



# Retour d'expérience de l'Unité Mobile Psychiatrie du Sujet Agé

Présenté par le docteur Christine COGNARD

# Qui sommes nous ?



- Unité mobile
- Territoire: le Calvados
- Équipe pluriprofessionnelle

# Pourquoi



- Vieillessement de la population de Normandie et du Calvados en particulier

## Chiffres

## Espérance de vie avec ou sans incapacité

# Pourquoi



- Pathologies mentales du SA

Pathologies complexes

Rôles de représentations sociales sur la vieillesse

- Impact sur les attitudes par rapport aux troubles psychiques du SA
- Identification de facteurs de risque sociaux environnementaux qui augmentent les risques de troubles psychiques du SA

# Pourquoi ?



- Besoins en santé mentale des SA en augmentation
- Absence sur le territoire de proposition de soins psychiques spécifiques
- Apports des savoir- être et savoir-faire de la psychiatrie lors de la rencontre du SA

Quels sont nos objectifs ?



Améliorer le parcours de soins des SA

Favoriser le maintien à domicile

Sensibiliser aux spécificités de la prise en soins et améliorer la prévention

Renforcer la coordination et la coopération entre professionnels du réseau gérontologique

# Quels sont nos missions?



- **Axe 1**

Évaluation globale pluriprofessionnelle gerontopsychiatrique de tout sujet de 70 ans et plus souffrant d'un trouble psychique sur le lieu de vie ou en unité psychiatrique

- **Axe 2**

Sensibilisation, information , formation des différents acteurs du soin de santé mentale gériatrique

- **Axe 3**

Travail en et avec le réseau gérontologique

# Evolution en quelques chiffres



- Demandes d'évaluation gériatrosychiatrique en augmentation

<b>2020</b>	261
<b>2021</b>	334
<b>2022</b>	409

- En 2021 :
  - Dans 56 % cas médecin généraliste le demandeur
  - Dans 30% cas médecin coordinateur le demandeur
  - Sinon gériatres d'HDJ ou spécialistes divers



# Ou en sommes-nous?



- Lieux d'intervention :

<b>2020</b>	48 % EHPAD	41 % domicile	11 % unité psychiatrique
<b>2021</b>	52 % EHPAD	39 % domicile	9 % unité psychiatrique
<b>2022</b>	46% EHPAD	48 % domicile	6 % unité psychiatrique

- Kilométrage :

<b>2020</b>	17 055
<b>2021</b>	26 202
<b>2022</b>	34 996



## Quels constats?

- Augmentation du nombre de demandes d'évaluation, du nombre de médecins et d'EHPAD demandeurs
- Evolution rapide de l'UMPSA vers une évaluation comprenant l'accompagnement à court terme des préconisations

Temps de prise en soins plus long avec travail auprès de l'entourage familial et/ou professionnel

Augmentation du délai d'intervention (2 à 3 semaines pour une première VAD IDE/ 3 à 4 semaines VAD IDE Dr)

# Quels constats



- Mise en place d'un créneau prioritaire tous les 15 jours IDE Dr pour répondre à des demandes évaluées comme semi urgentes
- en intra EPSM proposition de RCP mensuelle pour échanger autour des situations complexes

# Quels constats



- Turn over du personnel en EHPAD aussi bien des soignants que des directions important/hétérogénéité des fonctionnements
- Soignants pas ou peu formés aussi bien en EHPAD qu'en accompagnement à domicile
- Demande de thérapeutiques médicamenteuses en cas de symptômes bruyants

# Quels constats



- Nécessité d'informer de sensibiliser et de former les équipes soignantes aux pathologies psychiatriques et neurodégénératives
- Intérêt de sensibiliser d'informer , de former et d'accompagner les équipes dans des approches thérapeutiques médicamenteuses et non médicamenteuses ciblées et non ciblées



# Focus sur le risque suicidaire du SA

## Pourquoi poser la question du risque suicidaire du SA

# Pourquoi poser la question du risque suicidaire du SA



## Le suicide en France

- Problème majeur de Santé Public
  - 8580 décès par an : 3/4 des hommes (INSERM 2016)
  - 220 000 tentatives de suicide : 2/3 des femmes
  - **Le suicide en France des plus de 65 ans correspond à 1/3 des décès par suicide\***
  - **Le suicide des 70 et plus : 1/4 des décès\*\***
- 3/4 des suicidés sont des hommes**

# Pourquoi poser la question du risque suicidaire du SA



- TS du SA beaucoup moins que sujets plus jeunes  
TS plus fréquente chez femme  
Taux de répétition plus faible que pour l'ensemble des suicidants
- **MAIS réduction du rapport « suicide/TS »**  
Taux de mortalité suite à une TS \*
- **A 65 ans 1 suicide /1 TS homme 1 suicide /3 TS femme**
- **TS toujours grave et de mauvais pronostic**
  - Risque de morbi-mortalité plus élevé
    - TS chez l'âge = « suicide avorté »



# Pourquoi poser la question du risque suicidaire du SA



- Diminution du nombre des modalités utilisées
- **Moyens particulièrement violents** (pendaison, arme à feu, défénéstration....)
- Fréquence moindre des IMV :
  - au profit de moyens plus violents
- **Radicalité du geste suicidaire :**
  - moyens plus violents mais aussi fragilité somatique
- Forte intentionnalité suicidaire
  - **préméditation et détermination chez le sujet âgé**

# Pourquoi poser la question du risque suicidaire du SA



- Lieux

2/3 au domicile

EHPAD 100 suicides par an

Défenestration/pendaison moyens les plus utilisés en institution

# Pourquoi poser la question du risque suicidaire du SA



- Taux de dépression 90 % \*
- Non linéaire
- individuelle
- Origine multifactorielle
- Notion de pertes cumulés
- Risque reste sous-estimé dans cette tranche d'âge
- SA ont plus de difficultés à évoquer leurs idées suicidaires ou l'expriment autrement



# Focus sur le risque suicidaire du SA

## Comment poser la question du risque suicidaire à un SA

# Comment poser la question du risque suicidaire à un SA

- En posant les questions suivantes
  - Comment est votre moral?
  - Avez-vous des idées négatives ?
  - Avez-vous des idées noires ou morbides?
  - Avez-vous des idées suicidaires ?
  - Avez-vous envisagé un scénario? si oui lequel?
  - Avez-vous envisagé un endroit et un moment pour le faire?
  - Avez-vous des facteurs protecteurs

# Comment assurer le relais



- Actions du soignant

## Sécurisation/transmissions

- Actions pluriprofessionnelles

## Surveillance/accompagnement non médicamenteux/adaptation traitement

- Importance d'une organisation à chaque structure afin que chaque soignant puisse savoir à qui transmettre information et quel protocole mettre en œuvre



# Focus sur les thérapies non médicamenteuses

Pourquoi les thérapies non médicamenteuses



Pourquoi les thérapeutiques non médicamenteuses

## **Limites de l'usage des thérapeutiques médicamenteuses**

Age

Polypathologies polymédications

Interactions entre traitement somatique et psychotrope

Posologie des psychotropes / recommandations

Effets délétères des traitements psychotropes

Indications et efficacités limitées des psychotropes

➤ Balance bénéfices risques se pose à chaque fois





## Pourquoi les thérapeutiques non médicamenteuses

- **Dépression** : Pathologie fréquente du SA

Taux de rémission complète sous AD 35 %

Taux de récurrence 22 %

Taux de chronicisation 29 %

Montre qu'axer uniquement les soins sur les traitements médicamenteux n'est pas possible

- **Les troubles psycho-comportementaux**
- **Les troubles délirants**



# Comment mettre en œuvre les thérapeutiques non médicamenteuses

Tout au long de l'accompagnement

# Tout au long de l'accompagnement



- Approche générale  
Face au résident  
Approche du soignant

# Tout au long de l'accompagnement



- Recueil des informations
- Prise en soin globale et pluriprofessionnelle
- Vigilance à maintenir le SA au centre de la prise en soins en collaboration avec l'entourage (accord SA)

# Tout au long de l'accompagnement



## ➤ Connaitre la personne

- Histoire de vie : histoire familiale, de couple , histoire de ses liens avec proches , de son caractère, de ses goûts, de son fonctionnement antérieur
- Connaitre les habitudes de vie : alimentaires , hydratation, sommeil
- Connaitre les centres d'intérêt antérieurs aussi largement que possible
- Connaitre le réseau social

# Tout au long de l'accompagnement



- Connaitre ses capacités motrices , sensorielles, cognitives,
- Connaitre son état somatique
- Evaluer la douleur
- Evaluer la thymie , le risque suicidaire

# Tout au long de l'accompagnement



- Compenser les handicaps moteurs , sensoriels, cognitifs , sociaux
- Accompagner l'autonomie physique , psychique et fonctionnelle
- Adapter l'alimentation , l'hydratation
- Soulager la douleur si besoin



## Tout au long de l'accompagnement

- Tenir compte de ces centres d'intérêts /de ses ressources/ de ses besoins/de son humeur
- Comprendre l'état psychique (évaluer)
- Analyser les symptômes psycho-comportementaux ( circonstances de survenue aussi précises que possible)
- Donner du sens



# Tout au long de l'accompagnement



- Mettre en avant et renforcer les aspects positifs d'une situation
  - Eviter les sous stimulations et les hyperstimulations
- Adapter son positionnement

# Comment mettre en œuvre les thérapeutiques non médicamenteuses



- Faire du lien entre la connaissance de la personne , les pathologies, les compensations mises en œuvre , les conséquences dans l'approche au quotidien et les symptômes .
- Partage régulier de toutes les informations et de leurs implications au quotidien
- Elaboration du projet personnalisé de prise en soins en équipe avec réévaluation en fonction de l'évolution



Merci de votre attention