

Les équipes mobiles extra-hospitalière de psychogériatrie : psychiatrie et/ou gériatrie ?

Pascal COUTURIER

D'après les communications de Bahman Moheb (Annecy), Laure Petit (Paris), Francois Vieban (Limoges)

La session consacrée aux différentes expériences de prise en charge des patients avec troubles psychiatriques ou troubles psycho-comportementaux par les équipes mobiles extrahospitalières a montré que leur développement est principalement lié à une carence de couverture de ces populations par la psychiatrie de secteur dans de nombreuses villes et en particuliers au sein des EHPAD. Cette réalité 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.

L'évaluation des besoins au sein des EHPAD a été notamment présentée par *Bahman Moheb* de l'équipe du CH d'Annecy. Dans le cadre d'une enquête préalable à l'intervention extra-hospitalière, afin de connaître la typologie des problèmes psychiatriques et les besoins des structures, 9 EHPAD du bassin Annecien sur 25 ont répondu à un questionnaire permettant de recenser 767 résidents. Quarante-vingt-six résidents présentent des troubles psychiatriques antérieurs à l'entrée en EHPAD (11,2%), 88 présentent des troubles psychiatriques récents (11,4%). On dénombre 242 résidents avec des troubles psycho-comportementaux liés à la démence (31,5%). D'une manière générale les troubles du comportement pour lesquels les EHPAD demandent l'intervention de l'équipe mobile de gériatrie sont les troubles dépressifs, les troubles anxieux, la déambulation, et les troubles des conduites sexuelles ou alimentaires. Les troubles du comportement pour lesquels les EHPAD souhaitent l'intervention d'une équipe psychiatrique sont la psychose délirante et le risque suicidaire. Parmi ces 416 résidents, seuls 8% étaient suivis par la filière psychiatrique, 24,6% étaient suivis par la filière gériatrique, principalement par l'équipe mobile de gériatrie. L'expérience de l'équipe retrouve pour plus de 20% de leurs interventions en EHPAD, le besoin d'une expertise psychiatrique et souhaite la voir se déployer dans le secteur psychiatrique.

Ce constat est partagé par l'EMGE de l'Hôpital Bretonneau. Le *Dr Laure Petit* dans sa communication a insisté sur le besoin clairement exprimé par les EHPAD (médecins coordonnateurs et médecins traitants) d'un recours à l'expertise psychiatrique. Sur un secteur recouvrant 19 EHPAD du territoire Nord, seuls un psychiatre libéral et un psychiatre hospitalier se déplacent et seul un Centre Médico Psychologique (CMP) est actif sur 13 secteurs de psychiatrie publique. Non seulement l'accès au soin psychiatrique est limité mais le constat a été fait de l'absence de formation des personnels et de la pauvreté des liens avec le milieu hospitalier tant psychogériatrique que psychiatrique. Ainsi, entre septembre 2008 et septembre 2011, 417 évaluations psychiatriques ont été réalisées avec pour motifs principaux les troubles du comportement perturbateurs (TCP) qui représentent 56% des motifs d'évaluation. L'expérience retrouve de nombreux diagnostics erronés dont 61% pour les TCP et 25% de dépression par excès. L'évolution sur 4 ans montre une augmentation des demandes de consultation pour les pathologies psychiatriques (psychoses, troubles de la personnalité) et une diminution du recours pour les TCP. Bien que difficile à évaluer, le nombre d'hospitalisations évitées est estimé à 20%. Le recours à l'hôpital de jour concerne 50% des patients et seuls 20% sont hospitalisés en hospitalisation complète.

Si ces deux expériences mettent en évidence le besoin en psychiatre sur le secteur des EHPAD, les besoins sont également importants à domicile. Bien que les expériences d'EMG soient encouragées par la circulaire de mars 2007 sur les filières gériatriques et le plan psychiatrie et santé mental, les expériences d'équipes mobiles de psychiatrie du sujet âgé sont encore peu nombreuses. L'expérience de Limoges, de ce point de vue, est très importante. *Francois Vieban de l'équipe du Pr JP Clément* a présenté l'expérience de l'EMESPA (Équipe Mobile d'Évaluation et de Suivi de la Personne Agée) du

*Auteur correspondant : Professeur Pascal Couturier, Clinique Universitaire de Médecine Gériatrique, Pôle pluridisciplinaire de Médecine, Hôpital Albert Michallon, 38043 Grenoble Cedex 09 ; France.
E-mail: UniMobGerontologie@chu-grenoble.fr*

CH Esquirol de Limoges qui intervient depuis 2008 auprès des personnes âgées de LIMOGES et des communes avoisinantes et depuis quelques mois dans l'ensemble des EHPAD de la Haute-Vienne. Elle réalise des missions d'évaluation et assure en EHPAD le suivi des résidents relevant du champ de compétence de la psychiatrie de la personne âgée (troubles de l'humeur et de l'adaptation, troubles délirants, maladies mentales vieillissantes, troubles démentiels comme la maladie d'Alzheimer dans leur expression psychologique, affective et comportementale). Depuis cette année, ce dispositif s'articule avec l'équipe mobile de gériatrie du CHU de Limoges et notamment l'unité de prévention, de suivi et d'analyse du vieillissement (UPSAV), qui intervient au domicile des patients depuis février 2010. En raison d'un fonctionnement indépendant et de moyens propres aux filières gériatriques et psychiatriques, il a été convenu d'un partenariat conventionné plutôt qu'une équipe mixte. Les demandes d'intervention réalisées auprès de l'une ou l'autre équipe, proviennent des médecins, des partenaires du réseau médico-social, de la famille ou des personnes elles-mêmes. Le partenariat gériatrie-psychiatrie s'exprime essentiellement dans les situations complexes qui justifient cette complémentarité. L'une des équipes sollicite l'intervention secondaire de l'autre ou elles interviennent simultanément. C'est le cas par exemple des fragilités multiples ou le maintien à domicile est menacé. La synthèse de l'intervention est réalisée individuellement puis discutée en réunion pluridisciplinaire pour une réponse unique sous la forme de préconisations thérapeutiques destinées au médecin traitant qui reste dépositaire de la prise en charge. Ce modèle de collaboration sur des situations complexes

contribue à la prévention des situations de crises et des "hospitalisations catastrophes".

Commentaires : cette session a montré que les chemins convergents vers une prise en charge concertée des patients âgés avec troubles psycho comportementaux. Psychiatre et gériatre apportent une approche complémentaire qui permet d'intégrer le patient âgé dans la meilleure filière de prise en charge. Celle-ci peut être psychiatrique ou gériatrique. Elle ne doit pas l'être par défaut et par l'absence notamment d'une filière de psychiatrie du sujet âgé comme c'est encore le cas dans beaucoup de territoires. Les patients âgés doivent pouvoir être pris en charge par des unités de psychiatrie intersectorielle à orientation psychogériatrique car le suivi fait partie intégrante des missions de la sectorisation psychiatrique. La gériatrie n'a pas les moyens de la psychiatrie pour assurer l'accompagnement de proximité notamment avec des CMP et des équipes de soins infirmiers psychiatriques dédiées au suivi. La médecine générale ne peut pas assurer le suivi psychothérapeutique de ces situations. La plupart des équipes mobiles de gériatrie assurent le suivi des pathologies démentielles et la gestion des troubles psycho comportementaux de la démence sans avoir recours à la psychiatrie. Elles disposent pour cela de l'appui des unités de psychogériatrie au sein des EHPAD et des différents dispositifs développés dans le cadre du plan Alzheimer. Cela n'est pas toujours le cas pour les malades psychiatriques vieillissants ou les conduites suicidaires. Le recours à la filière psychiatrique, reste donc un dossier d'actualité dans le contexte du développement des interfilières gériatriques et gérontologiques. ■