

Simone, repliée à son domicile...

Simone, 74 ans, isolée à son domicile, présente des idées délirantes. Une infirmière de l'Équipe mobile de psychiatrie du sujet âgé (EMPSA) évalue la situation, mobilise différents acteurs et parvient à l'orienter vers une prise en charge psychiatrique et somatique.

Depuis une dizaine d'années, des équipes mobiles de psychiatrie du sujet âgé (EMPSA) se sont mises en place sur le territoire, en tant qu'initiatives locales, puis pour répondre à des appels à projets soutenus par les Agences régionales de santé (ARS) (1). Leur objectif principal est de permettre l'accès à des soins de qualité au sein d'un réseau de proximité, via une intervention à domicile. Les EMPSA s'articulent autour de trois axes :

– **Évaluer et orienter** des situations complexes, où se pose la question du diagnostic d'une pathologie psychiatrique d'apparition tardive, de l'évolution d'un trouble psychiatrique connu et ancien mais qui se modifie avec l'âge ou encore d'intrications neurocognitives et psychiques. Les situations cliniques rencontrées sont donc très variées : dépression, trouble psychotique, syndrome de Diogène, refus de soins...
– **Coordonner les acteurs du soin**, pour améliorer l'accès aux soins, éviter l'adressage

aux Urgences, prévenir de l'isolement et les situations de rupture. L'enjeu est de promouvoir l'autonomie et d'encourager si possible le maintien au domicile.

– **Former des partenaires professionnels**, pour une meilleure connaissance et prise en charge des maladies psychiatriques.

INFIRMIER EN EMPSA

Les EMPSA sont pluridisciplinaires mais le maillon essentiel reste l'infirmière, pivot de l'organisation fonctionnelle. Sur le plan clinique, sa mission s'inscrit dans différentes séquences : réception de la demande, mise en lien des partenaires, organisation de la visite, au domicile mais aussi en résidences autonomie ou Établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (Ehpad) (2). La plupart du temps, elle travaille en binôme, avec une autre infirmière, un médecin, un psychologue ou un travailleur social. Cette configuration est un outil essentiel à la réflexion, au décentrage et à l'échange.

• **La réception de la « demande d'évaluation »** ou du « signalement » est une étape primordiale à la rencontre. Des appels téléphoniques, avec le demandeur, la personne concernée et son entourage, permettent de recueillir des informations importantes et de préparer la visite.

• Puis vient le temps de la **visite au domicile**, lieu de l'intime et du singulier. Cet entretien initial se fonde sur une observation du lieu de vie et du contexte. L'évaluation psychiatrique infirmière dégage une sémiologie fine, précise et pertinente,

aux interfaces de la psychiatrie, de la neurologie et de la gériatrie.

Les aidants, la famille et le réseau des partenaires restent des interlocuteurs de première ligne. À ce stade, les proches sont souvent proches de l'épuisement, face à des situations de refus, d'inertie, de difficulté diagnostique, d'inefficacité ou de résistance thérapeutique.

Parfois, une évaluation psychométrique, à partir de différentes échelles, est utile pour structurer les entretiens et objectiver les besoins et la demande.

• La troisième séquence est celle de **l'orientation vers une prise en charge adaptée et un traitement**. L'expertise psychiatrique et gériatrique, et celle du terrain, permettent d'envisager le réseau à mettre en place, le partenaire à mobiliser, la filière la plus propice.

Les partenaires locaux sont nombreux et hétérogènes selon les régions. Les équipes mobiles sont ainsi amenées à collaborer avec le Centre communal d'action sociale (CCAS), les Centres locaux d'information et de coordination (CLIC) et coordinations gérontologiques, les réseaux de santé, les Méthodes d'action pour l'intégration des services d'aide et de soins dans le champ de l'autonomie (MAIA), les soins infirmiers à domicile, les équipes de psychiatrie de secteur, les Conseils locaux de santé mentale (CLSM), et bien sûr, les généralistes, les médecins coordonnateurs d'Ehpad et les Équipes mobiles gériatriques externes (EMGE). Au cœur du travail en partenariat, les EMPSA participent

Cécile HANON*, Pierre LAVAUD*,
Natacha ANACLETO**, Fatiha
CHAKIR**, Djilali BELGHAOUTI***,
Frédéric LIMOSIN****

*Psychiatres, **Infirmières, ***Cadre paramédical de pôle, ****Chef de pôle, Équipe mobile de psychiatrie du sujet âgé 92-Sud, Centre ressource régional de psychiatrie du sujet âgé, Hôpital Corentin-Celton, Hôpitaux Universitaires Paris-Ouest, AP-HP, Issy-les-Moulineaux.

à la coordination des soins et à une meilleure compréhension, voire lisibilité, des parcours de santé.

SIMONE, SANS DEMANDE D'AIDE

Nous sommes contactées par le Réseau de santé gériatrique et de soins palliatifs pour évaluer la situation de Simone, 74 ans, isolée à son domicile, et qui présenterait des idées délirantes. Une évaluation psychiatrique paraît nécessaire.

• **L'infirmière entre en contact avec Simone par téléphone** puis avec ses enfants. Avec leur accord, elle établit également un lien avec les réseaux gériatriques et psychiatriques et avec l'antenne sociale de la municipalité, pour recueillir des informations. Grâce à cette enquête, nous apprenons que Simone, veuve depuis 10 ans, vit seule dans son appartement. Elle a 4 enfants, deux filles et deux fils, dont trois vivent en région parisienne. Elle n'est en contact régulier avec seulement un de ses fils, encore en activité professionnelle et qui est son principal aidant. Il fait ses courses et lui rend visite plusieurs fois par semaine.

Simone n'est pas connue des services sociaux. Elle est suivie par un médecin généraliste. Contacté par l'infirmière, ce dernier nous informe qu'il la connaît depuis plusieurs années et décrit depuis 3 ans une installation de troubles, à type d'idées délirantes et des troubles du comportement. Simone se replie à son domicile et se désinvestit de toutes ses activités sociales antérieures. Elle souffre par ailleurs de diabète de type 2 et d'hypothyroïdie, pour lesquels elle est traitée et stable. Elle prend ses traitements de façon aléatoire, aidée par son fils qui lui prépare un pilulier hebdomadaire.

• **Dans ce contexte, une première visite est programmée.** Simone accueille l'infirmière sans réticence et l'entretien se déroule facilement. Nous observons que le logement est sale et mal entretenu, mais sans signe patent d'insalubrité. Le tableau clinique retrouve un syndrome délirant chronique, à mécanisme hallucinatoire, avec une thématique persécutrice et d'intrusion. L'humeur est fluctuante, sans tristesse verbalisée. Simone adhère totalement à son délire. Elle présente également des troubles cognitifs, objectivés par la passation de la *Montreal Cognitive Assessment-Basic (MOCA)* (3), dont le score est à 13/30 (atteinte modérée), associés à un syndrome apathique, une inversion du rythme nyctéméral et un repli au domicile.

Sur le plan somatique, la patiente souffre de plaies aux pieds, liées au diabète, et d'une incontinence urinaire. Ces troubles grèvent de façon notable son autonomie fonctionnelle.

À la fin de l'entretien, l'infirmière conclut à la présence de troubles psychiatriques, dans un contexte de détérioration cognitive. Elle rassure Simone en la quittant, et lui explique qu'elle va revenir avec un collègue psychiatre pour lui venir en aide et coordonner certaines actions.

• **Une seconde visite à domicile** est planifiée avec le psychiatre de l'EMPSA, pour juger de l'indication ou non d'un traitement psychotrope et d'un soutien psychothérapeutique. Dans ce cas, un relais de prise en charge est envisagé avec l'équipe du Centre médico-psychologique (CMP) de secteur. Cette orientation a plus de chance d'être efficiente du fait des entretiens préalables et de l'alliance thérapeutique qui a pu se construire, même sur une temporalité limitée. Le relais se formalise alors par une visite à domicile avec un soignant de l'EMPSA et un du CMP.

• **L'infirmière sollicite ensuite le médecin traitant**, pour planifier une évaluation gériatrique globale et un bilan en consultation mémoire. Elle signale également la situation au CLIC de la commune, pour mettre en place des aides à domicile (infirmière, auxiliaire de vie, téléalarme...). Une mesure de protection juridique est aussi évoquée. À toutes ces étapes, la patiente et son fils, aidant principal, sont associés aux décisions.

En définitive, notre intervention a permis de poser un diagnostic, psychiatrique et somatique, qui a débouché sur l'entrée dans un parcours de soins adapté pour cette patiente. Simone n'avait aucune demande active d'aide car elle n'était pas en capacité de le faire, du fait de ses troubles cognitifs comme de ces troubles délirants. Mettre des mots et donner du sens à ses symptômes l'ont aidé dans un cheminement thérapeutique et une meilleure acceptation d'aide. L'EMPSA a également évité un passage aux urgences de l'hôpital le plus proche, recours inadapté et souvent fréquent dans bien des situations de ce type.

CONCLUSION

En Ile-de-France, les EMPSA réalisent un maillage quasi-complet du territoire avec, en 2018, douze équipes en activité sur

les différents départements et une organisation spécifique pour Paris intra-muros. Sous l'égide du Centre ressource régional de psychiatrie du sujet âgé (4), une Fédération des équipes mobiles d'Ile-de-France (4) s'est constituée et a motivé des rencontres professionnelles, des groupes de travail et l'organisation de journées annuelles d'échanges de pratiques (la 4^e de ces journées a eu lieu le 12 juin 2018 sur le thème EMPSA et institutions). Le travail des EMPSA répond à un besoin croissant de prise en charge de la souffrance mentale des sujets âgés. Pour les infirmières, il ouvre des perspectives cliniques spécifiques de la prise en charge des personnes âgées, aux interfaces entre domicile et institutions, entre psychiatrie et gériatrie. Plus globalement, l'alliance des savoirs, du savoir être et du savoir-faire en santé mentale est un prérequis essentiel, gage d'une expertise et d'une qualité du travail à la hauteur de ce que nos sociétés veulent mettre en œuvre pour les soins aux aînés et dont la loi relative à l'adaptation de la société au vieillissement (5) est une illustration. La dynamique de professionnalisation des infirmières en pratiques avancées (6) est à promouvoir dans ses équipes mobiles. C'est un enjeu de santé publique pour les années à venir.

1- Les équipes mobiles en psychiatrie du sujet âgé. P. Lavaud, S. Malvoisin, B. Houbin, C. Hanon. *La Lettre du Psychiatre*, Vol. XIV, 1-2, 2018, p 2-5.

2- G. Jovelet. *Penser l'Ehpad et son devenir. Pas sans la psychiatrie!* *L'Information Psychiatrique*. 2018;94(6):437-442.

3- Le MOCA (Nasreddine et al., 2005) a pour objectif le dépistage des personnes qui vivent une atteinte neurocognitive de légère à sévère. C'est un questionnaire à réponses courtes, qui évalue six domaines : mémoire à court terme, habiletés visuospatiales, fonctions exécutives, attention, concentration, mémoire de travail, langage et orientation dans le temps et l'espace. Voir Julayanont P., Tangwongchai S., Hemrungroj S., Tunvirachaisakul, C., Phanthumchinda, K., Hongswat, J., Nasreddine, Z.S. (2015). *The Montreal Cognitive Assessment-Basic : A Screening Tool for Mild Cognitive Impairment in Illiterate and Low-Educated Elderly Adults*. *Journal of the American Geriatrics Society*. doi : 10.1111/jgs.13820.

4- En savoir plus : www.crpfa.fr

5- Loi n° 2015-1776 du 28 décembre 2015 relative à l'adaptation de la société au vieillissement

6- À lire aussi : *Pratique avancée infirmière : c'est parti!*, Jérôme Morisset, *Santé mentale, Hors série spécial formation 2018-2019, août 2018*.