

Équipes mobiles en psychiatrie de la personne âgée : innovation et synergie face à la complexité de la crise

Estelle Recorbet^{1,7}
Juliette Felician^{2,8}
Frédérique Codron^{3,9}
Zohra El-Atalati^{4,10}
Clarisse Ferreira^{1,7}
Elise Rebaud^{5,9}
Emmanuel Goncalves^{1,8}
Félicia Simeon de Buochberg^{6,9}

¹ Infirmier/ère

² Docteur junior

³ Assistante sociale

⁴ Cadre de santé

⁵ Psychologue

⁶ Psychiatre

⁷ Soins psychiatriques intersectoriels à domicile (SPID), 98 rue Boileau, 69006 Lyon, France

⁸ Équipe mobile de psychiatrie de la personne âgée (EMPsyPA), 98 rue Boileau, Lyon

⁹ Centre de guidance familiale en psychiatrie de la personne âgée (CGF), 98 rue Boileau, Lyon

¹⁰ Service transversal Z25, CH Le Vinatier, 98 rue Boileau, Lyon

Résumé. À l'hôpital du Vinatier dans le Rhône le pôle de psychiatrie de la personne âgée (PSYPA) soigne les personnes de plus de 65 ans. L'augmentation du nombre de situations complexes a conduit à créer de nouvelles lignes de soin. Les équipes du service transversal du pôle PSYPA interviennent à domicile : l'Équipe mobile en psychiatrie de la personne âgée (EMPsyPA) évalue la situation clinique et oriente le patient. Le service de soins psychiatriques intersectoriels à domicile (SPID) assure des soins individuels intensifs de courte durée. Le Centre de guidance familiale (CGF) propose un soin groupal familial, pour soulager la souffrance psychique familiale. Certaines situations les amènent à travailler en synergie, chaque facette de la crise étant prise en compte. À partir d'une situation clinique partagée, nous illustrerons nos pratiques et ouvrirons la discussion sur l'intérêt d'un travail collaboratif dans les situations de crise individuelle impactant l'équilibre familial.

Mots-clés : équipes mobiles, personne âgée, psychogériatrie, soins à domicile, famille, partenariat

Abstract. Mobile teams in the psychiatry of older adults. Innovation and synergy in the face of the complexity of the crisis. At the Vinatier Hospital in the Rhône, the Elderly Psychiatry Unit (PSYPA) cares for people over the age of sixty-five. The increase in the number of complex situations has led to the creation of new care lines. The teams of the transversal service of the PSYPA unit intervene at home, while the mobile team in Elderly Psychiatry (EMPsyPA) evaluates the clinical situation and refers the patient. The Intersectoral Home Psychiatric Care Service (SPID) provides short-term intensive individual care. The Family Guidance Center (CGF) offers family group care to relieve family psychic suffering. Some situations lead them to work in synergy, taking each facet of the crisis into account. Based on a shared clinical situation, we will illustrate our practices and open up the discussion on the value of a collaborative effort in individual crisis situations that impact the family balance.

Keywords: mobile teams, older adults, psychogeriatrics, home care, family, partnership

Resumen. Equipos psiquiátricos móviles para personas mayores. Innovación y sinergia frente a crisis complejas. En el Hospital Vinatier del departamento del Ródano, la Unidad de Psiquiatría de la Tercera Edad (PSYPA) atiende a personas mayores de 65 años. El aumento del número de situaciones complejas ha llevado a la creación de nuevas líneas de atención. Los equipos transversales de la división PSYPA trabajan en el domicilio: el Equipo Móvil de Psiquiatría de Ancianos (EMPsyPA) evalúa la situación clínica y orienta al paciente. El Servicio Intersectorial de Atención Psiquiátrica a Domicilio (SPID) proporciona atención individual intensiva de corta duración. El Centro de Orientación Familiar (CGF) ofrece atención familiar en grupo para aliviar el sufrimiento psicológico familiar. En determinadas situaciones, trabajan en sinergia, teniendo en cuenta cada faceta de la crisis. A partir de una situación clínica compartida, explicaremos nuestras prácticas y abriremos el debate sobre el valor del trabajo colaborativo en situaciones de crisis individual que afectan al equilibrio familiar.

Palabras claves: equipos móviles, personas mayores, psicogeriatría, atención domiciliaria, familia, colaboración

* Ce travail a été présenté au 8^e congrès des Équipes mobiles en psychiatrie, au cours de l'atelier « Personnes âgées » le 23 septembre 2022.

Correspondance : F. Simeon de Buochberg
<felicia.simeon@ch-le-vinatier.fr>

La multiplication des crises et des situations complexes dans le champ de la psychiatrie de la personne âgée (PPA) a conduit à innover et à créer de nouvelles lignes de soin adaptées aux besoins de la population et répondant au contexte institutionnel [1-11].

Nos équipes font partie du pôle de PPA du centre hospitalier Le Vinatier. Nous intervenons auprès d'une population d'environ 140 000 habitants âgés de plus de 65 ans, résidant sur le territoire desservi par l'hôpital du Vinatier [12]. Le département du Rhône compte plus de 410 000 personnes âgées de plus de 60 ans [12]. Le pôle comporte un service d'hospitalisation temps plein, un service ambulatoire, et un service transversal dans lequel nous travaillons.

L'Équipe mobile en psychiatrie de la personne âgée (EMPsyPA) et le Service de soins psychiatriques intersectoriels à domicile (SPID) proposent des soins individuels, tandis que le Centre de guidance familiale (CGF) assure des soins familiaux. Les trois dispositifs s'adressent aux personnes de plus de 65 ans, se déplacent à domicile et travaillent en réseau.

Chaque équipe intervient indépendamment, selon sa temporalité propre. Certaines situations de crise les amènent à travailler en synergie, ainsi chaque facette de la crise est prise en compte.

L'EMPsyPA évalue la situation clinique

Elle oriente le patient vers des dispositifs adaptés et optimise la trajectoire de soins. Elle prodigue également un conseil thérapeutique, en lien avec le médecin traitant [13].

Le SPID propose des soins intensifs de courte durée

Il intervient dans un contexte de crise, visant le rétablissement, l'acceptabilité du soin et limitant le retard des soins et le recours à l'hospitalisation complète [14].

Le CGF propose un soin groupal familial

Sa mission est de soulager la souffrance psychique familiale engendrée par la perte d'autonomie liée à une maladie d'un parent âgé, que celle-ci soit d'origine somatique, psychique et/ou cognitive.

En nous appuyant sur une situation clinique partagée, nous proposons d'illustrer nos pratiques et d'ouvrir la discussion sur l'intérêt d'un travail collaboratif quand les situations de crise individuelle impactent l'équilibre familial [15, 16]

Une intervention multi-équipes face à la complexité de la crise

Nous avons fait le choix de cette situation en raison de sa complexité et de ce qu'elle a conduit à la participation

de plusieurs équipes mobiles, avec une intensité particulière de l'investissement.

Origine de la demande

La demande arrive au Centre de guidance familiale en décembre 2020, adressée par l'Équipe mobile gériatrique (EMG) d'un hôpital lyonnais, elle-même sollicitée par le médecin traitant. La personne concernée est un homme de 95 ans, Albert, marié, père de 7 enfants. Il vit à Lyon, dans un appartement au 7^e étage d'un immeuble, avec son épouse avec laquelle il est marié depuis 70 ans.

Les préoccupations de l'EMG au moment de leur visite à domicile sont multiples. Albert a un risque très important de chutes, il est en perte d'autonomie et des troubles cognitifs commencent à apparaître. Il développe des idées de préjudice et une jalousie pathologique. L'ensemble de ces symptômes fragilise le couple et l'équilibre familial.

L'EMG est en difficulté pour aller plus avant dans l'évaluation de l'état de santé général d'Albert car une grande souffrance familiale vient complexifier le tableau clinique.

Une première articulation est faite par l'EMG vers le CGF, avec l'hypothèse suivante : aborder dans un premier temps la souffrance familiale permettrait que l'EMG puisse évaluer plus précisément l'état de santé d'Albert.

L'EMG contacte le couple et 4 des 7 enfants et leur propose de rencontrer l'équipe de guidance familiale dans un premier rendez-vous commun. Tous donnent leur accord.

Intervention du Centre de guidance familiale

Un binôme de professionnels du CGF se rend à domicile pour une visite conjointe avec le médecin de l'EMG. La proposition est faite à Albert et sa famille de commencer un travail de guidance au cours d'entretiens mensuels d'une heure. Quatre entretiens ont lieu de février à juin 2021, permettant de mettre en évidence plusieurs éléments-clés.

Une histoire familiale complexe

Le père d'Albert est décédé lorsqu'il était très jeune et sa mère a été longtemps hospitalisée à l'hôpital psychiatrique, où elle est décédée. Il aurait donc rapidement pris la place de chef de famille. Albert et son épouse ont connu plusieurs événements de vie traumatiques : décès d'une fille en bas âge, décès d'un fils par suicide, rupture de liens avec une de leurs filles. La famille est également marquée par des pathologies lourdes : dans la fratrie, plusieurs cas de cancers sont en cours de traitement, plusieurs tentatives de suicide ont eu lieu, une des filles souffre d'une pathologie psychiatrique.

La souffrance familiale est importante

Elle se manifeste par un climat tendu, un niveau sonore élevé, des éclats de voix, des pleurs fréquents, une inquiétude des professionnels du CGF sur la possibilité d'un passage à l'acte agressif des uns sur les autres (passage à l'acte d'Albert avec sa canne sur son épouse, d'un des fils sur Albert). La famille s'exprime davantage par une mise en actes plutôt que par une mise en mots. La dynamique familiale est marquée par une dimension abandonnique massive. Les prises de parole sont enchevêtrées, chacun empiète sur ce que l'autre est en train de dire, activant ainsi l'agressivité verbale et augmentant le niveau d'angoisse. Une des filles du couple verbalise au cours d'un entretien familial des idées suicidaires, ce qui nous amène à nous décentrer de nos missions principales dans le cadre du CGF pour la soutenir et l'aider à accéder à un lien spécifique avec le Centre de prévention du suicide (CPS).

L'état individuel d'Albert impacte les entretiens familiaux

La famille rapporte une rigidification de traits de personnalité anciens, un comportement autoritaire et jaloux. Depuis sa dernière hospitalisation pour chute, Albert se montrerait méfiant, agressif verbalement et physiquement vis-à-vis de son épouse, envers laquelle, selon ses proches, il développe des idées délirantes de jalousie.

L'équipe de guidance fait l'hypothèse d'une dépression hostile qui n'est pas traitée pour l'instant. Dans ce contexte, il apparaît indispensable d'associer aux interventions de guidance familiale d'autres approches soignantes.

Une évaluation psychiatrique individuelle d'Albert est nécessaire : l'équipe de guidance familiale fait appel à l'EMPsyPA.

Intervention de l'EMPsyPA

L'EMPsyPA intervient en binôme médico-infirmier. L'objectif est de réaliser une évaluation de l'état psychique d'Albert afin de l'orienter au mieux. Cette intervention permet de mettre en évidence un délire interprétatif de jalousie et de spoliation envers son épouse, qui évolue depuis environ 2 ans. L'agressivité verbale est en augmentation avec l'apparition de gestes hétéro-agressifs. Albert présente également une perte d'autonomie, des troubles cognitifs (mémoire, langage, alexithymie), une baisse des activités et une tendance à solliciter son épouse de manière répétitive et inadaptée. Au total, l'EMPsyPA conclut à un syndrome dépressif sévère avec propos mortifères, menaces suicidaires, perte de l'élan vital, anhédonie, aboulie, troubles du sommeil et dévalorisation.

Cela conduit à réaliser des examens complémentaires et à coordonner la mise en place d'un passage d'infirmiers libéraux à domicile. Puis l'EMPsyPA transmet au médecin généraliste ses recommandations

thérapeutiques et oriente Albert sur une prise en charge psychiatrique intensive à domicile avec l'équipe du SPID. En effet, au regard de l'intensité des symptômes psychiatriques et de la dimension critique de la situation, des soins ambulatoires au centre médico-psychologique (CMP) ne sont pas d'emblée adaptés. L'EMPsyPA évalue aussi le rapport bénéfice/risque d'une hospitalisation à temps plein. Le risque de syndrome de glissement apparaît majeur, de même que la possibilité d'une réactivation du souvenir traumatique de la mort de la mère d'Albert à l'hôpital psychiatrique. L'orientation vers l'équipe du SPID permet un suivi intensif à domicile.

Intervention du SPID

C'est la troisième équipe de PPA à intervenir au domicile, donc le premier objectif est de permettre à Albert et sa famille d'identifier ces nouveaux interlocuteurs. Il faut dans un premier temps expliquer le dispositif et les missions du SPID afin d'être différenciés des autres équipes, puis définir ensemble les objectifs de soins.

L'équipe du SPID perçoit qu'Albert identifie bien l'hôpital du Vinatier, là où sa mère est décédée et le premier accueil est tendu. Il semble craindre que cette intervention n'aboutisse à une hospitalisation.

Durant la première rencontre, Albert se montre agressif verbalement auprès de son épouse. Il a des troubles auditifs et y fait souvent référence, mais il semble qu'il tente ainsi de masquer ses troubles cognitifs.

Le binôme du SPID propose des entretiens d'abord avec le couple, puis avec lui seul. Albert est en difficulté pour parler du présent et préfère répondre au passé en évoquant ce qui a constitué sa fierté : employé exemplaire, il a subvenu aux besoins de toute sa famille, père exemplaire, il a entièrement aménagé l'appartement familial. Son épouse est épuisée et excédée. Elle évoque un quotidien en crise et exprime aussi bien de la peur et du rejet qu'un attachement fort à son mari.

L'équipe du SPID travaille en lien avec les professionnels déjà impliqués dans la situation : infirmiers libéraux, intervenants à domicile, laboratoire d'analyses médicales. Parallèlement, il s'agit de chercher des alternatives possibles à une hospitalisation à l'hôpital psychiatrique : des contacts sont pris avec les unités cognitivo-comportementales (UCC) de Lyon.

Des symptômes physiques viennent s'imbriquer dans cette crise psychique. C'est une des filles, porte-parole de sa mère épuisée, qui appelle en urgence et rapporte de potentiels effets secondaires du traitement antidépresseur mis en route. Néanmoins, le traitement médicamenteux est suivi et permet une première amélioration symptomatique en diminuant l'insomnie.

Trois interventions du SPID ont pu être réalisées. Avant la quatrième intervention, Albert fait un passage à l'acte auto- et hétéro-agressif sur la personne de son épouse, qui nécessite une hospitalisation sans son consentement en psychiatrie. Si cette hospitalisation

est apparue indispensable à un moment donné, elle a été travaillée en amont avec le service de soins infirmiers à domicile (SSIAD) et la famille, un des enfants acceptant alors de signer la demande d'hospitalisation.

Durant les 3 mois d'hospitalisation, des modifications thérapeutiques ont pu avoir lieu, permettant une amélioration symptomatique. Albert a pu de manière surprenante assez bien s'adapter au quotidien de l'unité d'hospitalisation et accepter les soins.

Lors de l'hospitalisation, les équipes mobiles déjà impliquées dans la situation sont restées en lien avec l'équipe du service intra-hospitalier et ont pu suivre l'évolution de son état de santé. Cela a aussi permis que l'équipe du SPID soit interpellée pour une nouvelle intervention peu après le retour à domicile. Quelques jours après cette intervention à domicile, Albert chute et est hospitalisé dans un service de gériatrie.

Les liens avec la famille se poursuivent par téléphone pour prendre des nouvelles. La famille décrit que, malgré son opposition initiale à toute hospitalisation, Albert s'est plutôt bien adapté au rythme de l'hospitalisation, à la structure, au collectif.

Lors de cette deuxième hospitalisation en gériatrie, la famille aboutit à un consensus pour travailler un projet de lieu de vie.

Un dernier entretien avec l'équipe du SPID a lieu dans l'objectif de terminer la prise en charge. Albert est alors hospitalisé en service de soins et de réadaptation (SSR), dans l'attente d'une place en établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (Ehpad). Cette dernière rencontre a lieu dans un climat assez serein, Albert apparaît plutôt détendu, appréciant les soins et les visites régulières de sa famille.

Synergie des équipes face à la complexité de la crise

Il semble important de souligner les nombreux contacts entre les professionnels qui ont lieu au cours de cette prise en charge. Les trois équipes ont travaillé ensemble au cours de réunions d'articulation et de visites conjointes (CGF et EMG, EMPSyPA et SPID). Des liens téléphoniques réguliers ont été faits, avec la famille et avec les professionnels intervenant à domicile.

Cette frise chronologique (figure 1) illustre l'organisation de nos différentes interventions et les liens entre les différentes équipes. Elle souligne aussi la place du médecin généraliste qui est à l'origine de la mobilisation de ce dispositif. Elle permet aussi de repérer les temps passés à domicile et à l'hôpital. Albert est resté majoritairement à domicile sur le temps de cette prise en charge.

L'évolution vers son décès au SSR dans les suites probables de complications du Covid-19 a été inéluctable, mais ce décès est survenu après un apaisement de la crise.

La synergie des 3 équipes a eu des effets importants sur le patient, sa famille et les professionnels. Ces équipes ont pu porter la situation là où la famille s'en est trouvée empêchée. Les interventions ont contribué à proposer à la famille, très en difficulté dans la mise en mots, une modalité de communication intrafamiliale et avec les professionnels, sur laquelle elle a pu s'appuyer. Cela a eu pour effet de contribuer à apaiser les tensions et a permis aussi de proposer à chaque membre de la famille des soins spécifiques adaptés à la situation de chacun. Les interventions ont favorisé l'accès aux soins pour plusieurs des membres de la famille.

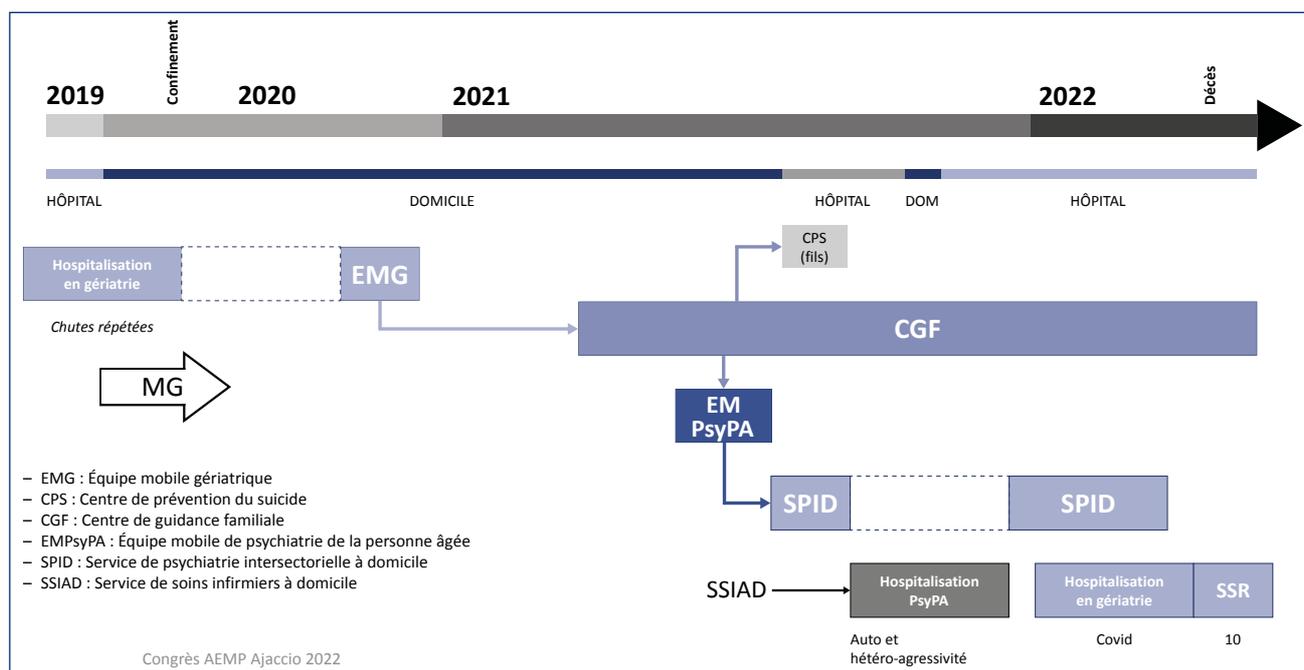


Figure 1. Frise chronologique des interventions à domicile

Le travail sur l'alliance thérapeutique a été facilité par la valence « domicile » des interventions. En effet, Albert, malgré l'hostilité qu'il a montrée au début des visites, a semblé assez fier que des soignants viennent le rencontrer à son domicile, avec l'ensemble de sa famille.

Il semble également que cette synergie mise en œuvre autour d'Albert et de sa famille a permis aux professionnels de mieux comprendre et de mieux appréhender cette situation difficile. Il a été ainsi plus facile d'intervenir et de faire des propositions adaptées aux besoins du patient et de sa famille. Enfin, cette situation critique portait en elle une dimension abandonnique majeure, et le travail conjoint réalisé a contribué à limiter le risque de rejet par les professionnels d'une situation complexe.

En conclusion

Les équipes ont fait le choix de présenter cette situation en raison de sa complexité d'une part sur le plan des soins individuels et d'autre part sur le plan familial. Les tensions intrafamiliales témoignaient d'un risque de passage à l'acte, mettant en danger l'ensemble des membres de la famille.

Cette famille a semblé démunie tant sur le plan de la communication que de l'expression des affects. Toutefois, il est important de noter que la famille a eu la compétence [17] de susciter l'attention des professionnels.

La complexité de cette situation a nécessité un investissement important en termes de temps, d'intensité des prises en charge et de coordination entre les trois équipes, chacune ayant des objectifs et des missions spécifiques.

Cette modalité d'intervention en synergie a convergé vers une dimension préventive d'une potentielle répétition traumatique de l'histoire familiale et a contribué à l'instauration d'un climat d'apaisement, tant pour le patient que pour l'ensemble de la famille.

Liens d'intérêts les auteurs déclarent ne pas avoir de lien d'intérêts en rapport avec cet article.

Références

1. Bon A, Canal A, Hanon C. La visite à domicile : quel est le partenaire de soin ? *Inf Psychiatr* 2018 ; 94 (2) : 137-41.
2. Diss MC. Psycho-gériatrie : l'hôpital se fait mobile pour des soins adaptés. *Infirm Mag* 2019 ; 407 : 30-1.
3. Fernandez C. Interventions aux urgences d'une équipe mobile de gériatrie et articulation avec un suivi psychologique en gériatrie aiguë lors de la première vague de Covid-19. *Npg* 2021 ; 21 (125) : 313-7.
4. Gakou S, Perez M. L'exercice infirmier en équipe mobile de psychiatrie du sujet âgé. *Soins Psychiatr* 2019 ; 40 (322) : 35-8.
5. Laferrère A. Ageing in place / Vieillir chez soi : apport des expériences étrangères et des comparaisons internationales. *Gérontologie Société* 2021 ; 43 (165-2) : 11-30.
6. Merveille H, Bricaud M. Activité ambulatoire en psychiatrie de la personne âgée. *Soins Gerontol* 2022 ; 156 : 34-6.
7. Nkodo JA, Dubnitskiy-Robin S, Debacq C, Desmidt T, Mennecart M, Camus V, et al. Place du psychiatre de la personne âgée au sein d'une équipe mobile de gériatrie extrahospitalière : l'exemple tourangeau. *Geriatr Psychol Neuropsychiatr Vieil* 2020 ; 18 (2) : 223-31.
8. Piguet C, Droz-Mendelzweig M, Bedin MG. Vivre et vieillir à domicile, entre risques vitaux et menaces existentielles. *Gérontologie Société* 2017 ; 39 (152-1) : 93-106.
9. Servant C, Soulié B, Philippe A, Gandon T. Vécu des aidants de personnes âgées dépendantes prises en charge par des dispositifs de coordination du maintien à domicile. *Rev Geriatr* 2021 ; 46 (7) : 423-9.
10. Te S, Sczepanek D, Picou Y, Schonheit C, Golmard JL, Thébault JL, et al. Nouveau programme collaboratif et participatif de lutte contre la dénutrition chez le sujet âgé en ville au sortir d'une hospitalisation. *Geriatr Psychol Neuropsychiatr Vieil* 2020 ; 18 (4) : 405-417.
11. Troalen M. Les haltes répit-détente Alzheimer. *Soins aides soignantes* 2017 ; (79) : 19-20.
12. Insee. Recensement population 2019 [Internet]. 2019. Disponible sur : <https://www.insee.fr/fr/statistiques/2011101?geo=DEP-69>. (consulté le 01 septembre 2022).
13. Gakou S, Perez M, Chermak O. Une équipe mobile de psychiatrie du sujet âgé au temps de la pandémie : situations cliniques et ressenti des soignantes. *NPG Neurol - Psychiatr - Gériatrie* 2022 ; 22 (131) : 297-301.
14. Noel H, Podlipski PL et al. Le Dispositif Ambulatoire de Crise (DAC) : une alternative à l'hospitalisation dans le contexte épidémique à destination d'une population âgée vulnérable. <http://www.ch-le-vinatier.fr/le-vinatier/e-mag/le-dispositif-ambulatoire-de-crise-dac-une-alternative-a-l-hospitalisation-dans-le-contexte-epidemique-a-destination-dune-population-agee-vulnérable-2733.html> (consulté le 01 septembre 2022).
15. Herrmann M, Stefan G, Lucas-Navarro M, Rebaud E, Dorey JM. Particularités des psychothérapies de la personne âgée. *EMC Psychiatr* 2021 ; 37-540-C-50.
16. Fredouille J. Guidance familiale géronto-psychiatrique. *Santé Ment* 2012 ; 171 : 50-5.
17. Ausloos G. La compétence des familles. Temps, chaos, processus. Toulouse : Érès, 2019.