

Equipes mobiles de psychiatrie de l'âge avancé

Création de deux équipes mobiles dans les régions nord et ouest vaudoises

Montserrat Mendez-Rubio, Panteleimon Giannakopoulos, Michel Gaillard, Liviu Dan, Philippe Budry

Division of Old Age Psychiatry, University Hospitals of Lausanne, Hospices-CHUV, Prilly, Switzerland

Funding / potential competing interests: No financial support and no other potential conflict of interest relevant to this article was reported.

Résumé

Le vieillissement de la population et ses conséquences psychologiques occupent une place grandissante dans les systèmes de santé. Les efforts de maintien à domicile des personnes âgées, même à des âges très avancés, s'accompagnent d'une présence plus importante des problèmes physiques et psychiatriques nécessitant des soins et un accompagnement continu par une pluralité de professionnels.

A Lausanne, l'Equipe mobile (EM) de psychiatrie de l'âge avancé a été créée en 2004. Son maintien et son développement ont permis d'offrir un outil de prise en charge psychiatrique hautement spécialisé, avec une logique de proximité, à la communauté des personnes âgées et de ses soignants.

L'extension du programme EM de psychiatrie de l'âge avancé dans les régions Nord et Ouest du canton de Vaud à Yverdon et Prangins respectivement, est née d'une volonté commune d'harmonisation au niveau cantonal des pratiques psychiatriques en psychiatrie de l'âge avancé.

Cet article retrace la mise en place de ces deux équipes mobiles en psychiatrie de l'âge avancé, ses objectifs et sa spécificité conceptuelle. A l'aide d'un système de collecte des données, déjà utilisé par l'EM lausannoise, cet article donne les premiers résultats chiffrés en termes de problématiques rencontrées par les usagers, les types d'intervention, les diagnostics plus fréquemment relevés et les indices de satisfaction des partenaires.

Cette expérience pionnière à Yverdon et Prangins pour le développement des soins psychiatriques de proximité aux personnes âgées se veut une première étape pratique dans le recensement des besoins des personnes âgées de ces régions. Elle veut aussi favoriser la mise en place d'autres projets comme les centres de la mémoire ou encore les programmes de soutien aux aidants naturels.

Key words: psychiatric crisis in elderly; mobility team

Introduction

Les études épidémiologiques consacrées à la population âgée relèvent que le vieillissement démographique continu est associé à une présence plus importante des problématiques psychiatriques dans la communauté, avec une demande grandissante des soins. D'autre part, l'impact lourd de la pathologie psychiatrique de l'âge sur les soignants informels

comporte des risques, bien décrits dans la littérature, d'épuisement des aidants et d'isolement social [1].

Les troubles psychiques sont très fréquents à l'âge avancé mais il ne demeure pas rare qu'ils soient encore de nos jours identifiés comme des vulnérabilités ou détériorations liées à l'âge, ou qu'ils soient victimes d'une connotation de désespoir thérapeutique s'ils sont attribués à une souffrance psychologique. La dépression est la pathologie mentale la plus fréquente, elle touche entre 15–30% de personnes âgées vivant dans la communauté et 35–45% en établissements médicosociaux (EMS). Les troubles psychotiques affectent 1% de la population vivant à domicile mais leur taux augmente à 15–20% dans les milieux résidentiels communautaires [2]. Les syndromes démentiels qui sont très rares avant 65 ans, voient leur prévalence augmenter de façon exponentielle en doublant à peu près tous les 5 ans pour toucher une personne sur trois dès l'âge des 85 ans [3]. Les besoins psychiatriques des personnes très âgées sont davantage conditionnés par le degré de dépendance, en lien avec les maladies démentiels résistantes au traitement [1, 4].

L'accessibilité aux soins est un élément déterminant de la qualité des soins psychiatriques pour cette population. Les études épidémiologiques effectuées auprès de la population adulte montrent toutefois que sans programme spécifique avec un engagement proactif dans la communauté, la moitié des personnes ne parviennent pas à s'engager dans les soins et à les maintenir [5–7]. Ce pourcentage est probablement majoré chez la population âgée malgré la rareté d'études dédiées à l'évaluation des soins ambulatoires à cette tranche d'âge [2, 8].

L'efficacité des programmes type EM pour les adultes, destinés à diminuer la morbidité, a été démontrée et ces programmes ont été implantés à large échelle dans des nombreux pays développés [4, 5, 8]. A Lausanne, une équipe de suivis intensifs pour les adultes dans le milieu a été développée avec succès depuis 2000. Les équipes de suivi ambulatoire pour les personnes âgées se sont progressivement développées aux Etats-Unis et au nord de l'Europe. Une constante relevée par ces équipes est la pertinence de leurs interventions tant pour les usagers vivant à domicile ou en EMS, avec une diminution des troubles du comportement, de la prescription de psychotropes et un recours moins fréquent à des hospitalisations [8, 10–14].

L'examen de la littérature locale à Genève a montré la pertinence et la faisabilité des interventions dans la communauté dans un programme spécifique pour la personne âgée. Ces interventions permettent une atténuation des symp-

Correspondance:
Montserrat Mendez-Rubio, MD
Division of Old Age Psychiatry
University Hospitals of Lausanne, Hospices-CHUV
route du Mont
CH-1008 Prilly
Switzerland
Montserrat.Mendez-Rubio[at]chuv.ch

tômes, une diminution des hospitalisations et une diminution du sentiment d'épuisement des proches [8, 10–13].

Dans le canton de Vaud, la psychiatrie est organisée selon un modèle sectoriel géographique, ainsi le canton se subdivise en quatre secteurs psychiatriques; le Secteur Psychiatrique Centre correspondant à Lausanne et sa périphérie, le Secteur Ouest comprenant la région de la côte, le Secteur Psychiatrique Ouest comprenant la région de la rivière et le Chablais et le Secteur Psychiatrique Nord qui comprend la région nord cantonale ayant Yverdon pour chef-lieu. Les Secteurs Psychiatriques Centre, Ouest et Nord sont des services dépendants du Centre Universitaire Vaudois (CHUV).

Une constante au niveau cantonal, ces dernières années, est le développement soutenu des structures de maintien à domicile comme les centres médicosociaux (CMS). La prise en charge de problématiques psychologiques des personnes âgées est portée par les médecins de premier recours et les soignants de ces centres ainsi que par les proches. Cette prise en charge des soins peut devenir rapidement complexe si la situation est ingérable à domicile et si les réseaux familiaux et soignants sont épuisés [8]. Ces situations amènent facilement le médecin traitant à proposer une hospitalisation, rendant les unités de psychiatrie en soins aigus rapidement saturées par un manque chronique de places.

A Lausanne et durant ces dernières décennies, l'offre en soins psychiatriques à la personne âgée s'est fortement diversifiée dans la communauté, avec la création des Hôpitaux de jour, la Consultation «Mémoire», les consultations dans les hôpitaux somatiques, en EMS et ambulatoires [8]. L'EM de psychiatrie de l'âge avancé est venu compléter ce dispositif depuis 7 ans et son activité a permis de favoriser l'accès à un plus grand nombre de bénéficiaires, de proposer des traitements et de stabiliser des situations aiguës, avec une diminution des hospitalisations, grâce à des interventions rapides et peu nombreuses [2, 8].

L'EM est une entité formée d'un médecin et d'une infirmière spécialisés en psychiatrie de l'âge avancé. L'EM évalue et propose, en situation de crise ou de pré-crise, à domicile ou en EMS, un diagnostic psychiatrique, une aide à la décision, suggère ou prescrit un traitement intégré soutenu, ou émet une proposition de résolution de la crise.

En psychiatrie, la crise est définie comme un moment relativement aigu de rupture dans l'équilibre intrapsychique ou interpersonnel de la personne, en lien avec des événements de vie interne et externe nécessitant un contact avec un ou des professionnels de la santé mentale. Il existe une notion d'urgence fluctuante et de danger pour des tiers ou pour la personne elle-même [15].

La notion de crise a donné naissance à des soins psychothérapeutiques en milieu hospitalier, intermédiaire et ambulatoire, mais relativement peu accessibles pour les personnes âgées entrées dans des polymorbidités physiques et souvent cognitives, en perte d'autonomie et présentant des difficultés à formuler une demande d'aide depuis leur lieu de vie. Or pour diminuer le poids de la prise en charge en soins des personnes âgées souffrant de troubles psychiques, il est nécessaire d'aller à leur rencontre dans leur milieu de vie.

L'élément relationnel et temporel est primordial dans le travail thérapeutique de crise [15]. La différenciation entre

situation d'urgence et crise ou la transformation de la première en la deuxième constituent le cœur du concept des soins des EM.

Les Secteurs Psychiatriques Nord et Ouest du canton se situent dans un contexte démographique et épidémiologique analogues au Secteur Psychiatrique Centre. Afin que leurs structures hospitalo-ambulatoires actuelles de soins puissent répondre à l'augmentation de la demande, il devient indispensable d'améliorer les supports dans la communauté, par la création de services de soins psychiatriques de proximité. Les secteurs Psychiatriques Nord et Ouest amorcent ainsi un virage communautaire, avec l'implantation de deux EM de psychiatrie de l'âge avancé, le premier à Yverdon, actif depuis octobre 2009, et le deuxième à Prangins, depuis avril 2010.

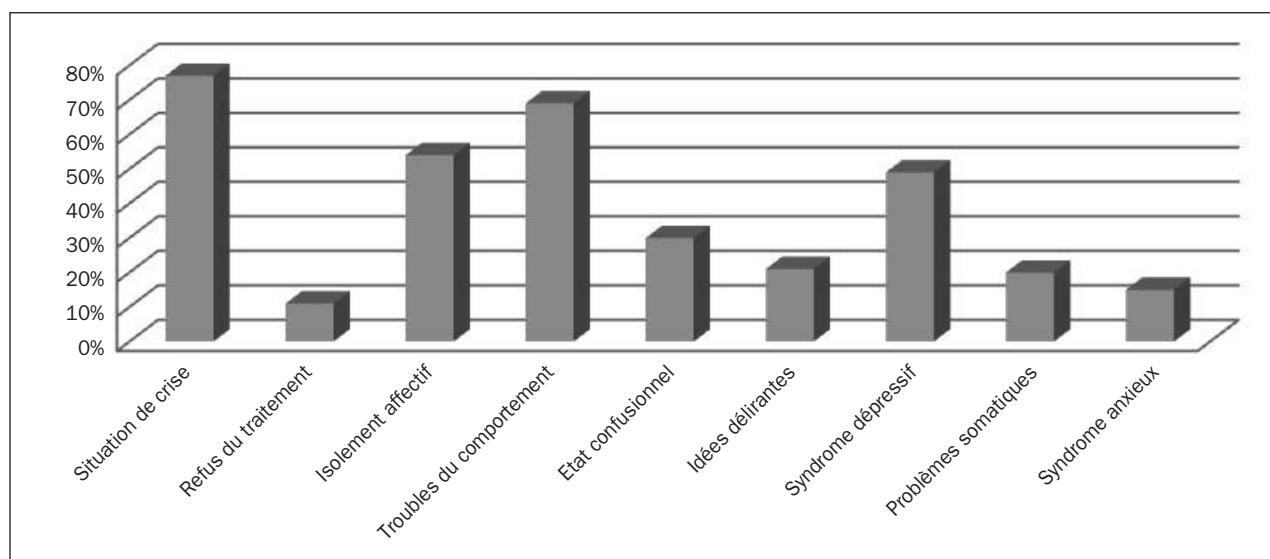
Missions générales des équipes mobiles et modes d'intervention

Les équipes mobiles ont été créées dans une vision communautaire ayant comme objectif de répondre à l'évolution quantitative et qualitative de la demande en soins psychiatriques destinés à la personne âgée, dans le respect des structures et des conditions particulières de chaque région.

Formées d'un médecin psychiatre et d'une infirmière en psychiatrie, les deux familiarisés avec la psychiatrie de la personne âgée, l'équipe intervient sur mandat du soignant de première ligne. Elle se tient à ses côtés pour aider à diagnostiquer, soutenir et proposer un traitement avec une prise en charge intensive de courte durée. Les mandats spécifiques de l'équipe mobile sont les suivants:

1. Faciliter l'accès à des soins psychiatriques appropriés aux personnes âgées et la mise en place des traitements psychiatriques précoces.
2. Identifier les symptômes et évaluer le danger que le patient pourrait représenter pour lui-même ou les autres.
3. Faciliter l'analyse des situations cliniques complexes dans le but de la mise en place du projet thérapeutique.
4. Proposer des entretiens de crise en collaboration avec les intervenants de première ligne.
5. Proposer un traitement psychopharmacologique.
6. Proposer sur demande des équipes soignantes des conseils d'ordre infirmier.
7. Favoriser des soins psychiatriques ambulatoires en offrant une alternative à l'hospitalisation ou un placement précoce.
8. Participer à la promotion des soins, collaboration dans le réseau.
9. Offrir des plateformes régionales de collaboration en psychiatrie de l'âge avancé, la circulation d'un savoir et contribuer à une offre équitable et différenciée à l'échelle du canton.

Les Equipes mobiles permettent d'assurer les soins psychiatriques des personnes âgées dans leur milieu de vie, auprès des soignants habituels comme le médecin de famille ou le personnel du CMS, en leur apportant leur expertise pour mieux traiter le malade et l'inscrire dans un processus de soins psychiatriques intégré.

Figure 1 Problématiques évoquées par le médecin traitant ou le soignant lors de la demande de consultation à l'EM.

Développements régionaux

EM région nord

Le Secteur Psychiatrique Nord comprend une région très étendue géographiquement avec une population âgée de plus de 65 ans d'environ 24 000 personnes et de 6000 personnes de plus de 80 ans.

Les soins psychiatriques du secteur Nord sont organisés autour d'une unité hospitalière, le Centre Psychiatrique du Nord Vaudois et des trois structures ambulatoires de psychiatrie adulte, les Unités de psychiatrie ambulatoire d'Yverdon, Payerne et Orbe ainsi qu'un service de psychiatrie de liaison.

Le secteur Psychiatrique Nord a établi ses objectifs des soins pour la population âgée par la création de deux filières, hospitalière et ambulatoire, cette dernière avec une mission de santé publique orientée vers la communauté. La création d'une équipe mobile se voulait le premier élément de cette réorganisation en santé mentale.

Le réseau ambulatoire du secteur est, par ailleurs, constitué de 12 centres médicosociaux et plusieurs établissements médicosociaux ainsi que des médecins généralistes représentés dans une *Plateforme de Psychogériatrie du Nord Vaudois*.

Un bilan après sa première année d'activité relève que l'Equipe mobile du Secteur Nord a collaboré étroitement avec les autres structures de soins, notamment les soignants de premier recours comme les médecins de famille, 12 CMS et 30 EMS. L'essentiel des demandes a été fait par les médecins traitants et les médecins responsables de ces EMS. Souvent appuyées conjointement par les autres soignants comme les infirmières, les demandes portées par un médecin et une infirmière ont représenté 80% des cas. Seuls des cas isolés ne disposaient pas d'un référent de première ligne clairement identifié. En tout, 290 patients d'une moyenne d'âge de 80 ans ont bénéficié d'une évaluation par l'équipe mobile. Environ la moitié des situations ont bénéficié des suivis dans un EMS. Les autres ont été suivis à domicile, dans un centre de court séjour ou au cabinet du médecin traitant.

Dans presque trois quarts des situations, la demande a été présentée comme des situations de crise menaçant le patient d'une hospitalisation. La présence des comorbidités dépressives et anxieuses, les troubles du comportement autour des maladies organiques et les états confusionnels ont été les problèmes les plus fréquents traités chez une population souffrant d'isolement socio-affectif (fig. 1)

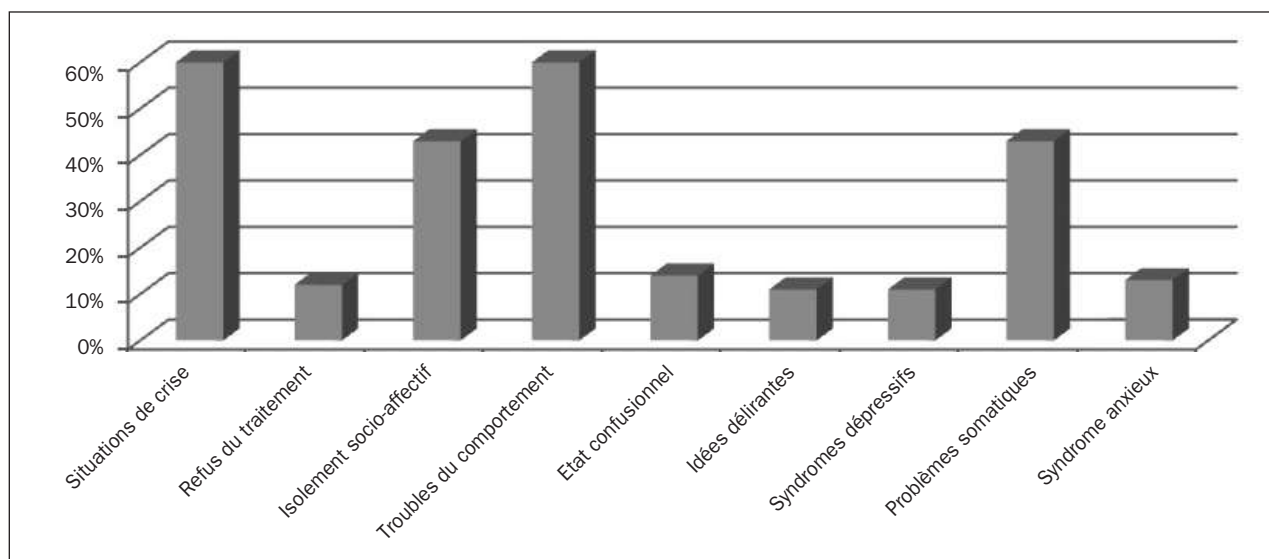
Les types de suivi, pour l'essentiel des interventions rapides et de courte durée, en moyenne 30 jours, ont permis de stabiliser des situations à risque de décompensation du réseau primaire des soins, par une aide au diagnostic médical, une aide systémique et des conseils sur la stratégie thérapeutique dans 40% des cas, des conseils pharmacologiques dans 25% des cas, et par des entretiens de coordination du réseau et résolution de la problématique de crise dans 35% des cas.

Les interventions de l'EM ont permis d'éviter 52 hospitalisations, alors que 21 ont été proposées en psychiatrie et 5 en milieu somatique.

EM région ouest

Le Secteur Psychiatrique Ouest (SPO) s'inscrit dans un contexte démographique analogue aux autres secteurs psychiatriques. Dans le Secteur Ouest, la population âgée de plus de 65 ans est d'environ 21 000 personnes et celle de plus de 80 ans, comme dans le Secteur Nord, de 6000 personnes. Les soins psychiatriques à la personne âgée sont organisés autour d'une unité hospitalière (l'hôpital de Gimel) et de la consultation ambulatoire (poli-cliniques psychiatriques de Morges et de Nyon). Le réseau régional compte 25 établissements médicosociaux (21 publics et 4 privés) et 6 centres médicosociaux. Parmi les médecins indépendants, nombreux sont ceux qui interviennent dans ces centres. Les prestataires de soins disposent d'un réseau des soins coordonnés, l'*ARC*, qui promet une collaboration plus étroite entre les différents partenaires de soins.

Dans ce contexte, le Secteur Psychiatrique Ouest a manifesté son intérêt pour développer une Equipe mobile qui

Figure 2 Problématiques évoquées par le médecin traitant ou le soignant lors de la demande d'évaluation de l'EM.

viennne aider à la création d'un dispositif psychiatrique ambulatoire spécifique à la personne âgée. Cette Equipe mobile fournit à la population de La Côte des interventions de santé mentale dans leur milieu de vie et en situation aiguë, et selon son concept en soutien aux réseaux de soins existants d'où émanent les demandes.

Les membres de l'équipe mobile ont effectué un travail d'information et la promotion de leurs prestations envers des partenaires potentiels, notamment les 6 centres médico-sociaux et 21 établissements médicosociaux, le bureau régional d'information et orientation ainsi que les Centres de traitement et réhabilitation de la région.

L'équipe mobile a reçu 102 demandes, 74 femmes et 28 hommes, âge moyen de 78 ans. Elle a effectué 500 interventions. La provenance de la demande dans 49% des cas émanait du médecin traitant, dans 10% du médecin d'un EMS. Le reste des demandes provenait des services psychiatriques du secteur ainsi que de psychiatres privés. 15 établissements médicosociaux et 11 centres médicosociaux ont fait appel à l'équipe mobile.

L'analyse des problèmes présentés lors de la première demande, et de façon semblable à l'autre secteur, montre qu'il s'agissait de situations de crise dans 60% des cas, avec un isolement socio-affectif dans 43% des cas. Les troubles du comportement en lien avec des problèmes organiques de type démence ont été mentionnés dans 60% des demandes, avec dans 11% des cas un syndrome dépressif et dans 13% des cas un trouble anxieux (fig. 2).

Les $\frac{2}{3}$ des patients concernés souffrent d'une affection type démence. Dans 36% des cas, l'intervention répondait à une aide au diagnostic médical et systémique alors que dans 41% des cas, il s'agissait de conseils sur la stratégie thérapeutique.

Parmi les autres données intéressantes de ce début d'activité, il faut relever que 22 hospitalisations ont été évitées alors que 2 hospitalisations ont été effectuées en milieu somatique et 9 en psychiatrie.

Evaluation de l'intervention des EM et points communs de leur activité dans les deux secteurs

Au cours de ce début d'activité, le médecin traitant ainsi que le/s référent/s du CMS ou EMS ont été contactés systématiquement après l'intervention de l'EM pour évaluer l'utilité de l'intervention sur le plan du traitement pharmacologique, de l'évolution de la symptomatologie, des stratégies thérapeutiques, pharmacologiques et non pharmacologiques, ainsi que l'évaluation de la coordination du réseau professionnel.

Les interventions ont été évaluées par les soignants de première ligne comme utiles dans plus de 90% des situations dans les deux secteurs. Dans 70% des situations, les médecins ont validé les propositions pharmacologiques et les stratégies thérapeutiques proposées tandis que les autres soignants ont évalué favorablement la réduction des symptômes de crise dans 60% des situations, les stratégies non pharmacologiques dans plus de 40% des situations et l'aide à la coordination du réseau dans 40% des situations.

L'essentiel des demandes de consultation émane des médecins traitants (plus de 60%) pour des patients âgés en moyenne de 80 ans. Dans 90% des situations, il s'agit d'un premier contact du patient avec un spécialiste en psychiatrie. L'immense majorité des consultations a eu lieu au domicile du patient ou en EMS, avec un chiffre supérieur à 90%, par rapport à d'autres lieux comme les cabinets des médecins traitants, les locaux des CMS ou autres comme les hôpitaux somatiques. En ce qui concerne les troubles psychiques, l'essentiel des patients présente dans plus de 60% des cas des troubles mentaux organiques et des troubles de l'humeur, et souffre de maladies physiques et d'un isolement socio-affectif. Plus de 400 patients ont été suivis par les deux EM et 75 hospitalisations ont pu être évitées. Ces nouveaux suivis dans le milieu sont répartis entre la mise en œuvre de dispositifs de soins primaires plus soutenus et, pour 20% d'eux, dans un dispositif de soins psychiatriques à terme.

L'intervention des EM est généralement rapide, les trois quarts des situations sont traités pendant la première

semaine qui suit la demande et la durée des suivis est brève, entre 45 et 50 jours.

Sur le plan général, plusieurs rencontres entre l'EM et des prestataires de soins ont été organisées pour favoriser une hiérarchisation, la coopération et la continuité des soins entre les différents partenaires au service du patient. Les EM ont contribué à la mise en œuvre de dispositifs de soins primaires plus soutenus comme le suivi par une infirmière en psychiatrie du CMS, la fréquentation d'une unité d'accueil temporaire ou la supervision d'équipes des EMS autour des situations complexes. Dans 20% des situations, les patients ont pu être dirigés dans un autre programme ambulatoire de soins psychiatriques.

Conclusion et perspectives

L'expérience des EM dans le canton de Vaud, d'abord à Lausanne puis à Yverdon et enfin à Prangins, montre que le travail de crise auprès des personnes âgées dans leur milieu de vie donne des résultats positifs. Le travail des EM répond à un besoin clair de la communauté, il permet un traitement rapide à la demande de soins et une diminution des hospitalisations, avec une stabilisation de pathologies psychiatriques des personnes âgées et une satisfaction importante des soignants de première ligne.

Dans les secteurs Psychiatriques Nord et Ouest, la filière de psychiatrie de l'âge avancé a été mise à l'épreuve par l'expérimentation des EM, permettant de transformer la demande de soins psychiques auprès de personnes âgées dans la communauté jusqu'alors implicite en demande explicite. D'autres programmes de suivi ambulatoire ou de liaison de psychiatrie pour les personnes âgées, dans les deux secteurs, se sont créés à l'aide des données résultant de l'activité de deux EM.

D'autre part, les membres des EM collaborent dans la mise en commun d'autres projets en gestation qui devraient

aboutir dans un futur proche, comme les centres régionaux de la mémoire ou d'évaluation gériatrique globale. L'Equipe mobile répond à des attentes communautaires de soins et aide à la création et à la coordination des autres filières de soins pour les personnes âgées.

Références

- 1 Facchini C. Les soignants familiaux des personnes âgées atteintes de démence: entre stress et valorisation personnelle. Cairn. Info. In: Pitaud P. Exclusion, maladie d'Alzheimer et troubles apparentés: le vécu des aidants. Cairn.info, éditions Erès; 2007. p. 185–210.
- 2 Stancu I. Equipe mobile de psychiatrie de l'âge avancé: principes et perspectives. *Rev med Suisse*. 2008;4:957–63.
- 3 Von Gunten A. Le syndrome démentiel: typologie, sémiologie et approches thérapeutiques. In: Giannakopoulos P, Gaillard M, éditeurs. *Abrégé de Psychiatrie de l'âge avancé*. Ed. Médecine et Hygiène; 2010. p. 87–108.
- 4 Giannakopoulos P, Gaillard M. *Abrégé de Psychiatrie de l'âge avancé*. Ed. Médecine et Hygiène; 2010. p. 9–17.
- 5 Bonsack C, Haefliger T, Cordier S, Conus P. Accès aux soins et maintien dans la communauté des personnes difficiles à engager dans un traitement psychiatrique. *Rev Méd suisse romande*. 2004;124(4):225–9.
- 6 Bonsack C, Pfister T, Conus P. Insertion dans les soins après une première hospitalisation dans un secteur pour psychose. *Encéphale*. 2006;32(5P1):679–85.
- 7 Marshall M, Rathbone J. Early intervention for psychosis (Systematic Review). 2007 Cochrane database of Systematic reviews.
- 8 Gaillard M, Giannakopoulos P. Une équipe mobile en psychiatrie de l'âge avancé. *Rev Méd suisse*. 2006;2(79):2087–91.
- 9 Marshal M, Lockwood A. Assertive community treatment for people with severe mental disorders (Cochrane Review) 2002. In: *The Cochrane Library*. Oxford: Update Software 2.
- 10 Gaillard M, Giannakopoulos P. La psychiatrie de l'âge avancé, un travail de réseau. *Médecine et Hygiène*. 2004;62(2489):1414–6.
- 11 Konh R, Goldsmith E, Sedgwick TW. Treatment of homebound mentally ill elderly patients: the multidisciplinary psychiatric team. *Am J Geriatr Psychiatry*. 2002;10(4):469–75.
- 12 Joy CB, Adams CE, Rice K. Crisis intervention for people with severe mental illnesses. *Cochrane database Syst Rev* 2006;(4):CD001087.
- 13 Maarbjerg KW. Geriatric psychiatry in the regimen of community psychiatry. 2. *Ugeskr Laeger*. 1990;152(5):305–8.
- 14 Van Citters AD, Bartels SJ. A systematic review of the effectiveness of community-based mental health outreach services for older adults. *Psychiatr Serv*. 2004;55(11):237–49.
- 15 De Coulon N. La crise. Stratégies d'intervention thérapeutique en psychiatrie. Ed Gaëtan: Morin, Europe; 1999. p. 23–38.