ 13,7% des interventions avaient pour motif une demande d'évaluation cognitive. Les troubles psychotiques représentaient un motif de demande d'intervention pour 11% des patients.

Pour 8,3% des patients, le motif de demande d'intervention était la présence d'un trouble anxieux.

Pour 4,4% des patients, il s'agissait d'une demande d'intervention dans un contexte de repli au domicile.

Enfin les idées suicidaires représentaient 3,9% des motifs de demande.

Nous avons 14,3% des demandes (26 patients) qui concernaient d'autres motifs avec parmi eux :

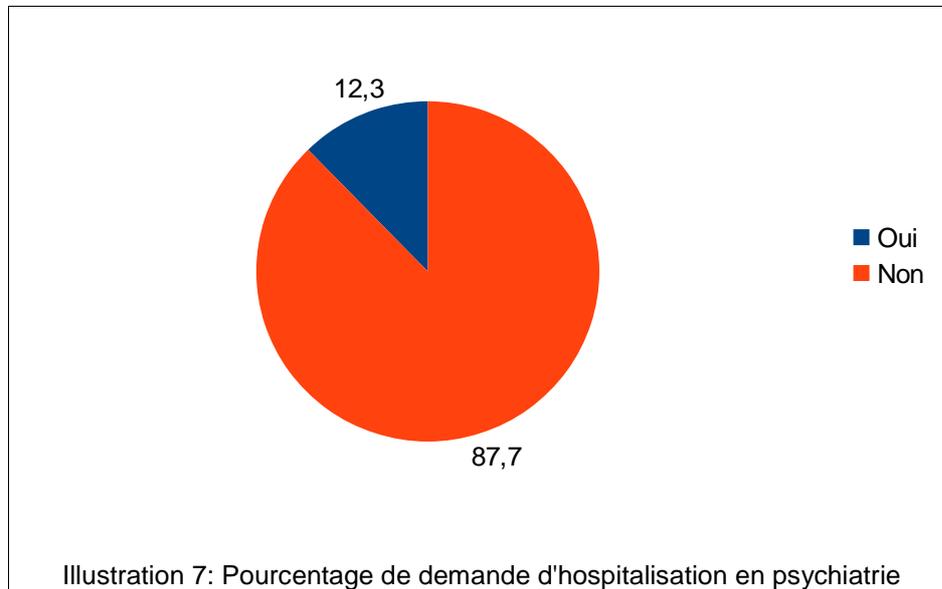
- des demandes de mise sous protection juridique pour des patients en situation de vulnérabilité financière (5 patients)
- les troubles du sommeil (4 patients),
- un syndrome confusionnel (4 patients),
- une syllogomanie (3 patients),
- une dépendance alcoolique (2 patients),
- l'épuisement de l'aidant principal (2 patients),
- une demande de réévaluation suite à une sortie hospitalisation récente (2 patients)
- des troubles de l'adaptation à une structure (1 patient),
- une conjugopathie (un patient)
- une évaluation du comportement à domicile, sans précision (un patient)
- une demande d'intervention auprès d'un patient faisant des chutes à répétition

	<i>Pourcentage</i>	<i>Nombre</i>
Troubles de l'humeur	26,30%	48
Agressivité/Opposition	18,10%	33
Évaluation cognitive	13,70%	25
Troubles psychotiques	11,00%	20
Trouble anxieux	8,30%	15
Repli au domicile	4,40%	8
Idées suicidaires	3,90%	7
Autres	14,30%	26
Total	100,00%	182

Tableau 2: Motifs des demandes d'intervention de l'EMESPA

- Pourcentage de demande d'hospitalisation en psychiatrie

Nous avons 12,3% des demandes (14 patients) qui étaient accompagnées d'une demande explicite d'hospitalisation en psychiatrie. (Figure 7)



- Pourcentage de demandes urgentes

Nous avons désiré recenser le nombre de demande d'intervention qui avaient un caractère urgent.

Parmi les 114 demandes d'intervention, huit (7%) étaient considérées comme urgentes par le demandeur.

### II.3.2. L'intervention à domicile

- Délai entre la demande d'intervention et la visite

Pour vingt-deux patients (19,3%), il n'a pas été possible de recueillir le délai entre le signalement et la visite à domicile car la date de la demande d'intervention n'était pas mentionnée dans le dossier.

Le délai moyen écoulé entre le signalement et la visite à domicile était d'environ 10

jours ouvrés ( $\pm 12,528$ ) (10,46 jours précisément). Le délai minimum était de 1 jour et le délai maximum de 76 jours.

- Déroulement de la visite à domicile

Pour 81,6% des visites, il était réalisé une évaluation cognitive, soit pour 93 patients.

Pour 71,9% des patients (soit 82), il a été conseillé l'introduction d'une thérapeutique médicamenteuse. (Figure 8)

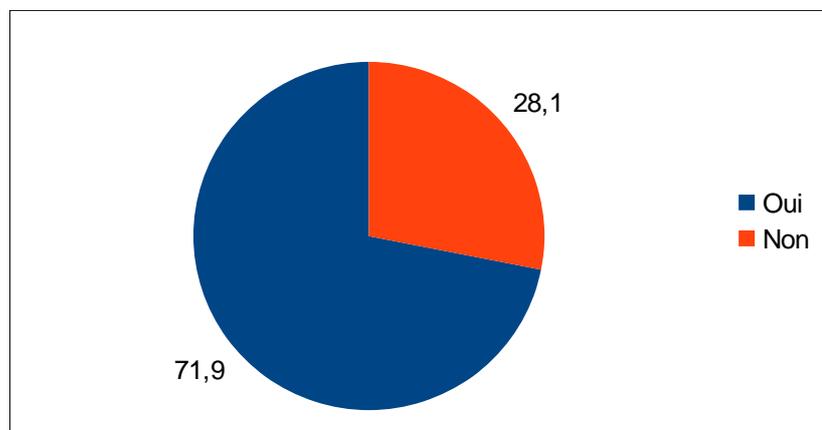


Illustration 8: Préconisation d'introduction d'un traitement médicamenteux

Les traitements prescrits étaient (Figure 9) :

- un antidépresseur dans 50% des cas
- un thymorégulateur dans 20,2% des cas
- une benzodiazépine dans 11,4% des cas
- un neuroleptique dans 8,8% des cas
- un médicament spécifique de la maladie d'Alzheimer dans 5,3% des cas
- de la buspirone dans 3,5% des cas
- un hypnotique dans 0,9% des cas

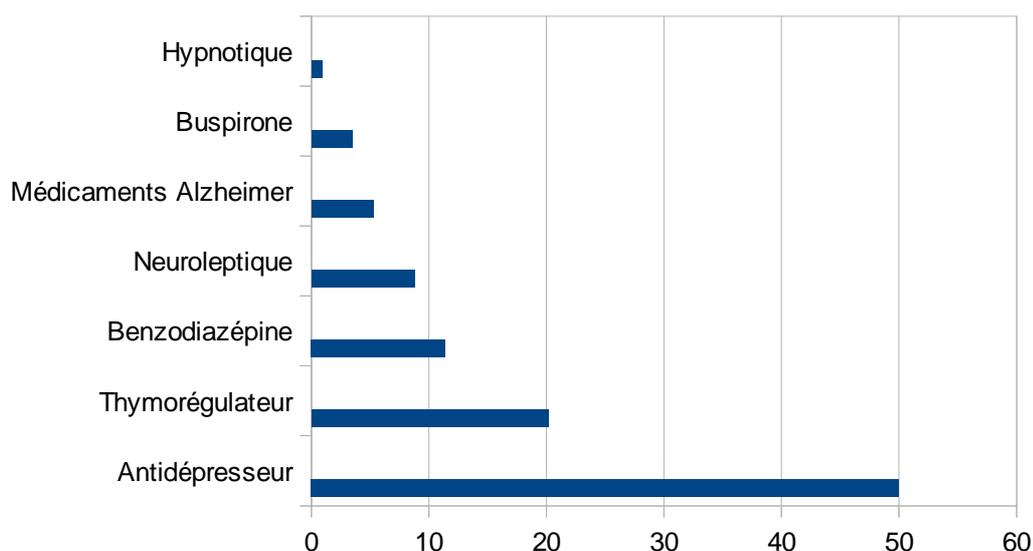


Illustration 9: Classes thérapeutiques des traitements prescrits

- Préconisations faites durant la visite

Quatre-vingt-deux patients ont reçu des préconisations non médicamenteuses à l'issue de la visite de l'EMESPA (71,9%).

Plusieurs préconisations pouvaient être faites pour un seul patient.

Quarante-cinq patients (54,9%) ont eu une seule préconisation de faite.

Vingt-huit patients (34,1%) ont eu deux préconisations.

Huit patients (9,8%) ont eu trois préconisations.

Un patient (1,2%) a eu cinq préconisations.

La mise en place d'aides sociales a été la préconisation la plus fréquente. Elle représentait 23,8% des préconisations.

La mise en place d'aides à domicile représentait 17,7% des préconisations.

Dans 14,6% des cas, il été proposé un suivi par une infirmière psychiatrique.

La proposition d'un suivi en consultation médicale représentait 10,8% des préconisations.

Dans 9,2% des cas, il a été fait une proposition de mise sous protection juridique.

La prise en charge en hôpital de jour psychogériatrique représentait 6,2% des préconisations.

La mise en place de demande de précaution en EHPAD a été préconisée dans 5,4% des cas.

Une hospitalisation complète en service de psychiatrie a été préconisée dans 4,6% des cas.  
 Un accueil de jour a été proposé dans 3,8% des cas.  
 Enfin dans 3,8% des préconisations, il a été proposé une prise en charge somatique.

Ces données sont consignées dans le tableau 3.

<i>Préconisation</i>	<i>Pourcentage</i>	<i>Effectif</i>
Aides sociales	23,80%	31
Aides humaines et techniques	17,70%	23
Suivi par une infirmière psychiatrique	14,60%	19
Suivi en consultation	10,80%	14
Mise sous protection juridique	9,20%	12
Hôpital de jour	6,20%	8
EHPAD	5,40%	7
Hospitalisation complète	4,60%	6
Accueil de jour	3,80%	5
Prise en charge somatique	3,80%	5
Total	100,00%	130

Tableau 3: Préconisations de l'EMESPA

- Évaluation du risque du maintien à domicile

Pour presque la totalité des patients, il avait été réalisé une évaluation du risque lié au maintien à domicile (99,1%). Seul un patient n'avait pas bénéficié de cette évaluation.

Parmi les patients pour qui cette évaluation avait pu être effectuée, il y avait 14 patients (12,3%) pour qui il avait été retrouvé un risque réel lié au maintien à domicile.

Le risque du maintien à domicile était en lien avec :

- des conduites de fugue et de déambulation
- des accidents de la voie publique
- une inadaptation du domicile
- des conduites d'opposition et d'agressivité physique envers l'aidant principal
- un refus ou un rejet des aides à domicile
- une incurie, des conduites d'accumulation d'objet
- des troubles moteurs, des chutes à répétition avec relevé impossible

- Diagnostic psychiatrique évoqué à l'issue de la visite

Les diagnostics évoqués à l'issue de la visite à domicile ont été cotés selon la Classification Internationale des Maladies (CIM-10).

Nous avons regroupés ces diagnostics en différentes catégories et sous-catégories.

Les « troubles de l'humeur (affectif) » (F3) étaient les plus fréquents. Cela concernait 42,1% des patients.

En deuxième position, il s'agit de la démence de la maladie d'Alzheimer (F00). Ce diagnostic concernait 23,9% des patients.

La démence vasculaire (F01) concernait 12,3% des patients.

Le diagnostic « troubles névrotiques, troubles liés à des facteurs de stress et troubles somatoformes » (F4) correspondait à 5,3% des patients.

Pour 3,5% des patients, le diagnostic de « schizophrénie, trouble schizotypique et troubles délirants » (F2) était évoqué.

Pour 2,7% des patients, le diagnostic était coté « autres troubles mentaux dus à une lésion cérébrale et un dysfonctionnement cérébral, et à une affection somatique » (F06).

Également pour 2,7% des patients, on retrouvait le diagnostic de « symptômes et signes relatifs à la connaissance, la perception, l'humeur et le comportement » (R4).

Deux patients (1,8%) ont reçu le diagnostic « troubles de la personnalité et du comportement chez l'adulte » (F6).

Deux patients (1,8%) ont eu le diagnostic de « démence au cours d'autres maladies classées ailleurs » (F02)

Deux patients (1,8%) ont eu le diagnostic de « delirium, non induit par l'alcool et d'autres substance psycho-actives » (F05).

Trois patients ont reçu des diagnostics isolés : « fatigue (asthénie) » (F53+2) ; « autres hernies abdominales précisées, sans occlusion ni gangrène » (K45.8) et « Trisomie 21 » (Q90.0)

Ces données sont répertoriées dans la figure 10.

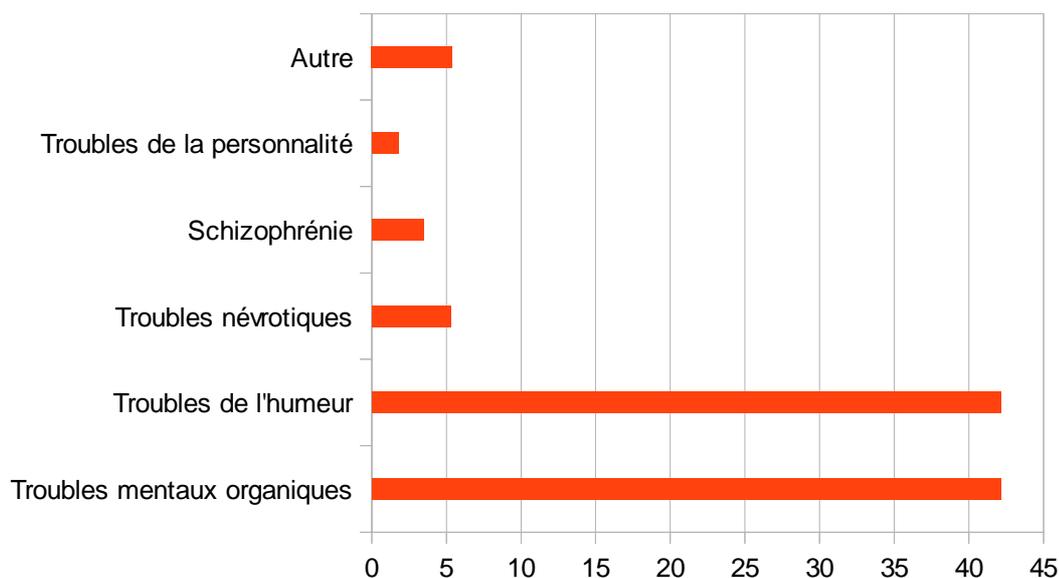


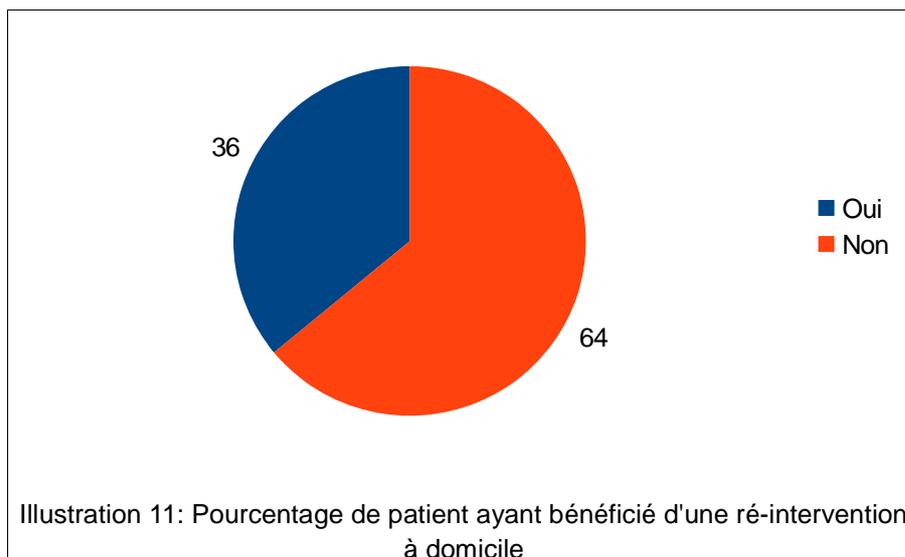
Illustration 10: Diagnostics évoqués par l'EMESPA

Le tableau en annexe regroupe l'intégralité des diagnostics CIM-10 recensés (Annexe 4. Tableau regroupant les diagnostic évoqués par l'EMESPA à l'issue de la visite ).

### II.3.3. La ré-intervention à trois mois

- Patients ayant bénéficié d'une ré-intervention à domicile

Quarante-et-un patients, (36%) ont bénéficié d'une nouvelle intervention de l'EMESPA à domicile dans les trois mois suivant la première visite. (Figure 11)



- Les acteurs de la ré-intervention

Lorsqu'une nouvelle intervention à domicile avait lieu, nous avons recensé qui était les intervenants. Plusieurs personnes pouvaient être concernées parmi le médecin, l'infirmière, l'assistante sociale et la psychologue.

Il y avait 34 visites (54%) qui se sont faites en binôme (médecin-infirmière ou infirmière-assistante sociale ou infirmière-psychologue).

Parmi ces 34 visites, le binôme médecin-infirmière était impliqué dans 26 visites (76,5%).

Le binôme infirmière-assistante sociale était impliqué dans 4 visites (11,76%).

Le binôme infirmière-psychologue était impliqué dans 4 visites (11,76%).

Il y avait 29 visites de ré-intervention qui se sont faites avec un seul intervenant.

Pour 21 visites sur 29 (72,4%), c'est l'infirmière seule qui est ré-intervenue.

Pour 8 visites (27,6%), c'est l'assistante sociale seule qui est ré-intervenue.

Le médecin et la psychologue n'ont effectué aucune visite de ré-intervention seul.

- Le nombre de ré-intervention

Pour les patients ayant bénéficié d'une ré-intervention de L'EMESPA, le nombre de ré-intervention est d'environ 1,54 fois sur trois mois.

Il y avait 29 patients (70,7%) qui ont bénéficié d'une seule ré-intervention.  
Un total de 6 patients (14,6%) a bénéficié de deux ré-interventions.  
Trois patients (7,3%) ont eu trois ré-interventions.  
Deux patients (4,9%) ont bénéficié de quatre ré-interventions.  
Un seul patient (2,4%) a eu cinq ré-interventions.

- Les motifs de ré-intervention

Il y avait six motifs de ré-intervention qui se sont individualisés :

- réévaluation de la tolérance et/ou de l'efficacité du traitement médicamenteux préconisé ;
- réévaluation clinique du patient (comportement, thymie, cognition) ;
- aide pour la mise en place de prestations sociales ;
- dégradation de l'état clinique par rapport à la première visite ;
- soutien psychologique ;
- renforcement de l'alliance thérapeutique ;

Le plus fréquent était la réévaluation clinique, il concernait 19 patients soit 46,3% de l'effectif.

Nous avons 10 patients (24,4%) pour qui le motif de ré-intervention était une réévaluation de la tolérance et/ou l'efficacité du traitement médicamenteux.

La ré-intervention pour une aide à la mise en place de prestations sociales concernait 5 patients (12,2%).

La présence d'une dégradation de l'état clinique par rapport à la visite initiale concernait 12,2% des motifs de ré-intervention (5 patients).

Un seul patient a bénéficié d'une ré-intervention pour un soutien psychologique et un patient a bénéficié d'une ré-intervention pour favoriser l'alliance thérapeutique (2,4%).

Ces résultats sont représentés par la figure 12.

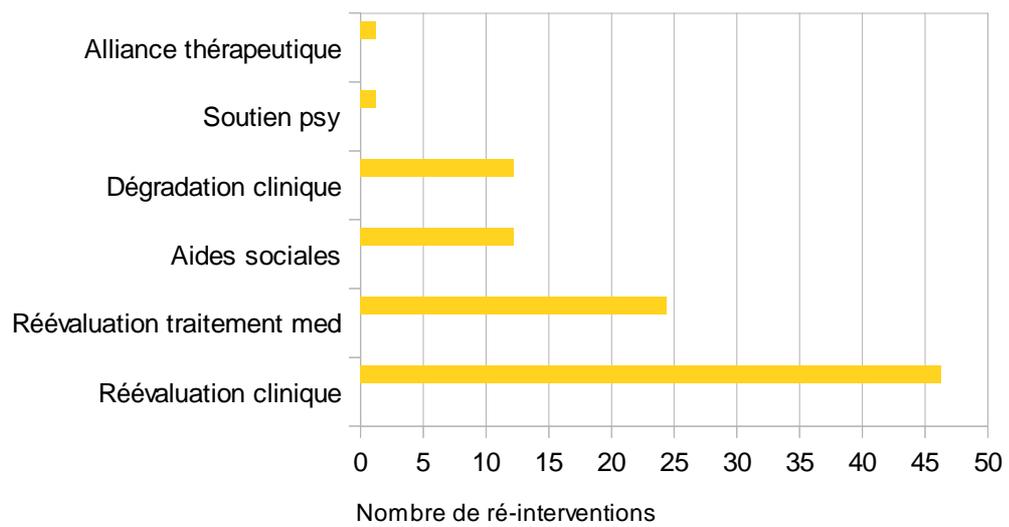


Illustration 12: Les motifs de ré-intervention de l'EMESPA

### II.3.4. Hospitalisation à trois mois en psychiatrie

- Nombre de patients hospitalisés à trois mois

Nous avons 13 patients (11,4%), qui ont été hospitalisés en service de psychiatrie dans les trois mois qui ont suivi la visite de l'EMESPA. (Figure 13)

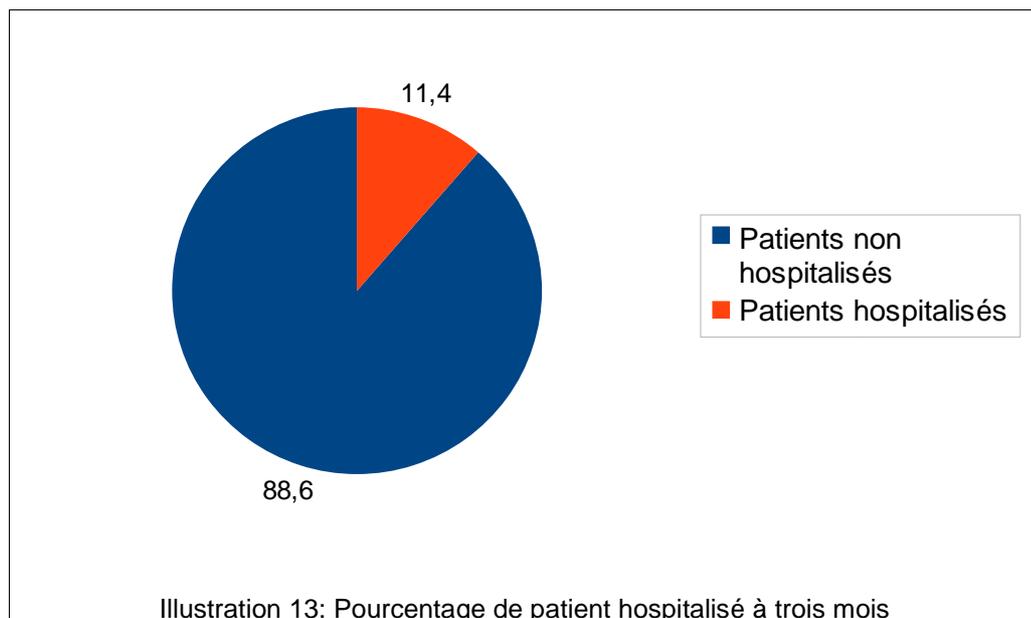


Illustration 13: Pourcentage de patient hospitalisé à trois mois

Concernant le lieu d'hospitalisation des patients :

- dix patients ont été hospitalisés en service de psychiatrie de la personne âgée, au centre Jean-Marie Léger (4 sur l'unité A « anxiété, dépression, risque suicidaire », 4 sur l'unité B « psychiatrie cognitive » et 2 sur l'unité C « soins sans consentement »)
- un patient a été hospitalisé en unité de « soins des troubles de l'humeur et troubles anxieux »
- un patient a été hospitalisé en unité de « soins de réadaptation en hospitalisation libre »
- un patient a été hospitalisé en unité de « soins sans consentement des troubles aigus »

- Durée de l'hospitalisation

Pour l'ensemble des patients qui avaient été hospitalisés après la visite de l'EMESPA, la durée moyenne du séjour était d'environ 35 jours ( $\pm 36,976$ ) (34,6 précisément). Le séjour le plus court était de deux jours. Il s'agissait d'un patient dont la famille avait demandé une sortie contre avis médical. Le séjour le plus long était de 148 jours.

### II.3.5. Analyse de données

- Comparaison entre la variable « évaluation cognitive réalisée » et l'item « demande d'évaluation cognitive » dans les motifs de demande d'intervention.

Une évaluation cognitive était réalisée lors de la visite à domicile dans 81,6% des cas alors qu'une évaluation cognitive n'était demandée que dans 13,7% des cas. ( $p= 0,41$ )

- Analyse de la corrélation entre l'âge des patients, la durée d'hospitalisation et le nombre de ré-intervention de l'EMESPA

Le coefficient de corrélation entre la variable « âge » et la durée de l'hospitalisation était de 0,8. Plus le patient était âgé, plus les hospitalisations étaient longues.

Le coefficient de corrélation entre la variable « âge » et le nombre de ré-intervention de l'EMESPA était de -0,055. Il n'y avait pas de corrélation entre avoir un âge avancé et un nombre plus important de ré-intervention.

### **II.3.6. Analyse des résultats concernant les patients hospitalisés en psychiatrie à trois mois**

Comme dit précédemment, nous avons un total de 13 patients qui ont été hospitalisés en psychiatrie dans les trois mois suivant l'intervention de l'EMESPA à domicile. Il nous a paru intéressant d'étudier le profil de ces patients.

Il y avait 61,5% de femmes et 38,5% d'hommes parmi les patients hospitalisés.

L'âge moyen des patients hospitalisés était de 81,85 ans.

Nous avons recensé quels étaient les motifs initiaux de demande d'intervention pour les patients hospitalisés.

Ceux-ci étaient répartis comme suit :

- 38,5% des patients avaient une demande d'intervention pour des troubles de l'humeur
- 30,8% des patients avaient une demande d'intervention pour un trouble anxieux
- 23,1% des patients avaient une demande d'intervention pour un trouble psychotique
- 23,1% des patients avaient une demande d'intervention pour un comportement agressif ou une opposition
- 7,7% des patients avaient une demande d'intervention pour une évaluation cognitive

Parmi les patients hospitalisés en psychiatrie, 5 avaient fait l'objet d'une demande

d'hospitalisation (38,4%).

Les patients hospitalisés ayant bénéficié d'une ré-intervention de l'EMESPA dans l'intervalle étaient à 15,4%.

Concernant le lieu de vie des patients hospitalisés, 10 patients (76,9%) vivaient en ville et 3 patients (23,1%) vivaient à la campagne.

Concernant le mode de vie, parmi les patients hospitalisés, 4 vivaient seuls à domicile (30,8%). Nous avons 8 patients qui n'avaient aucune aide à domicile (61,5%).

Concernant les antécédents psychiatriques, 8 patients avaient des antécédents psychiatriques connus (61,5%).

Parmi les patients hospitalisés, 8 avaient reçu une préconisation d'introduction de traitement médicamenteux lors de la visite de l'EMESPA à domicile (61,5%).

Cinq patients avaient fait l'objet d'une préconisation d'hospitalisation en psychiatrie par l'EMESPA lors de la visite à domicile (38,5%).

Concernant le statut légal, il n'y avait qu'un patient (4,8%) qui était sous protection juridique.

Pour chaque patient nous avons recensé le motif d'hospitalisation figurant dans les données d'entretien d'admission à l'hôpital.

Nous avons recensé les motifs suivants :

- « tentative de suicide par arme à feu »,
- « mises en danger répétées au sein d'une structure d'hébergement »,
- « hospitalisation de rupture dans le cadre de troubles du comportement au sein d'un foyer de vie »,
- « agressivité »,
- « crise clastique »,
- « trouble anxieux résistant au traitement »,
- « syndrome dépressif résistant au traitement »,

- « épuisement de l'aidant »,
- « nécessité de surveillance hospitalière suite à l'introduction d'un traitement médicamenteux »,
- « délire de persécution ».

Le mode d'hospitalisation le plus fréquent était une hospitalisation libre (76,9% des sujets hospitalisés). Trois patients (23,1%) ont été hospitalisés en Soins Psychiatriques à la Demande d'un Tiers (SPDT). Il n'y a pas eu d'hospitalisation en Soins Psychiatriques à la Demande d'un Représentant de l'État (SPDRE).

Les diagnostics évoqués pour ces patients étaient : un trouble de l'humeur pour trois patients (23,1%), une démence pour trois autres patients (23,1%), un trouble anxieux pour trois patients (23,1%). Deux patients (15,4%) avaient un diagnostic de trouble psychotique et deux autres avaient d'autres diagnostics.

### **II.3.7. Analyse des résultats concernant les patients ayant fait l'objet d'une demande d'hospitalisation en psychiatrie**

Nous avons 14 patients qui avaient fait l'objet d'une demande d'hospitalisation en psychiatrie.

L'âge moyen des patients ayant fait l'objet d'une demande d'hospitalisation était de 76,2 ans.

Il y avait 57,1% de femmes et 42,9% d'hommes.

Onze patients (78,6%) vivaient dans une maison, 2 patients (14,3%) vivaient en foyer logement et un patient vivait en appartement (7,1%).

Huit patients avaient des antécédents psychiatriques connus (57,1%).

Huit patients vivaient seul à domicile (57,1%).

La moitié des patients avait des aides à domicile (50%).

Six demandes d'hospitalisation provenaient du médecin traitant (42,9%), 4 provenaient d'un psychiatre (28,6%), 2 provenaient de la famille du patient (14,3%) et 2 provenaient des urgences du CHU de Limoges (14,3%).

Concernant le statut légal des patients, aucun n'était sous protection juridique.

Pour chacun d'eux, nous avons recensé les raisons ayant motivé une demande d'hospitalisation. Les motifs étaient les suivants :

- « mise en danger au domicile »
- « mise en danger et déambulations au sein d'une structure d'hébergement »
- « hallucinations et angoisse »
- « agitation nocturne, fugue »
- « agressivité »
- « opposition aux soins »
- « syndrome anxio-dépressif résistant au traitement »
- « attaques de panique et épuisement de l'aidant »
- « syllogomanie et syndrome de persécution »
- « chutes à répétition »
- « agitation et agressivité malgré l'introduction d'un traitement »
- « syndrome anxieux et impulsivité »

Parmi les patients ayant fait l'objet d'une demande d'hospitalisation en psychiatrie, 9 n'ont finalement pas été hospitalisés dans les trois mois après le passage de l'EMESPA à domicile soit 64,3% ( $p=0,01$ ).

### **II.3.8. Comparaison des « motifs de demande » et « diagnostic final »**

Nous avons comparé les motifs de demande avec les diagnostics évoqués après la visite à domicile de l'EMESPA, afin de voir s'il existait une concordance dans l'identification des problématiques psychiatriques. Nous nous sommes intéressés en particulier aux troubles de l'humeur et aux démences car ils étaient les diagnostics les plus représentés.

Pour faciliter la comparaison, nous avons regroupé les diagnostics CIM-10 évoqués par l'EMESPA en grandes catégories.

Les diagnostics cotés F3 ont été regroupés dans la catégorie « troubles de l'humeur ».

Les diagnostics cotés F0 ont été regroupés dans la catégorie « trouble mentaux organiques ».

Nous avons comparé dans un premier temps la catégorie « troubles de l'humeur » avec les différents motifs d'intervention. (Tableau 4)

<i>Motif initial de demande</i>	<i>Diagnostic final F3 = trouble de l'humeur</i>	<i>p</i>
Agressivité/opposition	12,10%	0
Idées suicidaires	71,40%	0,13
Troubles de l'humeur	62,50%	0
Troubles anxieux	60,00%	0,13
Troubles psychotiques	35,00%	0,48
Repli	25,00%	0,46
Évaluation cognitive	23,10%	0,025

Tableau 4: Comparaison entre les diagnostics initiaux et le diagnostic de troubles de l'humeur évoqué par l'EMESPA

Nous trouvons une différence significative entre le diagnostic initial de troubles cognitifs et le diagnostic final de « trouble de l'humeur » ( $p = 0,025$ ). Autrement dit, il y avait 23,1% des patients qui présentaient des troubles cognitifs chez qui il a finalement été diagnostiqué un trouble de l'humeur.

Il y avait une concordance entre les diagnostics initiaux et finaux de « trouble de l'humeur » (62,5%). Le diagnostic de trouble de l'humeur était cependant sous estimé, avec 27,3% des patients dépressifs (18 patients) n'ayant pas été identifiés par le demandeur.

Nous avons ensuite comparé la catégorie « troubles mentaux organiques » avec les différents motifs de demande d'intervention. (Tableau 5)

<i>Motif initial de demande</i>	<i>Diagnostic final évoqué F0 = démences</i>	<i>p</i>
Agressivité	75,80%	0
Troubles de l'humeur	27,10%	0,01
Troubles anxieux	20,00%	0,01
Troubles psychotiques	45,00%	0,77
Repli	50,00%	0,72
Évaluation cognitive	57,70%	0,07

Tableau 5: Comparaison entre les diagnostics initiaux et le diagnostic de démence évoqué par l'EMESPA

Nous retrouvons une concordance entre le diagnostic initial et final de troubles cognitifs (57,7%).

En revanche, 37,5% des patients (33 patients) chez qui il n'avait pas été identifié de troubles cognitifs ont finalement été diagnostiqués avec une démence.

La présence initiale d'une agressivité et/ou d'une opposition étaient finalement identifiées comme un trouble démentiel ( $p=0$ ).

### **II.3.9. Comparaison de la durée du séjour hospitalier entre les patients hospitalisés après intervention de l'EMESPA et les autres patients hospitalisés en psychiatrie du sujet âgé**

L'hospitalisation en psychiatrie durait en moyenne 34,6 jours pour les patients ayant bénéficié d'une intervention de l'EMESPA.

Nous avons comparé ce résultat avec la durée moyenne du séjour hospitalier des patients hospitalisés en psychiatrie de la personne âgée au centre Jean-Marie Léger de l'hôpital Esquirol, du 1<sup>er</sup> janvier 2016 au 31 décembre 2016 inclus. La durée moyenne de séjour pour ces patients est de 36,7 jours.

On observe donc une durée de séjour hospitalier des patients ayant fait l'objet d'une intervention de l'EMESPA légèrement inférieure aux autres patients, avec une réduction de la durée du séjour de 2,1 jours. Toutefois, cette différence n'est pas significative ( $p = 0,8$ ).

### II.3.10. Comparaison des caractéristiques individuelles dans les deux groupes « patients hospitalisés » et « patients non hospitalisés »

	Hospitalisé	Non hospitalisé	p
Âge	81,85 ans	82,22 ans	0,820
Délai d'intervention	7,83 j	10,84 j	0,280
Hommes	38,5%	28,7%	0,524
Femmes	61,5%	71,3%	
Vivant en ville	76,9%	83,2%	0,697
Vivant à la campagne	23,1%	16,8%	
Ré-intervention de l'EMESPA	15,4%	38,6%	0,130
Vit seul	30,8%	53,4%	0,123
Sans aide à domicile	61,5%	44,6%	0,248
Antécédents psy	61,5%	33,7%	<b>0,068</b>
Préconisation de traitement	61,5%	73,3%	0,512

Tableau 6: Comparaison des caractéristiques individuelles entre « patients hospitalisés » et « patients non hospitalisés »

Par cette comparaison, nous avons cherché à identifier s'il existait des facteurs prédictifs d'une hospitalisation en psychiatrie. Nous n'avons pas retrouvé de facteur statistiquement significatif parmi les caractéristiques étudiées. On observe toutefois une tendance en faveur d'une proportion plus importante de patients ayant des antécédents psychiatriques chez les patients hospitalisés ( $p=0,068$ ).

La comparaison des groupes « patients hospitalisés » et « patients non hospitalisés » concernant les motifs de demande d'intervention n'a pas permis de mettre en évidence des motifs plus pourvoyeurs d'hospitalisation que d'autres. (Tableau 7)

Motifs de demande			
	Hospitalisés	Non hospitalisés	p
Agressivité/opposition	23,1%	29,7%	0,754
Idées suicidaires	0%	6,9%	1
Troubles de l'humeur	38,5%	42,6%	0,777
Troubles anxieux	30,8%	10,9%	0,68
Troubles psychotiques	23,1%	16,8%	0,697
Repli	0%	8%	0,593
Évaluation cognitive	7,7%	24,8%	0,29

Tableau 7: Comparaison du motif de demande d'intervention entre les « patients hospitalisés » et « patients non hospitalisés »

## II.4. Discussion

### II.4.1. Interprétation des résultats

#### II.4.1.1. Population de l'étude

- **Données socio-démographiques**

L'âge moyen des patients recrutés (82,18 ans) correspond aux résultats attendus pour une population gériatrique. Les patients âgés de plus de 90 ans occupent une part importante de notre population. Ils font parti de la troisième tranche d'âge la plus représentée dans notre étude (15% des patients), devant la tranche des 61-70 ans. Ceci peut s'expliquer par le fait que la région Limousin est une des régions de France où la population est la plus âgée (143).

Les femmes sont plus représentées que les hommes dans notre étude, ce qui est un résultat attendu dans cette population, du fait de la plus grande espérance de vie des femmes par rapport aux hommes.

La plupart des patients ayant bénéficié d'une visite de l'EMESPA vivait en milieu urbain. Il y avait plus de la moitié des patients recrutés qui vivait à Limoges. Ces résultats sont logiques car Limoges est la ville la plus peuplée du département de la Haute-Vienne. Ces résultats peuvent aussi s'expliquer par le fait que les médecins généralistes de Limoges

ont plus l'habitude de travailler avec l'EMESPA depuis sa création que les médecins exerçant à la campagne. En effet, à sa création en 2008, l'EMESPA n'intervenait que sur la communauté d'agglomération de Limoges Métropole composée de dix-sept communes (139).

On peut donc supposer une méconnaissance de ce dispositif par certains médecins généralistes ruraux.

Les régions situées à l'extrême sud (canton de Saint-Yrieix-La-Perche) et à l'extrême nord (cantons de Chateauponsac et Bellac) de la Haute-Vienne font l'objet de très peu de demandes d'intervention de l'EMESPA à domicile. Ces résultats peuvent s'expliquer par l'éloignement géographique de ces régions par rapport à la ville de Limoges.

Plus de la moitié des patients recrutés avait des aides à domicile. Ce résultat peut s'expliquer par le fait que l'EMESPA intervienne auprès d'une population âgée fragile et en perte d'autonomie du fait de polyopathologies à la fois somatiques et psychiatriques. Ces patients, le plus souvent, font l'objet d'un suivi médical régulier et leur médecin traitant a déjà fait les démarches sociales pour la mise en place de ces aides.

Environ la moitié des patients recrutés vivait seul à domicile. Ce pourcentage peut paraître élevé mais a plusieurs explications. Tout d'abord, notre population est représentée par une majorité de femmes, et les études épidémiologiques montrent que, les femmes âgées de plus de 75 ans vivent le plus souvent seules à domicile (144). Or, dans notre population, l'âge moyen est d'environ 82 ans. On peut supposer que ces patientes se sont retrouvées seules à domicile du fait d'un veuvage par exemple.

De plus, l'EMESPA a été sollicitée pour intervenir auprès de personnes vivant seules car cet isolement peut être un des facteurs précipitant de problématiques psychiatriques du registre anxieux ou dépressif (43).

- **Antécédents psychiatriques**

Près de un tiers des patients recrutés présentait des antécédents psychiatriques connus. Cela est moins que ce qu'on pourrait attendre. Dans la littérature, en particulier dans l'étude ESPRIT, près de la moitié des personnes âgées de 65 ans et plus déclare avoir présenté un trouble psychiatrique au cours de sa vie. Il s'agit d'un épisode dépressif majeur dans 26,5% des cas et d'un trouble anxieux pour 29,4% des sujets (10).

Dans notre étude, ce pourcentage a pu être sous estimé lors de la visite à domicile,

les patients n'évoquant pas leurs antécédents psychiatriques par culpabilité, peur d'une stigmatisation, perte de mémoire ou banalisation.

Les antécédents de troubles dépressifs étaient les plus représentés dans notre étude, ce qui est en accord avec les résultats de la littérature. En revanche les troubles anxieux sont peu représentés.

#### **II.4.1.2. Activité de l'EMESPA**

- **Origine des demandes d'intervention**

Dans notre étude, on constate que la majorité des demandes d'intervention de l'EMESPA provient des médecins traitants (54,4%).

Ces résultats sont concordants avec ceux concernant l'activité de l'EMESPA des années précédentes. Une étude menée en Suisse constate également que la majorité des demandes de consultation d'une équipe mobile de psychiatrie de la personne âgée est faite par les médecins traitants (66).

Nos résultats diffèrent cependant de ceux d'autres études sur les équipes mobiles de psychiatrie de la personne âgée. Dans la littérature, certaines décrivent des signalements provenant en majorité des services sociaux et des CLIC (Centre Locaux d'Information et de Coordination) gérontologiques (70,71). Dans notre étude, la part de demandes provenant des services sociaux est minime (1,8%). Cela concernait deux patients. Les motifs d'interventions renseignés étaient : pour le premier : une demande de mise sous protection juridique dans un contexte de repli au domicile et pour le deuxième : une conjugopathie associée à un trouble anxieux.

Les résultats de la littérature soulèvent la question d'une éventuelle réticence des médecins généralistes à travailler avec les équipes mobiles de psychiatrie de la personne âgée. On peut également supposer que certains médecins n'ont pas connaissance de l'existence de ces dispositifs. Le travail avec les médecins généralistes est fondamental car ils sont des interlocuteurs privilégiés et les intervenants médicaux en première ligne auprès du patient âgé à domicile. De plus, ils restent les principaux acteurs de la prise en charge et sont décisionnaires dans l'application des préconisations des équipes mobiles. Il est donc très important dans l'avenir de renforcer cette collaboration avec eux.

Les signalements provenant des services sociaux peuvent poser problème, en particulier en ce qui concerne le motif de demande, qui n'est pas toujours d'ordre psychiatrique, mais plutôt social.

On constate dans notre étude que les familles arrivent en deuxième position concernant

l'origine des demandes d'intervention de l'EMESPA (19,3%). Ce résultat est concordant avec les données de la littérature, concernant les études menées en France. Il souligne l'importance de l'intérêt de l'entourage familial concernant la prise en charge des patients âgés. Les familles sont de plus en plus demandeuses d'aide lorsqu'elles se retrouvent face à des situations difficiles en lien avec une pathologie de la personne âgée, on pense notamment à l'aidant principal pouvant souffrir d'un épuisement.

Certaines études identifient des demandes provenant essentiellement des familles ou du patient lui-même (145). Ces résultats varient selon les pays et les cultures. Une étude menée au Sénégal (146) a montré que, dans la pratique en psychogériatrie, la famille était le principal demandeur de soins.

Dans notre étude, on constate que certaines demandes proviennent de médecins gériatres, il s'agissait en particulier de l'UPSAV du CHU de Limoges et des équipes mobiles de gériatrie intervenant dans la Haute-Vienne. Ceci montre qu'il existe un travail en coordination avec la filière gériatrique.

- **Les motifs de demande d'intervention de l'EMESPA**

Le motif de demande d'intervention le plus fréquent est la présence d'un trouble de l'humeur. Ce résultat est en accord avec ceux des autres équipes mobiles de psychiatrie de la personne âgée (70,71). La prévalence importante de dépression majeure dans la population âgée explique ce résultat (10).

Les difficultés de prise en charge de la dépression chez la personne âgée sont une des raisons conduisant les médecins généralistes à demander l'appui d'une expertise spécialisée. En effet, les plaintes thymiques chez la personne âgée sont difficiles à interpréter, et il est parfois peu aisé de faire la différence entre des symptômes temporaires d'allure dépressive, et une maladie dépressive. De plus, l'introduction d'un traitement antidépresseur chez la personne âgée nécessite une certaine habitude du prescripteur du fait des comorbidités psychiatriques et somatiques associées. D'autres facteurs sont à prendre en compte, à savoir une plus grande sensibilité des personnes âgées aux effets indésirables des antidépresseurs (compte tenu des modifications pharmacodynamiques et pharmacocinétiques avec l'âge), un délai d'action des antidépresseurs plus long et des taux élevés de résistances thérapeutiques (près de 50% des personnes âgées déprimées ne répondent pas au traitement antidépresseur de première intention même prescrit de façon optimale) (42).

Les comportements d'opposition et d'agressivité représentent le deuxième motif le

plus fréquent des demandes d'intervention de l'EMESPA (18,1%). Ces comportements pouvaient être rattachés aux « signes et symptômes comportementaux et psychologiques liés aux démences ». Comme vu précédemment, ces symptômes sont responsables d'une souffrance, à la fois pour le patient mais aussi pour les aidants. Les retentissements identifiés sur l'entourage sont : l'apparition de troubles du sommeil, des symptômes anxieux et dépressifs et une irritabilité. Ils peuvent favoriser la survenue de facteurs de risques cardiovasculaires. Pour les aidants, ils entraînent un sentiment d'impuissance et sont chronophages (147).

Ces symptômes ont une expression clinique « bruyante » et on peut supposer qu'ils sont plus pourvoyeurs de demande d'intervention que les symptômes « négatifs » tels que l'apathie, le repli ou l'apragmatisme. D'ailleurs, le motif d'intervention « repli au domicile » ne concernait que 4,4% des demandes dans notre étude.

Nous avons 13,7% de demandes d'intervention pour une évaluation cognitive.

Des travaux (148) ont montré que les médecins généralistes rencontrent des difficultés en lien avec la prise en charge des démences, notamment la maladie d'Alzheimer. La démarche diagnostique et l'annonce de la maladie ne sont pas considérées par les médecins généralistes comme des tâches qui leur incombent mais relevant du gériatre ou du psychogériatre. Ils évoquent en particulier un manque de temps à consacrer à la réalisation de tests de dépistage des troubles cognitifs. De plus, il est décrit par les médecins généralistes un sentiment de découragement, d'impuissance et d'échec face à ces pathologies.

Peu de demandes concernaient la présence d'idées suicidaires (3,9%), ce qui nous paraît être un taux faible. En effet, selon l'INSERM, les personnes âgées ont le taux de suicide le plus élevé d'Europe. Selon la littérature, on observe une prévalence des idées suicidaires dans la population âgée pouvant aller jusqu'à 8% (149). Ce faible résultat dans notre étude est probablement dû à l'absence de recherche systématique d'idées suicidaires chez les personnes âgées. Or, des travaux montrent que ce n'est que par un dépistage systématique qu'on peut mettre en évidence un risque suicidaire. Cela peut être difficile à réaliser par les médecins généralistes car il n'existe pas de critères consensuels pour permettre cette évaluation.

Le risque suicidaire peut être méconnu chez la personne âgée car, le plus souvent, ce ne sont pas des idées suicidaires qui sont verbalisées, mais un état de fatigue où une anxiété (33).

Nous avons dans notre étude, des motifs de demande d'intervention qui se situaient à la limite entre la psychiatrie et le domaine du social (demande de mise sous protection juridique, conjugopathie).

Une seule demande d'intervention avait un motif de nature essentiellement gériatrique (patient présentant des chutes à répétition).

- **Actions de l'EMESPA à domicile**

Pour une seule patiente, L'EMESPA n'est pas intervenue au domicile. Elle faisait l'objet d'une demande d'intervention dans le service de Soins de Suite et de Réadaptation de la Chênaie. Pour cette patiente, le lieu de vie n'a pas pu être évalué, donc le risque du maintien à domicile n'a pas été apprécié.

Le délai d'intervention entre le signalement et la visite de l'EMESPA à domicile est de 10,46 jours ouvrés. Ce délai est comparable à ceux de la littérature (13,4 jours pour l'équipe mobile de psychiatrie de la personne âgée Ouest 94) (70). Ce délai peut être qualifié d'assez long, mais il faut prendre en compte le fait que l'EMESPA n'est pas une équipe ayant vocation à intervenir dans l'urgence. Certains facteurs identifiés lors de notre étude peuvent expliquer ce délai d'intervention relativement long :

- la difficulté à organiser une visite à domicile en présence de tous les intervenants nécessaires. L'organisation de la visite à domicile dépend de la disponibilité de chacun à une date fixée,
- un oubli de la date de la visite à domicile par le patient, aboutissant à un échec de la première visite et la nécessité d'en reprogrammer une nouvelle à distance,
- une hospitalisation du patient entre temps, ayant nécessité de différer la visite,
- une réticence du patient à accepter la visite à domicile. Ces patients ont eu besoin d'une approche progressive et d'une mise en confiance par la réalisation de plusieurs appels téléphoniques avant de les convaincre d'accepter une visite de l'EMESPA.

Le délai le plus long était de 76 jours, il correspondait à une patiente dont la visite à domicile

a nécessité une mise en confiance très progressive par téléphone, car celle-ci refusait initialement la visite à domicile.

Dans notre étude, une faible part des demandeurs avait mentionné un caractère urgent concernant leur demande (7%).

Ce résultat diffère des données de la littérature, où le souhait d'une intervention rapide des équipes mobiles par les demandeurs est souvent évoqué (56,138). Les demandeurs désireraient une intervention dans les 48/72 heures suivant le signalement. Ils mentionnent également qu'ils souhaiteraient une souplesse, une disponibilité et une facilité d'accès des équipes mobiles.

Ces requêtes sont compréhensibles, mais sont difficilement réalisables concernant l'EMESPA, celle-ci voyant sa file active augmenter d'années en années et de ce fait, sa disponibilité se réduire.

Lors de la visite à domicile, il y avait 81,6% des patients qui bénéficiaient d'une évaluation cognitive. C'est plus que le pourcentage d'évaluation cognitive demandé dans les motifs d'intervention (13,7%). Le dépistage des troubles cognitifs fait parti des missions de l'EMESPA. Même si la Haute Autorité de Santé ne recommande pas un dépistage systématique de la maladie d'Alzheimer ou maladie apparentée dans la population générale, les tests utilisés sont d'utilisation relativement simple, rapide, et permettent de se faire une idée sur l'état cognitif des patients à un instant précis. Cela permet à l'équipe d'avoir une référence de base en cas de ré-intervention à distance pour apprécier l'évolution de l'état cognitif du patient. Cela peut être utile pour différencier des troubles cognitifs transitoires survenant dans le cadre d'un trouble dépressif (par exemple au cours d'une dépression à forme « pseudo démentielle ») d'une démence débutante ou avérée (42).

Pour 71,9% des patients, il était préconisé l'introduction d'un traitement médicamenteux ou la modification d'un traitement en cours. Les antidépresseurs ont été la classe médicamenteuse la plus prescrite (50% des cas). Ce résultat est concordant avec les motifs de demande d'intervention les plus fréquents, à savoir les troubles de l'humeur.

Ceci montre l'importance de l'utilisation des psychotropes chez les personnes âgées présentant des troubles psychiatriques. En France, une personne sur deux de plus de 70 ans fait usage de psychotropes (25). Les thérapeutiques médicamenteuses ont démontré leur efficacité dans le traitement de nombreuses pathologies psychiatriques. Par exemple, l'utilisation des antidépresseurs dans la dépression de la personne âgée a fait l'objet de méta-analyses d'essais comparatifs randomisés. L'efficacité de ces traitements a été

démontrée en comparaison au placebo.

Leur prescription doit cependant être suivie d'une surveillance, au moins clinique, particulièrement chez les personnes âgées. Leur prescription doit être également associée à des thérapeutiques non médicamenteuses.

Concernant la maladie d'Alzheimer, la Haute Autorité de Santé a publié en 2011 (91) des recommandations pour l'utilisation des médicaments spécifiques tels que les inhibiteurs de la cholinestérase (donépézil, galantamine, rivastigmine) et antiglutamate (mémantine). En 2016, elle publie un communiqué remettant en cause l'intérêt de certains de ces médicaments dans la prise en charge de la maladie d'Alzheimer (150). Il est pointé leur absence d'efficacité sur les troubles cognitifs, l'absence d'effet établi sur les troubles du comportement, la qualité de vie, le délai d'entrée en institution, la mortalité des patients, l'absence de bénéfice établi chez les aidants et le risque de survenue d'effets indésirables parfois graves (syncopes, réactions cutanées sévères). Dans notre étude, malgré une population importante avec des troubles cognitifs, ces médicaments sont peu préconisés par l'EMESPA.

Concernant les antipsychotiques, il est conseillé une utilisation raisonnée chez la personne âgée (151). Leur utilisation est conseillée dans la schizophrénie, les troubles délirants persistants, l'état maniaque avec symptômes psychotiques, la démence avec agitation, la dépression majeure avec symptômes psychotiques. Ils peuvent également être prescrits lors d'un état confusionnel ou lors d'une agitation majeure dans un contexte de démence. En revanche, ils sont déconseillés dans la prise en charge des comportements d'hostilité et d'irritabilité en l'absence de trouble mental caractérisé, dans le trouble anxieux généralisé ou les plaintes hypochondriaques.

La classe des benzodiazépines est la troisième classe la plus fréquemment prescrite dans notre étude. S'il s'agit des anxiolytiques de référence depuis de nombreuses années, leur utilisation chez la personne âgée doit être prudente, compte tenu des effets secondaires survenant plus souvent qu'aux autres âges de la vie (152).

L'effet indésirable le plus fréquent est une dépression du système nerveux central dose-dépendante.

Il est à noter que de nombreux psychotropes ont été considérés comme inappropriés chez les patients de plus de 75 ans selon une liste rédigée par un consensus d'experts français (28). Parmi eux, on peut citer les antidépresseurs imipraminiques, les neuroleptiques phénothiazines, les hypnotiques aux propriétés anticholinergiques et les benzodiazépines et apparentés à longue demi-vie.

Nous avons 71,9% des patients qui ont reçu des préconisations non

médicamenteuses.

La préconisation la plus fréquente est la mise en place d'aides sociales (23,8%), cela comportait une demande d'Allocation Personnalisée d'Autonomie (APA) ou une demande d'Affection de Longue Durée (ALD) par exemple. La mise en place de ces aides est complémentaire à la deuxième préconisation la plus fréquente proposée par l'EMESPA (17,7%), à savoir la mise en place d'aides à domicile (infirmières libérales, aides ménagères, téléassistance, portage des repas).

On peut supposer que la mise en place d'aides à domicile a été proposée car nous avons un peu plus de la moitié des patients recrutés qui vivaient seuls à domicile. La proportion de patients recrutés ayant des aides déjà en place était de 53,3%. Il aurait été intéressant dans notre étude de recueillir le statut du patient sur le plan de la perte d'autonomie, par exemple en évaluant le GIR (Groupe Iso-Ressource). Nous aurions pu alors comparer si les résultats des préconisations étaient cohérents concernant l'autonomie des patients recrutés.

Une étude a démontré que l'absence ou l'insuffisance d'aide est un facteur majeur précipitant les difficultés de maintien à domicile (153).

La mise en place d'aides participe donc au maintien du patient au domicile, mais permet aussi de soulager un aidant familial souffrant d'épuisement de l'aidant.

A noter que l'EMESPA a été en contact avec des familles qui, jusque là, avaient toujours refusé la mise en place d'aides. Le passage de l'EMESPA a favorisé la mise en place d'aides par apport d'informations supplémentaires aux familles.

La mise en contact avec l'assistante sociale de l'EMESPA, notamment lorsque celle-ci s'est rendue au domicile, a facilité les démarches pour la mise en place de ces aides.

Il y avait 12,4% des patients pour qui il avait été évalué un risque lié au maintien à domicile. Cela était en lien avec des mises en danger au domicile souvent chez les patients déments.

Des préconisations ont été faites pour ces patients, afin d'anticiper une entrée en EHPAD, par le biais de demandes de précaution, et/ou la mise en place d'un accueil de jour dans l'intervalle.

Nous avons 25,4% des patients qui ont bénéficié d'une intégration dans des soins psychiatriques ambulatoires. Il s'agissait d'un suivi à domicile par une infirmière psychiatrique dans 14,6% des cas et de consultations avec un psychiatre dans 10,8% des cas. Ces deux préconisations pouvaient être associées. Cela permettait d'avoir un suivi médical tout en ayant un regard sur la vie au domicile par l'intermédiaire de l'infirmière.

Douze patients (9,2%) ont fait l'objet de l'instauration ou d'un conseil de mise en place d'une mesure de protection juridique de type sauvegarde de justice, curatelle ou tutelle. Ce type de préconisation n'est certes, pas la mission prioritaire de l'EMESPA, mais s'est avéré nécessaire en particulier lorsque l'équipe a été confrontée à des personnes en situation de vulnérabilité financière. Cet aspect de la prise en charge de la personne âgée atteinte de pathologie psychiatrique est très peu abordé dans les autres études menées sur les équipes mobiles. Pourtant, avec l'allongement de la durée de vie et l'apparition de nouvelles pathologies, on a vu une augmentation au fil des années du nombre de personnes majeures mises sous protection (154). La vieillesse ne doit en aucun cas justifier à elle seule la mise sous protection juridique, mais elle favorise la survenue d'incapacités pouvant amener à cette décision. Ces incapacités peuvent être en relation avec une démence ou un trouble de l'humeur (en particulier une décompensation maniaque de trouble bipolaire). La décision de mise en place d'une protection juridique peut poser des problèmes d'ordre éthique lorsque le médecin est face à des sujets ne présentant aucun trouble cognitif, n'ayant aucune pathologie psychiatrique active, mais faisant l'objet d'inquiétudes de la part des proches en rapport avec des dépenses financières inconsidérées. Cette décision doit être réfléchie et prise en concertation avec la famille car le rôle de celle-ci est central. En effet, la mise sous protection juridique pourrait inciter la famille à décharger sur la société ses responsabilités et son rôle de soutien à la personne âgée (155). Enfin, cette décision n'est pas dépourvue d'inconvénient, avec parmi eux : une impression d'ingérence dans la vie privée ou un sentiment de trahison vis-à-vis de la personne âgée (156).

Un hôpital de jour a été préconisé pour 6,2% des patients. A savoir que de nombreux patients ont refusé cette proposition. Il s'agissait de patients au fonctionnement solitaire, ne désirant pas se mêler aux autres.

Le travail de l'EMESPA en coordination avec les hôpitaux de jour psychogériatriques s'inscrit dans un projet de soin du patient.

Dans la littérature (60), il est spécifié que la prise en charge en hôpital de jour est pertinente pour deux types de patients :

- les patients chez qui les troubles affectifs dominant (dépression, troubles de l'adaptation liés au vieillissement),
- les patients présentant des déficits cognitifs (pathologies neurodégénératives débutantes moyennes ou sévères : maladie d'Alzheimer, maladie à corps de Lewy et dégénérescences fronto-temporales dans leur forme comportementale).

Pour les patients présentant des pathologies démentielles à un stade débutant, chez qui il persiste une perception des troubles et chez qui les symptômes dominant sont l'anxiété et l'apathie, la stimulation va être au cœur de la prise en charge. Pour ceux avec une pathologie démentielle moyenne à sévère, avec une anosognosie et des troubles du comportement, la prise en charge se fera en petits groupes afin de les contenir. Les hôpitaux de jour psychogériatriques peuvent constituer une alternative à l'hospitalisation et à l'institutionnalisation.

Cinq patients ont fait l'objet d'une orientation vers des soins somatiques (3,8%). Les demandes d'intervention de l'EMESPA pour une problématique somatique pure sont quasi-inexistantes (une seule demande sur 114). Il se peut cependant qu'un trouble organique soit masqué par des symptômes psychiatriques au premier plan. On pense notamment au syndrome confusionnel, pouvant avoir pour étiologie une infection, une hypoxie, des désordres électrolytiques ou une affection neurologique (33). L'anxiété peut également avoir pour origine une urgence médicale (pathologie cardio-vasculaire, pulmonaire, digestive ou neurologique). Ces résultats soulignent l'importance d'une évaluation globale et notamment de l'état somatique du patient.

Au total, l'orientation proposée suite à l'intervention de l'EMESPA était dans 95,4% des cas une prise en charge ambulatoire.

Concernant les diagnostics évoqués à l'issue de chaque visite, la catégorie des troubles de l'humeur (cotée F3 selon la CIM-10) a été la plus répertoriée (42,1%). Ce résultat est en accord avec les données de la littérature (35% à 37,5% selon les études) (70,71). Le diagnostic de démence (coté F0 selon la CIM-10) était retrouvé à pourcentage égal avec les troubles de l'humeur avec 42,1%.

La démence et les troubles de l'humeur sont, selon la littérature, les pathologies neuropsychiatriques les plus fréquemment rencontrées chez la personne âgée (33).

On remarque une bonne concordance entre les diagnostics évoqués à l'issue de la visite de l'EMESPA et les motifs de demande d'intervention. Les troubles de l'humeur et les troubles cognitifs étaient donc bien identifiés par les demandeurs.

Cependant, on constate que 27,3% des patients (18 patients) diagnostiqués avec un trouble de l'humeur par l'EMESPA n'avaient pas été identifiés par les demandeurs. Cela

souligne que la dépression reste un diagnostic souvent sous-évalué.

Il en est de même pour les troubles cognitifs. Il y avait 33 patients (37,5%) chez qui il n'avait pas été identifié de trouble cognitif alors qu'un diagnostic de démence a finalement été évoqué par l'EMESPA. Ce constat se retrouve dans la littérature. Une étude grenobloise, réalisée chez des patients âgés hospitalisés dans différents services de l'hôpital général, a démontré que près de 37% de ces patients ont reçu le diagnostic de démence durant l'hospitalisation, lors d'une évaluation par une équipe mobile de gériatrie, alors que ce diagnostic était inconnu auparavant (55). Ces résultats confirment les données de la littérature, à savoir le manque de diagnostic de démence dans le cadre de la médecine ambulatoire.

On peut expliquer ce sous diagnostic des démences par plusieurs points. Des études (157,158) ont révélé que cela était du :

- à des difficultés à faire passer les tests diagnostics au cabinet,
- à l'impossibilité d'effectuer l'instauration initiale d'un traitement par les médecins généralistes,
- aux incertitudes diagnostiques,
- aux difficultés liées à l'annonce du diagnostic
- aux problèmes en lien avec la gestion de l'entourage du patient.

- **La ré-intervention au domicile à trois mois**

La ré-intervention de l'EMESPA au domicile n'est pas systématique et ne concerne que environ un tiers des patients (36%). Lors de la ré-intervention, l'équipe pluridisciplinaire de l'EMESPA peut être impliquée (médecin, infirmière, assistante sociale, psychologue) alors que la visite initiale ne se fait qu'en binôme médecin-infirmière.

Le principal motif de ré-intervention est la réévaluation clinique du patient.

La ré-intervention est souvent ponctuelle (en moyenne 1,5 fois). En effet, l'EMESPA à domicile n'effectue pas de suivi des patients sur la durée.

Si le besoin d'un suivi psychiatrique existe, l'équipe fait intervenir d'autres acteurs pour assurer un suivi régulier au domicile. Il s'agit d'infirmières de l'EMESPA pour les patients âgés de plus de 75 ans et des infirmières de l'Équipe Ambulatoire de Proximité du centre hospitalier Esquirol (EAP) pour les patients de plus de 65 ans sauf s'ils présentent des troubles cognitifs. Dans ce cas ce sont les infirmières de l'EMESPA qui interviennent.

A noter que l'EMESPA reste à disposition du demandeur en cas de dégradation clinique du

patient.

### II.4.1.3. Impact de L'EMESPA sur les hospitalisations

- **Impact sur le taux d'hospitalisation en psychiatrie à trois mois**

Nous avons environ une demande d'intervention sur dix qui était accompagnée d'une demande d'hospitalisation en psychiatrie. Les psychiatres et les médecins traitants étaient le plus souvent à l'origine de ces demandes.

Sur les 14 demandes d'hospitalisations, neuf (64,3%) ont pu être évitées par le passage de l'EMESPA. On peut en effet supposer que, sans cela, ces patients auraient été directement hospitalisés.

Ces résultats sont toutefois à nuancer. Il y avait en effet un total de 13 patients hospitalisés en psychiatrie dans les trois mois après le passage de l'EMESPA à domicile (11,4%).

L'EMESPA avait préconisé une hospitalisation en psychiatrie pour 6 patients, cinq sur ces six patients ont pu être hospitalisés. Il s'agissait de situations de crise pour lesquelles l'hospitalisation était nécessaire. En effet, la réalisation de bilan complémentaire et d'examens somatiques est plus aisée en hospitalisation pour les patients nécessitant une prise en charge globale, incluant le somatique et le psychique.

En conclusion, si le passage de l'EMESPA a pu permettre l'évitement de certaines hospitalisations, il y a eu des situations pour lesquelles celle-ci était indispensable. L'EMESPA a donc confirmé ou facilité l'hospitalisation de certains patients quand celle-ci était indiquée.

Il est à noter que les préconisations de l'EMESPA, notamment concernant l'introduction d'un traitement médicamenteux, ne sont parfois pas suivies par les médecins traitants, ou alors sont faites dans des délais très longs après la visite à domicile. Ce paramètre est à prendre en compte dans l'interprétation des résultats. Certains patients hospitalisés n'ont peut être pas pu bénéficier à temps des préconisations de l'EMESPA, ce qui pourrait expliquer l'aboutissement à l'hospitalisation. Il aurait pu être intéressant de

récolter cette information auprès des médecins généralistes.

Les patients hospitalisés l'étaient majoritairement sur le mode de l'hospitalisation libre (76,9% des hospitalisations contre 23,1% d'hospitalisations sous contrainte). Ces résultats sont concordants avec nos attentes, le mode d'hospitalisation sous contrainte étant assez rare en psychiatrie de la personne âgée (59). Cependant, dans la littérature, on peut retrouver jusqu'à 83% d'hospitalisations sous contrainte (70).

Nos résultats sont concordants avec les données de l'EMESPA sur les années précédentes. On observe même une diminution du nombre d'hospitalisations sous contrainte par rapport aux années précédentes (36,3% des hospitalisations en psychiatrie en 2010).

Concernant les lieux d'hospitalisation des patients, la majorité avait été hospitalisée en service de psychiatrie de la personne âgée. Un patient avait été hospitalisé dans la filière « troubles de l'humeur et troubles anxieux » en l'absence de place disponible en service de psychiatrie de la personne âgée. Une patiente avait été hospitalisée en service de « soins de réadaptation en hospitalisation libre » car il s'agissait d'une patiente jeune (54 ans) présentant un handicap mental (trisomie 21). Enfin, une patiente avait été hospitalisée dans la filière « soins sans consentement des troubles aigus » car il s'agissait là aussi d'une patiente jeune (64 ans) présentant un tableau de décompensation psychotique aiguë.

- **Impact sur la durée du séjour hospitalier**

La durée de l'hospitalisation en psychiatrie pour les patients ayant bénéficié d'une intervention de l'EMESPA est de 34,6 jours. Ce résultat correspond à nos attentes, la durée d'un séjour en unité aiguë de psychiatrie de la personne âgée étant la plupart du temps courte (de deux à six semaines) (59). Ce délai comprend un temps d'évaluation et d'observation et un temps d'ajustement thérapeutique.

La différence de durée de séjour observée entre les patients ayant fait l'objet d'une intervention de l'EMESPA et les autres patients n'est pas statistiquement significative, bien qu'on démontre une légère réduction de la durée du séjour chez le premier groupe de patients.

Cette différence pourrait être mise en évidence de façon significative en réalisant une étude avec un échantillon de population plus important.

Le fait d'observer cette différence peut s'expliquer par plusieurs points.

Tout d'abord, l'intervention de l'EMESPA en amont permet de mettre en place des thérapeutiques et des mesures complémentaires qui n'auront pas besoin d'être instaurées à l'hôpital. Ainsi, le travail du praticien hospitalier se voit facilité, on pense notamment à la mise

en place de traitement antidépresseur dont les premiers effets peuvent mettre plusieurs semaines à apparaître. Le praticien hospitalier pourra ainsi évaluer si le traitement instauré par l'EMESPA en amont est efficace et avancer plus rapidement dans sa prise en charge.

De plus, concernant le retour à domicile des patients, celui-ci pourra être envisagé plus rapidement. Le travail de coopération entre l'EMESPA et l'hôpital est primordial en ce sens, car l'EMESPA pourra être sollicitée de nouveau pour évaluer le déroulement du retour à domicile.

- **Caractéristiques des patients hospitalisés en psychiatrie de la personne âgée**

Afin de mettre en évidence des caractéristiques particulières chez les patients hospitalisés en service de psychiatrie de la personne âgée, nous avons comparé les données concernant les patients hospitalisés à trois mois par rapport aux autres patients recrutés dans l'étude.

Les patients hospitalisés avaient fait l'objet de moins de ré-intervention de l'EMESPA que les autres (15,4% versus 38,6%) mais cette différence n'était pas significative ( $p=0,130$ ). Il y avait une proportion plus importante de patients hospitalisés qui n'avait aucune aide à domicile par rapport au reste des patients recrutés (61,5% versus 44,6%), là encore, cette différence n'était pas significative ( $p=0,248$ ).

Il y avait une tendance à ce que les patients hospitalisés aient plus d'antécédents psychiatriques connus que le reste des patients (61,5% versus 33,7% avec  $p=0,068$ ).

Les diagnostics évoqués par l'EMESPA chez les patients hospitalisés ne mettaient pas en évidence de pathologies psychiatriques plus représentées que d'autres. Le faible effectif de patients hospitalisés peut expliquer ces résultats.

Dans les motifs d'hospitalisation des patients, on retrouve une récurrence des motifs en lien avec des troubles du comportement (agressivité, crise clastique, mises en danger). Ces résultats soulignent le désarroi des personnes (médecin ou famille) face à ces comportements et que la réponse alors adoptée est l'hospitalisation.

Dans la littérature, on identifie les troubles de l'humeur et les troubles démentiels comme étant les principales pathologies présentes lors de l'hospitalisation des patients (146,159). Une étude identifie trois situations d'admission fréquemment rencontrées :

- les patients souffrant d'une décompensation psychiatrique aiguë sans antécédents

particulier,

- les patients souffrants d'une pathologie chronique présentant une rechute,
- les patients souffrant d'une pathologie démentielle avec une agitation, des troubles thymiques, des hallucinations ou des troubles du comportement.

La question qu'on peut se poser est, comment intervenir en amont pour éviter ces hospitalisations? Au vu des résultats précédents, il se dégage plusieurs pistes.

Il pourrait être intéressant :

- d'accorder une attention particulière à la prise en charge des troubles de l'humeur et des troubles démentiels, qui, d'après la littérature, semblent les troubles les plus pourvoyeurs d'hospitalisation,
- de proposer plus souvent une nouvelle intervention de l'EMESPA à distance afin de réévaluer le patient,
- d'évaluer l'autonomie des patients et proposer des aides à domicile,
- d'être attentif aux patients présentant des antécédents psychiatriques connus, ceux-ci étant plus enclins à être hospitalisés.

## **II.4.2. Biais et limites de l'étude**

### **II.4.2.1. Biais de l'étude**

Notre étude comporte un certain nombre de biais.

Nous avons exclu les patients dont la visite à domicile n'a pas pu aboutir. Les données concernant ces patients n'ont pas été recueillies, ce qui peut induire un biais dans l'interprétation des résultats. On peut supposer en effet que ces demandes d'intervention concernaient des patients en rupture de soins psychiatriques, pour qui l'accès aux soins est difficile, notamment parce que ceux-ci refusent tout contact avec le milieu médical. Notre étude n'est pas représentative de l'ensemble de la population faisant l'objet de demande

d'intervention à domicile par l'EMESPA.

Le fait d'exclure les patients ayant déjà bénéficié de l'intervention de l'EMESPA dans les deux années précédentes est également discutable et peut biaiser nos résultats. Cela concernait cinq patients. Ces patients pouvaient présenter des problématiques psychiatriques complexes, ce qui justifiait l'intervention récente de l'EMESPA. Il se peut que ces patients, du fait de leur situation, aient été difficiles à prendre en charge, donc ont nécessité des préconisations médicamenteuses, des ré-interventions multiples de l'EMESPA, voire des hospitalisations au décours.

Dans notre étude, n'étaient prises en compte que les hospitalisations en psychiatrie sur le site du centre hospitalier Esquirol. Nous avons donc exclu les éventuelles hospitalisations dans les services de médecine somatique ou dans d'autres hôpitaux psychiatriques. Or, certains patients ont été hospitalisés dans des structures telles que l'URCC (Unité de Recours Cognitivo-Comportementale) ou le service de médecine gériatrique du CHU de Limoges pour des motifs identiques à ceux hospitalisés au centre hospitalier Esquirol. Nous entendons par là en particulier les troubles psycho-comportementaux liés aux démences. Ce biais peut sous estimer le nombre d'hospitalisation dans les trois mois, et donc les résultats peuvent ne pas être représentatifs.

D'autres études pourraient être menées, en prenant en compte toutes les hospitalisations ayant pour motif des troubles psychiatriques.

Nos résultats ne prennent pas non plus en compte les passages aux urgences pour des motifs psychiatriques dans les trois mois suivant l'intervention de l'EMESPA. Il pourrait être intéressant dans une autre étude de prendre en compte ce paramètre. En effet, les passages aux urgences des patients âgés, en situation de « crise psychiatrique » sont, tout comme les hospitalisations, parfois délétères, les patients étant souvent confrontés à des délais d'attente prolongés, entraînant un risque de confusion (54). De plus, la prise en charge des patients âgés présentant une problématique psychiatrique nécessite plus de temps que celle de l'adulte jeune et une énergie indispensable pour trouver des solutions pratiques (59).

#### **II.4.2.2. Limites**

Certains résultats obtenus n'ont pas été significatifs. Il s'agissait notamment des

résultats concernant les comparaisons entre les patients hospitalisés et les autres patients recrutés. Le nombre de patients hospitalisés était trop faible (effectif de 13) pour obtenir une différence significative. Un échantillon plus grand aurait pu permettre de la mettre en évidence. Une étude menée sur une durée plus longue, donc avec une population recrutée plus importante, pourrait être intéressante.

La durée de suivi du devenir des patients s'est faite sur trois mois. Cette durée peut paraître insuffisante pour évaluer l'impact de l'EMESPA sur les hospitalisations. En effet, nous avons certains patients qui ont été hospitalisés dans les 4 ou 6 mois après l'intervention de l'EMESPA. Un suivi des patients sur six mois ou un an aurait pu être réalisé.

Le fait de réaliser une enquête basée sur l'étude de dossiers peut poser plusieurs problèmes. En effet, les données recueillies étaient parfois incomplètes ou manquantes. Par exemple, cela a été le cas du recueil du délai d'intervention de l'EMEPSA pour lequel nous avons 22 données manquantes car elles n'étaient pas mentionnées dans le dossier du patient. De même, certaines demandes d'hospitalisation n'étaient pas notées de manière explicite dans le dossier alors que le demandeur avait en tête de faire hospitaliser le patient. On notait par exemple que certaines familles demandaient une hospitalisation pour leur proche au moment de la visite à domicile. Ce manque de donnée peut conduire à une sous estimation du nombre de demande d'hospitalisation en psychiatrie.

Nous avons certaines données qui manquaient de précision. On peut citer par exemple les motifs des demandes d'intervention de l'EMESPA. Certains demandeurs donnaient des motifs d'intervention vagues.

Dans notre étude, nous n'avons pas répertorié si les patients avaient des comorbidités somatiques associées. Cette variable aurait pu être intéressante à étudier car les comorbidités somatiques sont fréquentes dans la population vieillissante et peuvent favoriser l'apparition de pathologies psychiatriques.

Le niveau d'étude de chaque patient aurait également pu être répertorié. Selon l'étude PAQUID, un bas niveau d'étude serait un facteur de risque de survenue de démences. En effet les capacités de réserve cérébrale et cognitive accumulées au cours des études permettraient de compenser les lésions de la maladie d'Alzheimer (17).

#### **II.4.3. Points forts de l'étude**

Cette étude a permis d'observer l'activité de l'EMESPA sur 6 mois concernant des premières interventions. Elle est intéressante car il a été également observé le devenir des patients trois mois après.

L'observation pendant trois mois a permis de voir l'activité de l'EMESPA au-delà de la première intervention. Cela a permis de voir qu'une des missions de l'EMESPA est de temporiser l'hospitalisation en psychiatrie, chez des patients pressentis, tout en sachant qu'il est illusoire d'espérer éviter une hospitalisation durant la vie entière du patient.

Nous n'avons pas retenu de critère d'âge pour notre étude. Nous aurions pu exclure de notre étude les patients âgés de moins de 60 ans, cet âge étant le seuil retenu dans la réglementation française pour définir le caractère âgé. Ce critère d'âge nous a paru trop sélectif, l'activité de l'EMESPA ne se limitant pas aux personnes âgées de plus de 60 ans, mais à toute personne présentant une problématique géro-psycho-geriatrique. Notre étude est intéressante dans le sens où elle prend en compte les patients jeunes pouvant présenter une démence par exemple.

Cette étude porte un regard sur les missions, l'activité et l'organisation au domicile de l'EMESPA de Limoges. Les équipes mobiles de psychiatrie de la personne âgée sont encore en développement et leur promotion est nécessaire.

Au total notre étude démontre que :

- l'EMESPA a permis la mise en place d'un suivi psychiatrique ambulatoire pour près de un quart des patients recrutés. Elle facilite donc l'accès aux soins psychiatriques des patients âgés.
- les missions principales de l'EMESPA sont l'évaluation et l'orientation des patients présentant une problématique psychiatrique. L'intervention est le plus souvent ponctuelle et l'équipe n'assure pas de suivi au long cours. Elle peut être de nouveau sollicitée en cas d'apparition de nouvelle problématique psychiatrique.
- en accord avec les données de la littérature, les pathologies neuropsychiatriques les plus fréquemment rencontrées dans notre étude sont le syndrome dépressif et les démences. Notre étude montre aussi que ces pathologies restent bien souvent sous diagnostiquées. Cela souligne l'importance du travail complémentaire entre le médecin généraliste et le psychiatre de la personne

âgée concernant l'évaluation des personnes âgées souffrant de troubles psychiques. Une sensibilisation des médecins généralistes à ces pathologies est nécessaire. Une discussion pourrait se faire quant à l'utilisation consensuelle d'outils permettant de mieux les repérer.

- nous observons une réduction de la durée du séjour hospitalier pour les patients ayant bénéficié d'une intervention de l'EMESPA en amont, en comparaison avec les autres patients hospitalisés en service de psychiatrie de la personne âgée. Cette différence n'est pas significative et pourrait être mise en évidence avec une population plus importante.
- l'intervention à domicile de l'EMESPA a eu un rôle préventif sur les hospitalisations en psychiatrie. Cela concernait les patients ayant fait l'objet d'une demande d'hospitalisation et qui auraient été directement hospitalisés sans l'intervention de l'EMESPA.
- l'EMESPA facilite les hospitalisations en psychiatrie le cas échéant, et évite un passage aux urgences qui est totalement inadapté pour ce type de patient. Elle a un rôle dans la programmation et la préparation des patients à l'hospitalisation. Il s'agit d'identifier, repérer et finaliser une hospitalisation lorsque celle-ci est inévitable (59). Il ne s'agit pas de vouloir l'éviter « à tout prix » et savoir la proposer afin de ne pas courir le risque de mettre en danger le patient. On souligne ainsi le travail de cette équipe en partenariat avec les unités d'hospitalisations de psychiatrie du sujet âgé du centre hospitalier Esquirol.
- l'EMESPA est une équipe pluridisciplinaire faisant intervenir le médecin, les infirmières, l'assistante sociale et la psychologue. Elle travaille en partenariat avec les différents professionnels de santé et les structures de la filière gériatrique et psycho-gériatrique, ainsi qu'avec les structures sociales.

#### **II.4.4. Perspectives**

Il serait intéressant par la suite de réaliser des travaux à la recherche du ressenti des professionnels travaillant en collaboration avec l'EMESPA. Une étude évaluant la satisfaction

et/ou l'opinion des médecins généralistes travaillant avec l'EMESPA de Limoges pourrait être réalisée. Le recueil de l'avis des médecins généralistes est très important car ils restent au cœur de la prise en charge. L'opinion des familles et de l'entourage du patient pourrait être aussi recueillie.

L'identification des éléments pouvant favoriser l'apparition d'une situation de « crise » doit être faite. Le rôle de l'EMESPA est d'agir dans le cadre de ces situations afin qu'elles n'aboutissent pas à une hospitalisation.

La sensibilisation et la formation des médecins généralistes concernant la prise en charge des personnes âgées en situations complexes est indispensable (138). Une étude révèle que moins d'un tiers d'entre eux ont suivi une formation dans le domaine de la gériatrie. Ils expriment rencontrer des difficultés dans la gestion des démences et des troubles du comportement, de la perte d'autonomie et la dépendance. Les causes seraient le manque de temps, le manque d'expérience ainsi que le manque de pratique.

Cette sensibilisation est d'autant plus importante que ces situations complexes sont pourvoyeuses d'hospitalisation inappropriée et de nombreux passages aux urgences.

La formation des psychiatres en psychiatrie de la personne âgée est également primordiale.

En France, elle n'est pas encore reconnue comme une surspécialisation (6), contrairement à d'autres pays européens comme le Royaume-Uni, la Suisse, les Pays-Bas, la Roumanie ou encore la Russie. Si on fait l'état des lieux de la formation en géronto-psychiatrie en France, on constate que l'enseignement universitaire dans cette discipline est assuré par huit diplômes universitaires (Clermont-Ferrand, Montpellier, Paris V, Paris VI, Limoges, Lyon, Rouen, Toulouse) et trois diplômes inter-universitaires (Angers-Tours, Besançon-Dijon et Poitiers-Tours). La formation des internes de psychiatrie dans ce domaine devrait comprendre un enseignement spécifique. Dans un communiqué de presse de Janvier 2017, l'Association Fédérative Française des Étudiants en Psychiatrie (AFFEP) demandait la mise en place de l'option de psychiatrie de la personne âgée dans le cadre du DES de psychiatrie, et proposait que cela se fasse par l'ajout d'une année de formation supplémentaire (160).

## Conclusion

---

L'activité de l'EMESPA de Limoges n'a cessé de croître en dix ans d'existence et continue d'augmenter aujourd'hui. Notre étude a répertorié 114 visites à domicile entre Octobre 2016 et Mars 2017, cela ne concernait que des premières interventions.

Face à cette activité grandissante, et dans le but de répondre dans les meilleurs délais à la demande, l'équipe a dû voir son fonctionnement s'adapter. Des pratiques telles que la télé-médecine, concernant les interventions en EHPAD, pourront permettre d'économiser des déplacements pour les régions éloignées géographiquement de Limoges.

Le profil type du patient faisant l'objet d'une première intervention à domicile est une femme, d'environ 82 ans, vivant seule en milieu urbain, dans une maison, avec des aides à domicile. La majorité des interventions se font sur la ville de Limoges. Les demandes d'interventions proviennent principalement des médecins traitants. L'EMESPA est sollicitée le plus souvent pour des troubles de l'humeur.

Lors de la visite à domicile par l'EMESPA, il est réalisé dans 81,6% des cas une évaluation cognitive, un traitement médicamenteux est préconisé dans 71,9% des cas et des mesures non médicamenteuses sont préconisées dans 71,9% des cas.

Notre étude démontre l'intérêt des interventions à domicile en psychiatrie de la personne âgée. Il existe en particulier un rôle de temporisation et de rationalisation de l'hospitalisation en psychiatrie. En effet, près de 64% des patients faisant l'objet d'une demande d'hospitalisation ont finalement pu être pris en charge en ambulatoire après le passage de l'EMESPA.

L'étude montre également que l'EMESPA facilite l'accès des personnes âgées aux soins psychiatriques. Cela se fait à la fois grâce au déplacement à domicile au plus près du patient et par la proposition d'orientations adaptées. Le cas échéant, l'EMESPA peut décider de programmer une hospitalisation en psychiatrie, évitant ainsi « l'hospitalisation catastrophe » et un passage aux urgences totalement inadapté pour une personne âgée fragile.

Le travail en collaboration avec les structures institutionnelles médicales et médico-sociales, ainsi qu'avec les équipes de gériatrie est primordial pour assurer une fluidité dans la prise en charge des patients.

Notre étude met en évidence que les demandeurs d'une intervention de l'EMESPA ont en général une bonne identification des problématiques psychiatriques des personnes âgées. Cependant on montre aussi une sous-estimation de pathologies telles que les troubles de l'humeur ou les troubles cognitifs. Le travail de sensibilisation des médecins généralistes et des familles reste un enjeu majeur en psychiatrie de la personne âgée car ils sont les

acteurs principaux dans l'environnement du sujet vieillissant.

D'autres études pourraient être menées sur les équipes mobiles de psychiatrie de la personne âgée. Dans cette étude, nous nous sommes intéressés à l'EMESPA intervenant au domicile. Il serait intéressant de réaliser le même type d'étude concernant l'EMESPA intervenant en EHPAD. En effet, la population résidant en EHPAD est différente de celle vivant à domicile et la prévalence de pathologies psychiatriques chez les résidents en institution plus importante que chez les personnes vivant à domicile.

Il pourrait être réalisé d'autres études avec un échantillon plus large ou sur une plus longue durée. Dans l'idéal, ces études devraient être des essais randomisés contrôlés, mais ce type d'étude paraît difficilement applicable aux équipes mobiles de psychiatrie de la personne âgée, avec des conditions de réalisation pas toujours évidentes.

La question se pose de l'individualisation d'une surspécialité de psychiatrie de la personne âgée dans les DES de psychiatrie, au même titre que la pédopsychiatrie. Dans le cadre de la réforme du 3<sup>ème</sup> cycle des études médicales, la psychiatrie de la personne âgée pourrait devenir une option dont le choix amènerait à un DES de psychiatrie d'une durée de 5 ans au lieu de 4 ans (161).

## Références bibliographiques

---

1. Bilan démographique 2016–Bilan démographique 2016 | Insee [Internet]. [cité 12 févr 2017]. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/2554860?sommaire=1912926>
2. Clément J-P. Histoire et champ de la psychiatrie de la personne âgée. In: Psychiatrie de la personne âgée. 2010.
3. Albou P. Les grandes étapes de l'histoire de la psychogériatrie. NPG Neurol-Psychiatr-Gériatrie. 2006;6(32):45-50.
4. Silva JA, Wertheimer J. Psychiatry of the Elderly: A Consensus Statement. Int J Psychol. 1996;31(6):289-94.
5. Clément J-P. Psychiatrie de la personne âgée. Paris: Médecine-sciences Flammarion-[Lavoisier; 2009.
6. Cohen L, Desmidt T, Limosin F. La psychiatrie de la personne âgée : enjeux et perspectives. Ann Méd-Psychol Rev Psychiatr. nov 2014;172(9):781-4.
7. Richard J, Droz P. Problèmes spécifiques de classification en psychiatrie gériatrique. Confrontations psychiatriques. 1984.
8. Hanon C. Formation en psychiatrie de la personne âgée : perspectives européennes. NPG Neurol - Psychiatr - Gériatrie. oct 2015;15(89):251-5.
9. Clément J-P. Où en sommes-nous avec la psychogériatrie en France? NPG - Neurol Psychiatr Geriatr. 2005;3-5.
10. Ritchie K, Artero S, Beluche I, Ancelin M-L, Mann A, Dupuy A-M, et al. Prevalence of DSM-IV psychiatric disorder in the French elderly population. Br J Psychiatry. 2004;184(FEB.):147-52.
11. Préville M, Boyer R, Grenier S, Dubé M, Voyer P, Punti R, et al. The epidemiology of psychiatric disorders in Quebec's older adult population. Can J Psychiatry. 2008;53(12):822-32.
12. Perrin-Haynes J. Les pathologies des personnes âgées vivant en institution [Internet]. 2011 [cité 27 juill 2017]. Disponible sur: <http://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/dossier201122.pdf>
13. Copeland JR. Depression of older age. Origins of the study. Br J Psychiatry. 1999; (174).
14. Djernes JK. Prevalence and predictors of depression in populations of elderly: a review. Acta Psychiatr Scand. 1 mai 2006;113(5):372-87.
15. Achterberg W, Pot AM, Kerkstra A, Ooms M, Muller M, Ribbe M. The effect of depression on social engagement in newly admitted Dutch nursing home residents.



- Gerontologist. avr 2003;2(43).
16. Kuhnel M-L, Iraki IE, Tranchant M, Aspe G. Prévalence de la dépression en EHPAD : nécessité d'une approche gérontopsychiatrique. NPG Neurol - Psychiatr - Gériatrie. juin 2010;10(57):111-5.
  17. Larrieu S, Letenneur L, Orgogozo JM, Fabrigoule C, Amieva H, Le Carret N, et al. Incidence and outcome of mild cognitive impairment in a population-based prospective cohort. Neurology. 26 nov 2002;59(10):1594-9.
  18. Ferri CP, Prince M, Brayne C, Brodaty H, Fratiglioni L, Ganguli M, et al. Global prevalence of dementia: a Delphi consensus study. Lancet Lond Engl. 17 déc 2005;366(9503):2112-7.
  19. Lobo A, Launer LJ, Fratiglioni L, Andersen K, Di Carlo A, Breteler MM, et al. Prevalence of dementia and major subtypes in Europe: A collaborative study of population-based cohorts. Neurologic Diseases in the Elderly Research Group. Neurology. 2000;54(11 Suppl 5):S4-9.
  20. Kessler RC, Chiu WT, Demler O, Walters EE. Prevalence, Severity, and Comorbidity of Twelve-month DSM-IV Disorders in the National Comorbidity Survey Replication (NCS-R). Arch Gen Psychiatry. juin 2005;62(6):617-27.
  21. Institut national de la santé et de la recherche médicale [Internet]. [cité 27 juill 2017]. Disponible sur: <https://www.inserm.fr/>
  22. Uncapher H, Areán PA. Physicians are less willing to treat suicidal ideation in older patients. J Am Geriatr Soc. févr 2000;48(2):188-92.
  23. Caractéristiques démographiques, socio-économiques et sanitaires des personnes de 60 ans et plus résidant en Haute Vienne. Observatoire régional du Limousin; 2017 janv. Report No.: Rapport n°338-1.
  24. Laroche ML, Charmes JP, Nouaille Y, Picard N, Merle L. Is inappropriate medication use a major cause of adverse drug reactions in the elderly? Br J Clin Pharmacol 2007;63(2):177-86.
  25. Haute Autorité de Santé - Améliorer la prescription des psychotropes chez la personne âgée [Internet]. [cité 5 sept 2017]. Disponible sur: [https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c\\_601523/fr/ameliorer-la-prescription-des-psychotropes-chez-la-personne-agee](https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_601523/fr/ameliorer-la-prescription-des-psychotropes-chez-la-personne-agee)
  26. Haute Autorité de Santé - Comment réduire les hospitalisations non programmées des résidents des Ehpads [Internet]. [cité 5 sept 2017]. Disponible sur: [https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c\\_2049096/fr/comment-reduire-les-hospitalisations-non-programmees-des-residents-des-ehpad](https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_2049096/fr/comment-reduire-les-hospitalisations-non-programmees-des-residents-des-ehpad)
  27. Douglas IJ, Smeeth L. Exposure to antipsychotics and risk of stroke: self controlled case series study. BMJ. 28 août 2008;337(aug28 2):a1227-a1227.
  28. Laroche M-L, Bouthier F, Merle L, Charmes J-P. Médicaments potentiellement inappropriés aux personnes âgées : intérêt d'une liste adaptée à la pratique médicale

- française. Rev Médecine Interne. juill 2009;30(7):592-601.
29. Robert P-H, Deudon A, Maubourguet N, Leone E, Gervais X, Brocker P, et al. Prise en charge non pharmacologique des troubles du comportement dans la maladie d'Alzheimer. Ann Méd-Psychol Rev Psychiatr. avr 2009;167(3):215-8.
  30. Rowe JW, Kahn RL. Human aging: usual and successful. Science. 10 juill 1987;237(4811):143-9.
  31. Aquino J-P. Le vieillissement: d'un modèle «défectologique» à un modèle «ontogénique». Gérontologie Société. 2007;123(4):13.
  32. Herfray C. La vieillesse: une interprétation psychanalytique. Paris: Desclée de Brouwer/EPI; 1988. 229 p.
  33. Rigaud A-S, Bayle C, Latour F, Lenoir H, Seux M-L, Hanon O, et al. Troubles psychiques des personnes âgées. EMC - Psychiatr. nov 2005;2(4):259-81.
  34. KUNTZMAN F. Corpus de gériatrie. Tome 1. Montmorency: 2M2; 2000.
  35. Insee - Institut national de la statistique et des études économiques [Internet]. [cité 27 juill 2017]. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/accueil>
  36. Amandine WEBER. Dépendance des personnes âgées et handicap : les opinions des Français entre 2000 et 2005 - Études et résultats - Ministère des Solidarités et de la Santé. Etudes Résultats. Mai 2006;(491).
  37. Collignon J, Rouch I, Gonthier R, Corbin-Seguin A, Combe L, Trombert-Paviot B, et al. Refusal of application to care in Alzheimer's disease and related diseases: establishment of a mobile unit hospital extra. Gériatrie Psychol Neuropsychiatr Viellissement. mars 2013;(1):49-55.
  38. Morin L, Aubry R. Où meurent les personnes âgées ? Étude nationale en France (1990–2010). Médecine Palliat Soins Support - Accompagnement - Éthique. juin 2015;14(3):179-90.
  39. Mulsant BH, Ganguli M. Epidemiology and diagnosis of depression in late life. J Clin Psychiatry. 1999;60 Suppl 20:9-15.
  40. American Psychiatric Association. Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. 5th éd. Washington, DC; 2013.
  41. Gallarda T, Lôo H. Dépression et personnes âgées. L'Encéphale. juin 2009;35(3):269-80.
  42. Limosin F, Manetti A, René M, Schuster J-P. Dépression du sujet âgé : données épidémiologiques, aspects cliniques et approches thérapeutiques spécifiques. NPG Neurol - Psychiatr - Gériatrie. oct 2015;15(89):256-61.
  43. Hammami S, Hajem S, Barhoumi A, Koubaa N, Gaha L, Laouani Kechrid C. Dépistage de la dépression chez une population âgée vivant à domicile. Intérêt de la « Mini-



- Geriatric Depression Scale ». Rev D'Épidémiologie Santé Publique. août 2012;60(4):287-93.
44. Cléry-Melin P. Spécificités des troubles anxieux avec l'avancée en âge. Eur Psychiatry. nov 2015;30(8):S53-4.
  45. Ionita A. L'effet de l'avancée en âge sur l'expression des troubles anxieux. Eur Psychiatry. nov 2015;30(8):S54.
  46. International Psychogeriatric Association [Internet]. [cité 27 juill 2017]. Disponible sur: <https://www.ipa-online.org/>
  47. OMS | Organisation mondiale de la Santé [Internet]. WHO. [cité 27 juill 2017]. Disponible sur: <http://www.who.int/fr/>
  48. Pitaud P. Solitude et isolement des personnes âgées [Internet]. Toulouse: ERES; 2007. 272 p. (Pratiques du champ social). Disponible sur: <http://www.cairn.info/solitude-et-isolement-des-personnes-agees--9782749202556.htm>
  49. Antoine V, Roigt F, Bodenan L, Paillot B, de la Forest-Divonne F, Rajafimamonjy J, et al. Consultation Mémoire de proximité : quelles personnes âgées n'accèdent pas aux soins ? NPG Neurol - Psychiatr - Gériatrie. 1 déc 2007;7(42):35-48.
  50. Circulaire du 15 Mars 1960 relative au programme d'organisation et d'équipement des départements en matière de lutte contre les maladies mentales [Internet]. [cité 29 juill 2017]. Disponible sur: [http://www.ascodocpsy.org/wp-content/uploads/textes\\_officiels/Circulaire\\_15mars1960bis.pdf](http://www.ascodocpsy.org/wp-content/uploads/textes_officiels/Circulaire_15mars1960bis.pdf)
  51. Loi de modernisation de notre système de santé | Agence régionale de santé Nouvelle-Aquitaine [Internet]. [cité 27 juill 2017]. Disponible sur: <https://www.nouvelle-aquitaine.ars.sante.fr/loi-de-modernisation-de-notre-systeme-de-sante>
  52. Damsa C, Di Clemente T, Massarczyk O, Vasilescu MC, Hauptert J, Predescu A, et al. L'intervention de crise dans un service d'urgences psychiatriques diminue le nombre d'hospitalisations volontaires en psychiatrie. In: Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique [Internet]. Elsevier; 2003 [cité 14 juill 2017]. p. 693-9. Disponible sur: <http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0003448703001896>
  53. Jalenques I, Auclair C, Rondepierre F, Gerbaud L, Tourtauchaux R. Évaluation de la qualité de vie liée à la santé de sujets âgés de 65ans et plus vivant à domicile en région Auvergne. Rev D'Épidémiologie Santé Publique. juin 2015;63(3):183-90.
  54. Boisguérin B, Mauro L. Les personnes âgées aux urgences : une patientèle au profil particulier. Etudes Résultats. mars 2017;(1007).
  55. PASCAL COUTURIER, SÉVERINE FACHLER-BUATOIS, LIONEL TRANCHANT, THOMAS MORIN, CLAIRE MILLET, ISABELLE LANIÈCE. Rôle de l'unité mobile de gérontologie dans l'identification et l'orientation des patients avec troubles cognitifs. Ann Gérontol. janv 2009;2(1).
  56. GUEVEL M. Les attentes des médecins coordonnateurs d'EHPAD vis-à-vis d'une équipe mobile de psychiatrie de la personne âgée: le cas de l'Isère [Internet]. Thèse

- de Médecine, Grenoble, 2012, 60p; 2012 [cité 6 juin 2017]. Disponible sur: <https://www.psychanalyse.com/pdf>
57. P. Denoux, A.-S. Rigaud. Démographie, économie et sociologie de la personne âgée : des mutations sans modèle. In: *Psychiatrie de la personne âgée*. 2010.
  58. F.Vieban, R.-O.Peix. Organisation des soins en psychiatrie de la personne âgée. In: *Psychiatrie de la personne âgée*. 2010.
  59. Nubukpo P, Clément J-P. Hospitalisation en psychogériatrie et place des autres structures. *Inf Psychiatr*. 15 nov 2012;me 86(1):33-8.
  60. Jaulin P. Intérêt d'un hôpital de jour gérontopsychiatrique dans une filière de soins aux personnes âgées. *Inf Psychiatr*. 2010;86(1):27.
  61. Demailly L, Dembinski O, Roux CD-L. Les équipes mobiles en psychiatrie et le travail de disponibilité. *John Libbey Eurotext*; 2014. 127 p.
  62. Bulletin Officiel n°2004-47 Circulaire DHOS/O 2 n° 2004-507 du 25 octobre 2004 relative à l'élaboration du volet psychiatrie et santé mentale du schéma régional d'organisation sanitaire de troisième génération [Internet]. [cité 12 févr 2017]. Disponible sur: <http://social-sante.gouv.fr/fichiers/bo/2004/04-47/a0473079.htm>
  63. Circulaire DHOS/02 no 2007-117 du 28 mars 2007 relative à la filière de soins gériatriques [Internet]. [cité 30 juill 2017]. Disponible sur: <http://solidarites-sante.gouv.fr/fichiers/bo/2007/07-04/a0040058.htm>
  64. Couturier P. Les équipes mobiles extra-hospitalière de psychogériatrie : psychiatrie et/ou gériatrie? *Rev Gériatrie*. nov 2012;37(9).
  65. Atramont A, Rigault A, Chevalier S, Leblanc G, Fagot-Campagna A, Tuppin P. Caractéristiques, pathologies et mortalité des résidents en établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (Ehpad) admis au cours du premier trimestre 2013 en France. *Rev D'Épidémiologie Santé Publique*. juin 2017;65(3):221-30.
  66. Charles Bonsack, Nathalie Koch, Laurent Holzer, Vanessa Baier, Ioana Stancu, Mireille Samitca, Yvonne Charbon. Equipes de psychiatrie mobiles pour les trois âges de la vie : l'expérience lausannoise. *Rev Médicale Suisse*. 2008;4.
  67. Canali C, De Montgolfier S, Mohebi A, Harboun M. Satisfaction des médecins généralistes intégrés dans une équipe mobile gériatrique : une étude qualitative. *NPG Neurol - Psychiatr - Gériatrie*. févr 2016;16(91):53-8.
  68. Bazin N. L'exemple d'un dispositif de soins en psychiatrie du sujet âgé au sein du Réseau pour la promotion de la santé mentale Yvelines-Sud. *Ann Méd-Psychol Rev Psychiatr*. déc 2007;165(10):746-8.
  69. Triffaux JM. Psychiatrie de liaison:regards sur une pratique de la psychologie médicale en hôpital général. *Rev Francaise Psychiatr Psychol Médicale*. 1997;
  70. Houbin B. Missions et organisation des équipes mobiles de psychiatrie du sujet âgé :

- exemple de l'équipe mobile de psychiatrie de la personne âgée Ouest 94 (EMPPA Ouest 94) du groupe hospitalier Paul-Guiraud. *NPG Neurol - Psychiatr - Gériatrie*. oct 2015;15(89):266-9.
71. Blond J-C, Naz F, Caschera V, Birraux N, Bourdon C, Cavillon N, et al. L'équipe mobile de psychogérontologie de L'Ain : un outil de prévention. *Inf Psychiatr*. 2010;86(1):21.
  72. Equipes mobiles de Psychiatrie de l'Âge Avancé. Création de deux équipes mobiles dans les régions Nord et Ouest vaudoises. *Schweiz Arch Für Neurol Psychiatr*. 28 févr 2012;163(02):65-9.
  73. Vanhoucke V, Dreumont A-S, Ndjiki-Nya C, Versaevel C, Jeanson R, Lajugie C. La consultation-liaison de psychogériatrie en Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes. *NPG Neurol - Psychiatr - Gériatrie*. déc 2004;4(24):47-53.
  74. J.-C. Monfort, L Agüera-Ortiz. Anamnèse et examen de l'état mental de la personne âgée. L'entretien en psychogériatrie. In: *Psychiatrie de la personne âgée*. 2010.
  75. T. Saïas, L. Véron, V. Lapierre. Prévention du suicide chez les personnes âgées, la place des interventions communautaires. *Prat Psychol*. 2013;(19):103-17.
  76. Monfort J-C, Hourdé I. Outils pour les entretiens d'aide et de soutien psychologique. Tome 1 Tome 1. Paris: Heures de France; 2005.
  77. Mercuel A. Entretien et relation d'aide dans des situations psychiatriques ou psychologiques difficiles: s'entraîner: 40 cas cliniques, 12 tiroirs théoriques. Paris: Masson; 1999.
  78. Burns A, Dening T, Baldwin R. Mental health problems. *BMJ*. 31 mars 2001;322(7289):789-91.
  79. Calvet B, Charles J-M, Clément J-P. Ressenti des professionnels et risque de burnout face aux résidents crieurs en EHPAD. *NPG Neurol - Psychiatr - Gériatrie*. avr 2017;17(98):125-35.
  80. Desbordes M, Nebout S, Grès H, Guillin O, Haouzir S. La télémédecine en psychiatrie du sujet âgé: enjeux et perspectives. *NPG Neurol - Psychiatr - Gériatrie*. oct 2015;15(89):270-3.
  81. R. Tourtauchaux, E. Vaille-Perret, A.-L. Pontonnier, I. Jalenques. Patients souffrants de schizophrénie en EHPAD : quel rôle pour l'équipe de psychiatrie de secteur? *Ann Méd-Psychol*. 2009;(167):467-70.
  82. Girtanner C, Corbin Seguin A, Combe L, Rouch I, Gonthier R. P5b-43 Une unité d'intervention ambulatoire. *Rev Neurol (Paris)*. oct 2009;165(10):115.
  83. Banerjee S, Shamash K, MacDonald AJD, Mann AH. Randomised Controlled Trial Of Effect Of Intervention By Psychogeriatric Team On Depression In Frail Elderly People At Home. *BMJ*. 1996;313(7064):1058-61.
  84. J P Slaets; R H Kauffmann; H J Duivenvoorden; W Pelemans; W J Schudel. A

- randomized trial of geriatric liaison intervention in elderly medical inpatients. *Psychosom Med.* 1997;
85. Stuck AE, Egger M, Hammer A, Minder CE, Beck JC. Home visits to prevent nursing home admission and functional decline in elderly people: Systematic review and meta-regression analysis. *JAMA.* 27 févr 2002;287(8):1022-8.
  86. Boulton C, Boulton LB, Morishita L, Dowd B, Kane RL, Urdangarin CF. A randomized clinical trial of outpatient geriatric evaluation and management. *J Am Geriatr Soc.* avr 2001;49(4):351-9.
  87. Elkan R, Kendrick D, Dewey M, Hewitt M, Robinson J, Blair M, et al. Effectiveness of home based support for older people: systematic review and meta-analysis Commentary: When, where, and why do preventive home visits. *BMJ.* 29 sept 2001;323(7315):719-719.
  88. Le Maintien à domicile des personnes âgées dépendantes. Etat des lieux, enjeux et perspectives. 2006 oct p. 15. (Les repères de l'AVISE).
  89. Bourgeois J, Couturier P, Tyrrell J. Sécurité à domicile des personnes démentes: étude préliminaire sur les situations à risque en consultation mémoire de gériatrie en France. *Psychol Neuropsychiatr Vieillesse.* sept 2009;(3):213-24.
  90. DRUNAT O, BECUE M, TERRAN F, TAGER B. Intérêts des visites à domicile dans le cadre des prises en soins en hôpital de jour de psychogériatrie. *NPG Neurol Psychiatr Geriatr.* 08 2004;(22):51-4.
  91. Haute Autorité de Santé - Maladie d'Alzheimer et maladies apparentées : diagnostic et prise en charge [Internet]. [cité 3 août 2017]. Disponible sur: [https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c\\_1148883/fr/maladie-d-alzheimer-et-maladies-apparentees-diagnostic-et-prise-en-charge](https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_1148883/fr/maladie-d-alzheimer-et-maladies-apparentees-diagnostic-et-prise-en-charge)
  92. Hugonot L, others. Le Mini-Mental State Examination (MM SE): un outil pratique pour l'évaluation de l'état cognitif des patients par le clinicien. 1999;
  93. Ampélas J-F, Robin M, Caria A, Basbous F, Rakowski F, Mallat V, et al. Évaluation de la satisfaction des patients et de leurs proches vis-à-vis d'une prise en charge de crise ambulatoire par un service mobile d'urgence et de post-urgence psychiatrique. *L'Encéphale.* 2005;31(2):127-41.
  94. M.De Clercq. Quelle politique de prise en charge des urgences psychiatriques? *Réanimation Urgences.* juill 2000;9(4):279-87.
  95. Monfort J-C, Hugonot-Diener L, Devouche E, Wong C, Pean I. Diogenes's syndrome: an observatory study in a Paris district. *Psychol Neuropsychiatr Vieil.* 2010;8(2):141-53.
  96. Lavigne B, Hamdan M, Faure B, Merveille H, Pareaud M, Tallon E, et al. Syndrome de Diogène et Hoarding disorder : une même entité ? *L'Encéphale.* 1 oct 2016;42(5):421-5.
  97. Wong C. Le syndrome de Diogène : description clinique et conduite à tenir. *NPG*



Neurol - Psychiatr - Gériatrie. févr 2013;13(73):51-60.

98. Houbin B, Fouilleron V, Pichard M, Rauzy A. Syndrome de Diogène : étude descriptive au sein d'une équipe mobile de psychiatrie du sujet âgé. Eur Psychiatry. nov 2014;29(8):618.
99. Confédération des organisations familiales de l'Union européenne. (C.O.F.A.C.E.). Bruxelles. BEL. Charte européenne de l'aidant familial. Bruxelles: COFACE; 2007.
100. Benoit M, Brocker P, Clement J-P, Cnockaert X, Hinault P, Nourashemi F, et al. Les symptômes psychologiques et comportementaux de la démence : description et prise en charge. Rev Neurol (Paris). mars 2005;161(3):357-66.
101. COHEN D. La dépression dans les familles prenant en charge un parent atteint de maladie d'Alzheimer. In: Les aidants familiaux et professionnels : du constat à l'action. Paris: Serdi; 2002. p. 49-55. (Recherche et pratique clinique dans la maladie d'Alzheimer.).
102. Cooper C, Balamurali TBS, Livingston G. A systematic review of the prevalence and covariates of anxiety in caregivers of people with dementia. Int Psychogeriatr. avr 2007;19(2):175-95.
103. BOCQUET H, ANDRIEU S. Le « Burden ». Un indicateur spécifique pour les aidants familiaux. Gerontol Soc. juin 1999;(89):155-66.
104. Secall A, Thomas IC. L'accompagnement de l'aidant de la personne âgée atteinte de démence. Rech Soins Infirm. 2005;82(3):50.
105. HAZIF-THOMAS C, BOUCHE C, CLEMENT JP, THOMAS P. Influence de la déambulation et des comportements moteurs inadéquats sur la prise en charge des déments à domicile par des aidants informels. L'étude PIXEL. Ann Med Psychol (Paris). nov 2003;161(9):665-73.
106. Thomas P, Hazif-Thomas C, Clément J-P. La plainte familiale dans la démence d'Alzheimer. NPG Neurol - Psychiatr - Gériatrie. juin 2005;5(27):33-8.
107. Vallée A, Verdier-Parent A, Vallée J-N, Hervé C. Évaluation du ressenti des aidants, filles et fils de personnes âgées dépendantes atteintes de démence. Éthique Santé. juin 2016;13(2):83-90.
108. Thomas P, Hazif-Thomas C, Pareault M, Vieban F, Clément J-P. Troubles du sommeil chez les aidants à domicile de patients atteints de démence. L'Encéphale. avr 2010;36(2):159-65.
109. Thomas P. Etude PIXEL : l'entourage familial des patients atteints de la maladie d'Alzheimer (Programme d'études 2001-2005) [Internet]. [cité 29 juill 2017]. Disponible sur:  
[http://www.proximologie.com/globalassets/proximologie2/pdf/etudes/dossier\\_pixel.pdf](http://www.proximologie.com/globalassets/proximologie2/pdf/etudes/dossier_pixel.pdf)
110. Thomas P, Arroyo EM, Hazif-Thomas C. Difficultés des familles face à la prise en charge à domicile des patients atteints de démence en France (Poitiers) et en Espagne (Salamanque). Rev Fr Psychiat Psychol Méd. 1999;27:127-31.



111. Haute Autorité de Santé - Maladie d'Alzheimer et maladies apparentées : suivi médical des aidants naturels [Internet]. [cité 5 sept 2017]. Disponible sur: [https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c\\_938713/fr/maladie-d-alzheimer-et-maladies-apparentees-suivi-medical-des-aidants-naturels](https://www.has-sante.fr/portail/jcms/c_938713/fr/maladie-d-alzheimer-et-maladies-apparentees-suivi-medical-des-aidants-naturels)
112. I. Jalenques, R.Tourtauchaux, J.Pellerin. Problème de la maltraitance. In: Psychiatrie de la personne âgée. 2010.
113. Soares JJF, Barros H, Torres-Gonzales F, Ioannidi-Kapolou E, Lamura J, Lindert J, et al. Abuse and Health Among Elderly in Europe. Kaunas Lith Univ Health Sci Press. 2010;
114. Le 3977. Allô maltraitance des personnes âgées et majeurs handicapés [Internet]. Ministère des Solidarités et de la Santé. 2015 [cité 30 juill 2017]. Disponible sur: <http://solidarites-sante.gouv.fr/affaires-sociales/personnes-agees/maltraitance-des-personnes-vulnerables/article/le-3977>
115. Pellerin J, Saury V. Le malade déficitaire, sujet à (haut) risque de maltraitance. NPG Neurol - Psychiatr - Gériatrie. févr 2015;15(85):44-9.
116. Baccino É. Médecine légale clinique: médecine de la violence, prise en charge des victimes et des agresseurs. Paris: Elsevier Masson; 2015.
117. J Roche. Mesure de protection. In: Psychiatrie de la personne âgée. 2010.
118. LOI n° 2007-293 du 5 mars 2007 réformant la protection de l'enfance. 2007-293 mars 5, 2007.
119. Delphin-Combe F, Martin-Gaujard G, Roubaud C, Fortin M-E, Husson F, Rouch I, et al. Expérience d'un parcours de soins des symptômes psychologiques et comportementaux des démences. Gériatrie Psychol Neuropsychiatr Vieil. 2013;11(4):416-22.
120. Monnier N, Ardiet G. Prescription de neuroleptiques en maison de retraite (Étude de 2200 prescriptions). Ann Méd-Psychol Rev Psychiatr. mai 2007;165(4):258-62.
121. Laroche M-L, Perault-Pochat M-C, Ingrand I, Merle L, Kreft-Jais C, Castot-Villepelet A, et al. Adverse drug reactions in patients with Alzheimer's disease and related dementia in France: a national multicentre cross-sectional study. Pharmacoepidemiol Drug Saf. sept 2013;22(9):952-60.
122. Clément J-P. Quelques considérations sur le deuil de la personne âgée. Études Sur Mort. 19 oct 2009;(135):33-9.
123. Binet E. L'accompagnement du deuil du conjoint chez le sujet âgé par l'Intégration du Cycle de la Vie. NPG Neurol - Psychiatr - Gériatrie. 1 févr 2017;17(97):37-41.
124. Hanus M. Les deuils au grand âge. Études Sur Mort. 19 oct 2009;(135):89-97.
125. Ramonet M, Roelandt J-L. Soins intensifs à domicile : modèles internationaux et niveau de preuve. Ann Méd-Psychol Rev Psychiatr. sept 2013;171(8):524-30.



126. Coldwell CM, Bender WS. The Effectiveness of Assertive Community Treatment for Homeless Populations With Severe Mental Illness: A Meta-Analysis. *Am J Psychiatry*. mars 2007;164(3):393-9.
127. Marshall M, Lockwood A. Assertive community treatment for people with severe mental disorders. In: The Cochrane Collaboration, éditeur. *Cochrane Database of Systematic Reviews* [Internet]. Chichester, UK: John Wiley & Sons, Ltd; 1998 [cité 30 juill 2017]. Disponible sur: <http://doi.wiley.com/10.1002/14651858.CD001089>
128. Huguelet P, Koellner V, Boulguy S, Nagalingum K, Amani S, Borrás L, et al. Patients souffrant de troubles psychiatriques sévères suivis par une équipe mobile : impact sur leurs familles. *L'Encéphale*. juin 2012;38(3):201-10.
129. Alezrah C, Dusacq E, Thiebaut S, Camodeca L, Benayed J. Devenir d'une population rencontrée par une équipe mobile psychiatrie précarité (EMPP) à 3ans. *Eur Psychiatry*. nov 2014;29(8):616.
130. Bulletin Officiel n°2002-14 Circulaire DHOS/O 2/DGS/SD 5 D n° 2002-157 du 18 mars 2002 relative à l'amélioration de la filière de soins gériatrique [Internet]. [cité 30 juill 2017]. Disponible sur: <http://solidarites-sante.gouv.fr/fichiers/bo/2002/02-14/a0141323.htm>
131. Nathalie SALLES. Enquête nationale sur les pratiques des Equipes Mobiles de Gériatrie en France. Groupe de travail des équipes mobiles de gériatrie de la SFGG. *Rev Gériatrie*. nov 2012;Tome 37(9).
132. Camille LAFFONT, Karine FOUCAUD, Laurence LAYAN,, Clément TOURNIER, Aline SAUVAIN, Nathalie SALLES. Impact de l'intervention en orthopédie-traumatologie de l'Infirmière de l'Equipe Mobile de Gériatrie dans la prise en charge nutritionnelle du patient âgé. *Rev Gériatrie*. nov 2012;37(9).
133. Ellis G, Whitehead MA, O'Neill D, Langhorne P, Robinson D. Comprehensive geriatric assessment for older adults admitted to hospital (Review). *Cochrane Libr*. 2011;
134. Di Pollina L, Le Roy C. Prise en charge de la personne âgée fragile dépendante à domicile à Genève: l'unité de gériatrie communautaire. *NPG Neurol - Psychiatr - Gériatrie*. avr 2014;14(80):93-7.
135. PASCAL COUTURIER, LIONEL TRANCHANT, ISABELLE LANIÈCE, THOMAS MORIN, ANNIE GROMIER, CHANTAL SALA, et al. Fonctionnement des unités mobiles de gérontologie, ou un modèle d'interdisciplinarité professionnelle : expérience du CHU de Grenoble (France). *Ann Gérontol*. oct 2008;1(1).
136. Gaël Decelle. Equipe mobile de gériatrie intervenant en EHPAD : ´ enquête de satisfaction auprès des médecins généralistes du bassin de santé d'Annecy [Internet] [Médecine humaine et pathologie]. 2011. Disponible sur: <dumas-00620686>
137. Thierry DANTOINE, Cécile LAUBARIE-MOURET, Noëlle CARDINAUD, Nicolas SIGNOL, Marion CHARENTON BLAVIGNAC, Murielle MALICHER, Marie-Jeanne VERGER, Sophie SINGER,, Karen LEMASSON, Christine CHAUMONT, Cédric PAROT, Caroline GAYOT. L'Unité de prévention, de suivi et d'analyse du vieillissement: une approche innovante en santé publique et recherche sur la



prévention de la perte d'autonomie du sujet âgé en Limousin. Rev Gériatrie. nov 2012;37(9).

138. Bosson L, Lanièce I, Moheb B, Lapouge-Bard V, Bosson J-L, Couturier P. Difficulties encountered by the general practitioner in the management of the elderly people in complex medical and psycho-social condition: role of mobile teams. Gériatrie Psychol Neuropsychiatr Viellissement. mars 2016;(1):23-30.
139. PACHECO A. Equipe mobile de psychogériatrie : pour quoi faire ? Spéc Géronto Expo 2009 Offre Soins Gériatrique Quels Territ. 04 2009;(527):26-9.
140. A Guiller. Une équipe mobile psychogériatrique. Contact hors les murs. Actual Soc Hebd. 28 mars 2014;
141. F Viéban, M Lannaud, K Eymar, G Chandon, C Tabaraud, RO Peix, et al. L'équipe mobile de Psychogériatrie du CH ESQUIROL de Limoges : Bilan au terme de deux années de fonctionnement.
142. Réduction des hospitalisations en psychiatrie grâce à l'équipe mobile psychogérontologique du CH de Thuir (Pyrénées-Orientales) - Fédération Hospitalière de France (FHF) [Internet]. [cité 8 juin 2017]. Disponible sur: <https://www.fhf.fr/Autonomie/Initiatives2/Reduction-des-hospitalisations-en-psychiatrie-grace-a-l-equipe-mobile-psycho-gerontologique-du-CH-de-Thuir-Pyrenees-Orientales>
143. Maryse Aguer. De nombreux centenaires en Limousin | Insee [Internet]. [cité 1 août 2017]. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/1559625#consulter>
144. Sueur Catherine. 90 % des personnes âgées de 75 ans ou plus vivent encore chez elles | Insee [Internet]. [cité 1 août 2017]. Disponible sur: <https://www.insee.fr/fr/statistiques/1285396>
145. N. Schauer, D. Cottin, E. Lesfargues. Bilan à deux ans de l'équipe mobile du Réseau Santé Géronto 4 du Val-de-Marne. NPG - Neurol Psychiatr Geriatr. 2010;
146. M Camara, I Diagne, A Danfa, EHM Ba, S Seck, O Ka, et al. Psychogériatrie au Sénégal : expérience d'un suivi de dix ans dans un centre de santé mentale. NPG - Neurol Psychiatr Geriatr. 2017;
147. David R, Mulin E, Leone E, Robert P. Les symptômes psychologiques et comportementaux dans la maladie d'Alzheimer. Neurol Com. 2010;2(7):171-5.
148. ACHAHBOUNE L. Démences : vision du médecin généraliste. Étude qualitative par entretien auprès de 17 praticiens de la zone Isère – Porte des Alpes. Claude Bernard Lyon 1; 2014.
149. Guenegou A-L, Behar F, Abdallah F, Mobarak W, Veysseyre O, Ballanger E. Risque suicidaire et spécificités gériatriques : évaluation dans une unité de gérontopsychiatrie. NPG Neurol - Psychiatr - Gériatrie. déc 2012;12(72):283-7.
150. Haute Autorité de Santé - Médicaments de la maladie d'Alzheimer : un intérêt médical insuffisant pour justifier leur prise en charge par la solidarité nationale [Internet]. [cité 5 sept 2017]. Disponible sur: <https://www.has->



sante.fr/portail/jcms/c\_2679466/fr/medicaments-de-la-maladie-d-alzheimer-un-interet-medical-insuffisant-pour-justifier-leur-prise-en-charge-par-la-solidarite-nationale

151. C. Dufresne, T. Gallarda. La place des antipsychotiques dans la prise en charge des troubles du comportement de la personne âgée. L'Encéphale. 2008;(Supplément 6):42-8.
152. F. Viéban J-PC. Anxiété du sujet âgé - Traitement de l'anxiété chez le sujet âgé. NPG. 2005;906(30):1-50.
153. Elodie ANDRE. La rupture de maintien à domicile des personnes âgées dépendantes [Internet]. [Faculté de médecine de Nancy]; 2014 [cité 6 août 2017]. Disponible sur: [http://docnum.univ-lorraine.fr/public/BUMED\\_T\\_2014\\_ANDRE\\_ELODIE.pdf](http://docnum.univ-lorraine.fr/public/BUMED_T_2014_ANDRE_ELODIE.pdf)
154. Mouriaux M. Le régime de la protection juridique des personnes âgées. NPG Neurol - Psychiatr - Gériatrie. 1 oct 2004;4(23):16-8.
155. Delpérée N. La protection des droits des personnes âgées : les orientations de trois lois récentes. Pensée Plurielle. 2003;6(2):67.
156. Drunat O. Intérêt de l'expertise gérontologique pour les avis sur les mesures de protections juridiques des personnes âgées. NPG Neurol - Psychiatr - Gériatrie. 1 oct 2004;4(23):12-4.
157. Caton J, Olaya E, Atayi D, Barbedienne P, Blanchon T, Granet G, et a. Prise en charge à domicile par le médecin généraliste des patients atteints de maladie d'Alzheimer. Enquête auprès des médecins généralistes de la région Rhône-Alpes. 2005.
158. Monloubou D. Les médecins généralistes et la démence : vécu et représentations [Thèse de Médecine]. Lyon 1; 2007.
159. V. Gaudeau BC J.-Y. Royer, S. Morin, F. REGARDIN, M. Elineau. Une structure originale en géronto-psychiatrie : l'exemple du CHS de Blain (Loire-Atlantique, France). NPG. 2010;1693(60):235-80.
160. Communiqué de presse [Internet]. AFFEP. [cité 8 août 2017]. Disponible sur: <https://www.affep.fr/actualite/doc/.pdf>
161. Lepetit A, Lavigne B, Herrmann M, Hanon C, Limosin F. Formation en psychiatrie de la personne âgée en France : propositions du groupe de travail de l'Affep. Inf Psychiatr. 10 déc 2015;me 91(9):783-5.



## Liste des abréviations

---

ACT : Assertive Community Treatment  
AFFEP : Association Fédérative Française des Étudiants en Psychiatrie  
ALD : Affection Longue Durée  
ALMA : Allo Maltraitance  
AMP : Association Mondiale de la Psychiatrie  
APA : Allocation Personnalisée d'Autonomie  
ARS : Agence Régionale de Santé  
CIM : Classification Internationale des Maladies  
CLIC : Centre Locaux d'Information et de Coordination Gérontologique  
CMP : Centre Médico-Psychologique  
CMRR : Centre Mémoire de Ressources et de Recherche  
CNSA : Caisse Nationale de Solidarité Autonomie  
DRESS : Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques  
DSM : Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders  
EAP : Equipe Ambulatoire de Proximité  
EHPAD : Établissement d'Hébergement pour Personnes Âgées Dépendantes  
EMESPA : Équipe Mobile d'Évaluation et de Suivi de la Personne Âgée  
ESPRIT : Enquête de Santé Psychologique-Risques Incidence et Traitement  
GDS : Geriatric Depression Scale  
GIR : Groupe Iso-Ressource  
GRECO : Groupe de Recherche et d'Évaluation des Outils Cognitifs  
HAS : Haute Autorité de Santé  
HDT : Hospitalisation à la Demande d'un Tiers  
INSEE : Institut National de la Statistique et des Études Économiques  
JAMA : Journal de l'Association Médicale Américaine  
MADRS : Montgomery and Asberg Depression Rating Scale  
MCI : Mild Cognitive Impairment  
MMSE : Mini Mental State Examination  
NPI : Neuro Psychiatric Inventory  
OCDE : Organisation de Coopération et de Développement Économiques  
OMS : Organisation Mondiale de la Santé  
ORS : Observatoire Régional de Santé  
PCH : Prestation de Compensation du Handicap  
SPDRE : Soins Psychiatriques à la Demande d'un Représentant de l'État  
SPDT : Soins Psychiatriques à la Demande d'un Tiers



SROS : Schéma Régional d'Organisation Sanitaire

UPSAV : Unité de Prévention, de Suivi et d'Analyse du Vieillissement

## Annexes

---

Annexe 1. Fiche de traitement d'intervention de l'EMESPA.....	155
Annexe 2. Tableau récapitulatif des interventions au domicile.....	157
Annexe 3. Grille d'évaluation des demandes d'intervention de l'EMESPA au domicile.....	158
Annexe 4. Tableau regroupant les diagnostic évoqués par l'EMESPA à l'issue de la visite	160



Annexe 1. Fiche de traitement d'intervention de l'EMESPA



V2 dec 2014

Pôle Universitaire de psychiatrie de l'Adulte  
et de la Personne Agée

Chef de Pôle : Professeur Jean-Pierre CLEMENT (PU-PH)

Centre Hospitalier ESQUIROL - 15 rue du Docteur Marcland - 87025 LIMOGES Cedex

EQUIPE MOBILE D'ÉVALUATION ET DE SUIVI DE LA PERSONNE AGÉE

FICHE DE TRAITEMENT D'INTERVENTION

**E.M.E.S.P.A**

DEMANDEUR :

Date de la demande : ..... Médecin Traitant : .....  
Date d'intervention : ..... Tél : .....  
Autre : ..... Tél : .....

PATIENT :

NOM : ..... PRENOM : .....  
NOM DE JEUNE FILLE : .....  
Date de naissance : ...../...../..... Lieu de naissance : .....  
Adresse : .....  
Etage : ..... Bât : ..... Appartement : ..... Code d'accès : .....  
Tél : .....  
N° de Sécurité Sociale : .....

MOTIF DE LA DEMANDE :

.....

ENVIRONNEMENT FAMILIAL (autres personnes ressources) :

NOM : ..... Tél : .....  
NOM : ..... Tél : .....

PRISE EN SOIN :

Hôpital de Jour : ..... Fréquence : .....  
Accueil de Jour : ..... Fréquence : .....  
ALD 30 : oui  non   
Type affection : .....



**INTERVENANTS SOCIAUX :**

Tuteur : ..... Tél : .....  
Curateur : ..... Tél : .....  
Assistant social : ..... Tél : .....  
Adjoint PAPH CG 87 : ..... Tél : .....  
Référent Autonomie : ..... Tél : .....

**SOINS A DOMICILE :**

IDE ou Association : ..... Tél : .....  
Infirmier de secteur : ..... Fréquence : .....

**SERVICES A DOMICILE :**

GIR : .....  
APA :    oui                     non                     en cours   
Association : ..... Tél : .....  
Aide-ménagère : ..... Tél : .....  
Télé-assistance :    oui                     non   
Repas à Domicile :    oui                     non

**TRAITEMENTS EN COURS :**

Dans la mesure du possible joindre la dernière ordonnance.

**SYNTHESE DE LA PROBLEMATIQUE AVANT INTERVENTION**

.....  
.....  
.....  
.....  
.....  
.....

MED + IDE     IDE + PSYCHO     IDE + AS     IDE





## Grille d'évaluation des demandes d'intervention de l'EMESPA au domicile d'Octobre 2016 à Mars 2017

### 1°) Motif de la demande

- Nom, Prénom : .....
- Sexe : Féminin    Masculin
- Date de naissance : .....
- Lieu de vie : Ville    Campagne
- Région géographique : .....
- Type d'habitation : Maison   Appartement   Foyer logement  
Autre (foyer de vie...)
- Origine de la demande : Médecin traitant   Famille   Conseil départemental  
 Psychiatre   Autre (tuteur...)
  - Antécédents psychiatriques connus : Oui   Non

Précisez : .....

- Aides à domicile : Oui   Non
- Patient(e) vivant seul(e) à domicile : Oui   Non
- Motif de la demande : Agressivité/Opposition
  - Idées suicidaires
  - Trouble de l'humeur (dépression, manie)
  - Trouble anxieux
  - Troubles psychotiques
  - Repli au domicile
  - Evaluation cognitive
  - Autre
- Demande d'hospitalisation associée : Oui   Non
- Demande urgente : Oui   Non

- Patient(e) bénéficiant d'une protection juridique : Oui Non

## 2°) Intervention

- Délai entre l'intervention et la demande : .....
- Evaluation cognitive réalisée : Oui Non
- Préconisation d'introduction d'un traitement médicamenteux : Oui  
Non
- Proposition d'orientation : Suivi en consultation médicale
  - Hôpital de jour
  - Aides à domicile (téléassistance, portage des repas, aide-ménagère, IDE libérale)
  - Accueil de jour
  - Mise sous protection juridique
  - Aides sociales (APA, ALD)
  - Suivi EAP
  - EHPAD (demande de précaution etc...)
  - Orientation PEC somatique
  - Hospitalisation en psychiatrie
- Evaluation du risque du maintien à domicile : Oui Non
- Existe-il un risque lié au maintien à domicile ? Oui Non
- Diagnostic psychiatrique posé à l'issue de la visite à domicile :  
.....

## 3°) Réintervention

- A-t-elle lieu ? Oui Non

Si oui avec quel(s) intervenant(s) : Médecin IDE Assistante sociale Psychologue

- Nombre de ré intervention : ..... Motif de ré intervention :  
.....

## 4°) Hospitalisation à 6 mois

- A-t-elle lieu ? : Oui Non
- Si oui, dans quel délai après l'intervention au domicile ? : .....
- Quelle est la durée de l'hospitalisation ? : .....

**Annexe 4. Tableau regroupant les diagnostic évoqués par l'EMESPA à l'issue de la visite**

Code CIM 10	Diagnostic	Effectif	Pourcentage
F00902	Démence sévère de la maladie d'Alzheimer, sans précision, sans symptômes supplémentaires	1	0,9%
F00100	Démence légère de la maladie d'Alzheimer à début tardif sans symptôme supplémentaire	1	0,9%
F00101	Démence moyenne de la maladie d'Alzheimer	1	0,9%
F00111	Démence moyenne de la maladie d'Alzheimer, à début tardif, avec symptômes essentiellement délirants	1	0,9%
F0090	Démence de la maladie d'Alzheimer, sans précision, sans symptômes supplémentaire	2	1,8%
F00900	Démence légère de la maladie d'Alzheimer, sans précision, sans symptômes supplémentaire	11	9,6%
F00901	Démence moyenne de la maladie d'Alzheimer, sans précision, sans symptôme supplémentaire	2	1,8%
F00902	Démence sévère de la maladie d'Alzheimer, sans précision, sans symptôme supplémentaire	2	1,8%
F0093	Démence de la maladie d'Alzheimer, sans précision, avec symptômes essentiellement dépressifs	1	0,9%
F00930	Démence légère de la maladie d'Alzheimer, sans précision, avec symptômes essentiellement dépressifs	1	0,9%
F0094	Démence de la maladie d'Alzheimer, sans précision, avec symptômes mixtes	3	2,6%
F00940	Démence légère de la maladie d'Alzheimer, sans précision, avec symptômes mixtes	1	0,9%
F0190	Démence vasculaire, sans précision, sans symptôme supplémentaire	3	2,6%
F01900	Démence vasculaire légère, sans précision, sans symptôme supplémentaire	4	3,5%
F01920	Démence vasculaire légère, sans précision, avec symptômes essentiellement hallucinatoires	1	0,9%
F0193	Démence vasculaire, sans précision, avec symptômes essentiellement dépressifs	1	0,9%
F01930	Démence vasculaire légère, sans précision, avec symptômes essentiellement dépressifs	4	3,5%
F0194	Démence vasculaire, sans précision, avec symptômes mixtes	1	0,9%
F0232	Démence de la maladie de Parkinson, avec symptômes essentiellement hallucinatoires	1	0,9%
F02340	Démence légère de la maladie de Parkinson, avec symptômes mixtes	1	0,9%
F050	Délirium, non surajouté à une démence, ainsi décrit	1	0,9%
F059	Délirium, sans précision	1	0,9%
F0670	Trouble cognitif léger non associé à un trouble physique	2	1,8%
F0671	Trouble cognitif léger associé à un trouble physique	1	0,9%
F220	Trouble délirant	3	2,6%
F239	Trouble psychotique aigu et transitoire, sans précision	1	0,9%
F318	Autres troubles affectifs bipolaires	7	6,1%
F321	Épisode dépressif moyen	3	2,6%
F3210	Épisode dépressif moyen, sans syndrome somatique	5	4,4%
F322	Épisode dépressif sévère sans symptômes psychotiques	25	21,9%
F323	Épisode dépressif sévère avec symptômes psychotiques	4	3,5%
F3230	Épisode dépressif sévère avec symptômes psychotiques congruents à l'humeur	4	3,5%
F411	Anxiété généralisée	1	0,9%



F412	Trouble anxieux et dépressif mixte	3	2,6%
F418	Autres troubles anxieux précisés	1	0,9%
F419	Trouble anxieux, sans précision	1	0,9%
F53+2	Fatigue [asthénie]	1	0,9%
F608	Autres troubles spécifiques de la personnalité	1	0,9%
F638	Autres troubles des habitudes et des impulsions	1	0,9%
K458	Autres hernies abdominales précisées, sans occlusion ni gangrène	1	0,9%
Q900	Trisomie 21, non disjonction méiotique	1	0,9%
R418	Symptômes et signes relatifs aux fonctions cognitives et à la conscience, autres et non précisés	1	0,9%
R455	Hostilité	2	1,8%
Total		114	100%

## Serment d'Hippocrate

---

En présence des maîtres de cette école, de mes condisciples, je promets et je jure d'être fidèle aux lois de l'honneur et de la probité dans l'exercice de la médecine.

Je dispenserai mes soins sans distinction de race, de religion, d'idéologie ou de situation sociale.

Admis à l'intérieur des maisons, mes yeux ne verront pas ce qui s'y passe, ma langue taira les secrets qui me seront confiés et mon état ne servira pas à corrompre les mœurs ni à favoriser les crimes.

Je serai reconnaissant envers mes maîtres, et solidaire moralement de mes confrères. Conscient de mes responsabilités envers les patients, je continuerai à perfectionner mon savoir.

Si je remplis ce serment sans l'enfreindre, qu'il me soit donné de jouir de l'estime des hommes et de mes condisciples, si je le viole et que je me parjure, puissé-je avoir un sort contraire.



## **Activité au domicile d'une équipe mobile ambulatoire de psychiatrie de la personne âgée. Influence sur les hospitalisations en psychiatrie.**

L'augmentation de l'espérance de vie en France va de paire avec l'augmentation du nombre de personnes âgées présentant des troubles psychiatriques. A Limoges, l'Équipe Mobile d'Évaluation et de Suivi de la Personne Âgée (EMESPA) a été créée en 2008, dans l'objectif d'améliorer leur prise en charge ambulatoire.

L'objectif de notre étude était de décrire l'activité au domicile de l'équipe mobile de psychiatrie de la personne âgée de Limoges concernant des premières interventions. Nous avons observé son influence sur les hospitalisations en psychiatrie. Nous avons pour cela recensé les demandes d'intervention d'Octobre 2016 à Mars 2017 et observé le devenir des patients sur une période de 3 mois.

114 patients ont été recrutés. Les demandes d'intervention provenaient en majorité des médecins traitants (54,4%), les troubles de l'humeur étaient le motif principal de demande d'intervention (26,3%). L'EMESPA faisait des préconisations médicamenteuses et/ou non médicamenteuses dans 71,9% des cas. Une évaluation cognitive était réalisée chez 81,6% des patients. Le passage à domicile de l'EMESPA a permis d'éviter l'hospitalisation de 64,3% de patients qui avaient fait l'objet d'une demande d'hospitalisation initiale ( $p=0,01$ ). En revanche, chez les patients hospitalisés, l'intervention n'avait pas d'influence significative sur la durée des séjours en psychiatrie.

Cette étude montre l'intérêt des équipes mobiles en psychiatrie de la personne âgée dans la facilitation de l'accès aux soins psychiatriques des personnes âgées vivant à domicile. Il est mis en évidence un rôle préventif sur les hospitalisations en psychiatrie.

---

Mots-clés : Psychiatrie, personne âgée, équipe mobile, domicile, vieillissement

## **Activity at home of an ambulatory mobile team in the elderly psychiatrist. Influence on hospitalizations in psychiatry.**

The increase in life expectancy in France goes hand in hand with the increase in the number of elderly people with psychiatric disorders. In Limoges, the Mobile Assessment and Monitoring Team for the Elderly (also called EMESPA) was set up in 2008 with the objective of improving their outpatient care.

The objective of our study was to describe the activity at home of the mobile psychiatry team of the elderly Limoges and to observe its influence on hospitalizations in psychiatry. For this purpose, we recorded the requests for intervention from October 2016 to March 2017 and observed the fate of the patients over a period of 3 months after the first intervention.

114 patients were recruited. The majority of requests for interventions came from physicians (54.4%), mood disorders were the main reason for requesting intervention (26.3%). EMESPA made medication and / or non-medication recommendations in 71.9% of cases. Cognitive assessment was performed in 81.6% of patients. The hospitalization of 64.3% of patients who had been the subject of an initial hospitalization request ( $p = 0.01$ ) was avoided by EMESPA. On the other hand, in hospitalized patients, the EMESPA intervention did not have a significant influence on the length of stay in psychiatry.

This study shows the interest of mobile teams in the psychiatry of the elderly in facilitating access to psychiatric care for elderly people living at home. A preventive role is shown for psychiatric hospitalizations.

---

Keywords : psychiatry, elderly, mobile team, home, aging