



VADemecum >>

Guide du soignant en équipe mobile de psychiatrie du sujet âgé >>

Version 1.0
Mai 2023

Sommaire

Edito et remerciements

1.	Introduction : un VADemecum, pour quoi faire ?	P.4
2.	Entretien infirmier en équipe mobile	P.5
	Focus sur la communication thérapeutique	P.7
3.	Les situations cliniques fréquentes	
	A. Dépression	P.9
	B. Anxiété	P.11
	C. Crise suicidaire	P.12
	D. Symptômes psychocomportementaux dans les maladies neurocognitives	P.15
	E. Idées délirantes	P.18
	F. Addictions à l'alcool et aux benzodiazépines	P.20
4.	Le rôle de la psychologue en équipe mobile	P.24
5.	Le rôle de l'ergothérapeute en équipe mobile	P.27
6.	Le rôle du psychomotricien en équipe mobile	P.28
7.	L'accompagnement des aidants	P.29
8.	Les grands principes de prescription des psychotropes	P.31
9.	Les échelles d'évaluation spécifiques à la population âgée	P.32
10.	Repères médico-juridiques	
	A. Soins psychiatriques sans consentement	P.34
11.	Ethique de l'intervention à domicile	P.36
	A. Le secret professionnel	P.37
	B. Le consentement	P.38
12.	Lexique des EMPSA	P.41
	Notes personnelles	P.42

Edito et remerciements

Ce guide est le fruit d'une réflexion d'équipe et d'un travail collectif, à l'initiative de l'équipe mobile de psychiatrie du sujet âgé 92 sud (EMPSA 92 sud) de l'hôpital Corentin-Celton, Issy-les-Moulineaux. En effet, à la suite d'un appel à projet de l'APHP en juin 2022, après des échanges en équipe, intenses et fructueux, nous avons déposé ce projet et avons été sélectionnés !

En septembre 2022, au congrès de l'Association des équipes mobiles en Psychiatrie (AEMP) à Ajaccio, nous avons présenté un poster intitulé « VADemecum : guide soignant pour les équipes mobiles de psychiatrie du sujet âgé » et nous avons gagné le prix du meilleur poster. Encore un signe qu'il fallait avancer et réussir ensemble...En février 2023, nous avons finalisé cette version V1 .0 du guide, et avons officialisé sa diffusion en ligne, comme prévu dans l'esprit de notre projet : « Accessibilité, disponibilité, évolutivité et gratuité ».

Merci à tous les contributeurs, passés et à venir et bonne lecture à tous !

Dr Cécile HANON

Médecin responsable de l'EMPSA 92 Sud

Ont contribué à la rédaction et à la relecture de ce guide :

- Cécile HANON ; Pierre LAVAUD, Emmanuel LELEU, Rachel PASCAL de RAYKEER, Margaux CHENE, Jocya LAPORAL, Alexis TARRADA, Fatiha CHAKIR, Magali GIL, Alain TESSIER (EMPSA 92 Sud)
- Aurélie COLLET, Joëlle KUNTZMANN, Alice STIER (EMPPA Sud 77)
- Béatrice JOUGLA, Maxime PACE, Agnès GRAVAND (EMPSA Paris 5-6-7)
- Pedro SANTOS SERRA (EMGP Camille Claudel, 93)
- Nour MAHFOUZ et Lucie CREPU (ULPG CASVP)
- Remerciements également à Inès MORE, chargée de mission ARS IdF et Christine CONAN, Responsable communication AP-HP



1 || Introduction : un VADemecum, pour quoi faire ?

Le développement des soins en équipe mobile en psychiatrie de la personne âgée est relativement récent et s'est imposé du fait d'une réalité démographique -le vieillissement de la population- et d'une nécessité de terrain : une personne âgée qui souffre est moins encline à exprimer une demande de soins et souvent, elle peut être limitée dans ses déplacements par un handicap, moteur ou cognitif.

La mobilité s'impose alors comme une alternative aux soins hospitaliers en ce qui concerne les troubles rencontrés en psychiatrie de la personne âgée, tels que les troubles de l'humeur, les troubles anxieux, les troubles psychotiques, les troubles psycho-comportementaux émaillant les maladies neurocognitives.

La pratique clinique auprès des personnes âgées et en mobilité conjugue plusieurs complexités, c'est pourquoi ce guide a été conçu : pour aider, accompagner et donner des pistes de réflexion à tout soignant qui intervient dans ce cadre thérapeutique.

Selon les territoires et les équipes, les interventions se déroulent au domicile ou en institution (EHPAD, résidence autonomie, foyers). La durée de suivi est hétérogène d'une équipe à l'autre, certaines prodiguant des évaluations ponctuelles, d'autres des soins au long cours. Certaines équipes travaillent de façon conjointe avec des gériatres, d'autres moins.

Et c'est bien parce que les équipes ont des modalités de fonctionnement et d'approche diverses, ainsi que des offres et dispositifs de soins spécifiques, que nous avons laissé une partie vierge, annotable et modifiable par chacun. Nous avons imaginé ce guide comme un guide de poche, que l'on peut avoir avec soi, dans une boîte à gants de voiture, ou à disposition sur un smartphone.

Les soins en mobilité : l'aller vers



Aller à domicile signifie rentrer « chez la personne », et le « chez-soi » est l'espace de l'intime par excellence, le marqueur d'une histoire de vie, constitutif de l'identité de la personne. Y intervenir dans le contexte délicat de la maladie, qui plus est psychique, impose de ne pas transgresser un ordre établi, d'adopter une position retenue, discrète et cependant adaptée au contexte de l'intervention.

Le domicile relève de la sphère privée garantie par l'article 8 de la Convention européenne des droits de l'Homme¹. L'intervention professionnelle dans ce cadre relève donc d'approches spécifiques, soucieuses d'un environnement humain et social qui doit être respecté, elle doit se faire avec justesse et retenue.

¹ Convention de sauvegarde des Droits de l'Homme et des Libertés fondamentales, Conseil de l'Europe, Rome, 4.XI.1950



2 || Entretien infirmier en équipe mobile

« L'entretien IDE est une situation de communication spécifique au cours de laquelle il y a une interaction entre deux personnes : l'infirmier et le patient qui s'adressent mutuellement et volontairement la parole et qui ont un objectif et un intérêt commun » (Marilyne DABRION, cadre de santé et sociologue) :

Buts de l'entretien infirmier

- **Amorcer un lien thérapeutique**
- **Evaluer l'état psychique et physique du patient**

L'entretien d'évaluation infirmier est conduit en solo, en duo ou en présence d'une tierce personne, selon le souhait du patient.

Types d'entretiens infirmiers

- **Entretien directif** : se fait via un questionnaire organisé et préparé, avec des thèmes et questions précises, voire fermées. Il induit des réponses courtes.
- **Entretien semi-directif** : part d'un thème, d'une idée, d'un questionnement, d'une hypothèse et de questions posées par l'infirmière. Il mobilise des questions fermées et ouvertes.

L'entretien se déroulant au domicile, il faut prendre en compte du vécu d'intrusion que peuvent ressentir certains patients.

Préparation de la visite

Après réception de la demande faite par un partenaire territorial de l'EMPSA (médecin traitant, médecin coordonnateur, IDEC, psychologue, partenaires sociaux, équipe mobile gériatrique mandataire judiciaire etc...), l'infirmier débute sa prise en charge.

Avant de planifier une VAD, il est nécessaire de rassembler un maximum d'information auprès du patient, de son entourage et par l'intermédiaire de son médecin traitant. En EHPAD, comme tous les dossiers sont informatisés, la transmission du dossier de liaison d'urgence (DLU) facilite la tâche.

Après du médecin demandeur, les informations nécessaires à obtenir sont :

- Les antécédents médicaux, chirurgicaux et psychiatriques
- Le traitement en cours (médicaments psychotropes et autres)
- Les derniers comptes-rendus d'hospitalisation (tous services confondus)
- Les bilans neuropsychologiques ou MMSE s'il y en a, le degré d'autonomie
- Le mode de vie, les habitus, les proches

Un entretien téléphonique est réalisé avec la personne concernée, durant lequel un lien et une alliance sont initiés. Sont abordés le rôle de l'équipe, le pourquoi et le comment de la future VAD, et en fonction du contexte : la biographie, les événements de vie, l'histoire récente qui a conduit à la demande d'évaluation par l'EMPSA. Le reste peut se faire au moment de la première rencontre.

Parfois, il est important de s'entretenir avec l'entourage qui permet un apport d'information complémentaire, notamment sur le statut cognitif et les relations intrafamiliales.

Avant la VAD :

- **Prévenir la personne, son entourage de la date et de l'horaire de la visite.** Si la VAD est prévue en EHPAD, prévenir l'établissement qui transmettra ensuite l'information au résident et/ou à ses proches
- **S'enquérir des informations pratiques** (modalités d'accès au domicile, digicode, présence d'animaux domestiques, présence de nuisibles, etc.)

Pendant l'entretien

- **Se présenter** et présenter l'institution pour laquelle on travaille
- **Expliquer la raison de notre venue.** Si nécessaire ne pas hésiter à montrer un badge professionnel ou une carte de visite
- **Rappeler le caractère confidentiel** de la démarche
- Demander avec l'accord de la personne **l'endroit où s'installer** pour mener à bien l'entretien
- Trouver une chaise, un coin de lit ou rester debout lorsque le logement est encombré. Ouvrir les fenêtres ou les volets si la personne est recluse dans le noir... Le but est que tout le monde soit « à l'aise » et « confortable »
- **S'adapter** à la position allongée du patient, à des déambulations, à une éventuelle hypoacousie ou malvoyance et bien sûr à des troubles cognitifs ou psychiatriques

L'entretien se déroule avec empathie, congruence, disponibilité, pour établir un climat de confiance.

- **Chercher le contact visuel**, avoir des expressions faciales apaisées mais suffisamment explicites pour limiter les réactions de stress ou de surprise.
- **Parler lentement, distinctement**, à voix suffisamment haute sans crier
- **Recueillir l'anamnèse, la symptomatologie**
- **Observer les troubles du comportement** (acte auto ou hétéro agressif), l'adhésion afin d'adapter par la suite la proposition de soins. La communication non verbale est aussi importante que la communication verbale

Recueil d'informations

L'évaluation du patient se fait de plusieurs façons : par la situation rapportée, par l'observation de l'environnement, par l'analyse du discours, par l'utilisation d'échelles mais aussi en tenant compte des ressources autour du patient (aidants naturels, aide à domicile...)

- En présence d'un trouble de l'humeur, **évaluer le syndrome dépressif** et le risque suicidaire ; tout d'abord par l'entretien clinique et éventuellement à l'aide d'échelles comme la GDS 15 ou 30 et/ou le RUD-Risque Urgence Dangersité²
- En présence de troubles cognitifs, faire en sorte de préserver les repères, ne pas mettre en échec en posant des questions trop difficiles, ne pas infantiliser, ne pas parler à la troisième personne. **Evaluer l'atteinte cognitive en utilisant l'échelle MOCA quand cela est possible**

Clôture de l'entretien

- **Terminer l'entretien en expliquant ce que l'on va faire, si et quand on va revenir**, avec qui, laisser une carte avec un nom, un numéro/mail de contact, écrire éventuellement un mot dans un cahier de transmission s'il existe des soins à domicile déjà en place
- **S'entretenir avec les proches / avec l'équipe soignante**
- En EHPAD, il est important de rencontrer les équipes afin de transmettre ce qui s'est dit et ce qui est planifié comme suite (accès direct aux logiciels des dossiers informatisés, courriers etc...)

Le travail en mobilité perd en efficacité et en impact si ce qui s'observe, se dit et se fait n'est pas transmis, et ce toujours dans le respect du secret professionnel partagé.

Focus sur la communication thérapeutique

L'homme est un être social, la communication permet de réguler les relations entre individus et de maintenir la cohésion du groupe. Le mot communication vient du latin « communare », ce qui signifie être en lien. La communication revêt plusieurs aspects :

- Exprimer des émotions (aspect affectif)
- Transmettre une info, un message... un émetteur et un récepteur échangent (aspect cognitif et informationnel)

Historiquement, la communication était comportementale, puis elle est devenue verbale avec l'apparition du langage (homo erectus, 2 millions d'années). Aujourd'hui, 55% de notre communication est non-verbale (posture, distance, expression faciale, gestuelle), 22% est paraverbale (ton, nuances, intensité de la voix) et 13% est verbale.

La **communication thérapeutique** est essentielle dans la construction de la relation soignant-soigné. Elle permet une bonne compréhension du patient, des événements inhérents à sa prise en charge et aux soins. Elle facilite la relation de confiance.

² Cf chapitres « Dépression » et « Crise suicidaire »

La communication thérapeutique fait appel à :

- L'analyse et l'utilisation de plusieurs types de langages : verbal, non verbal et paraverbal
- L'écoute active et l'empathie
- La reformulation
- La capacité à remplacer des mots négatifs par des mots et /ou expressions positives

Expression à éviter	Expression suggérée
<i>N'ayez pas peur</i>	<i>Soyez rassuré</i>
<i>Est-ce que vous allez mal ?</i>	<i>Êtes-vous soulagé ?</i>
<i>Ça ne va pas être long</i>	<i>Ça va être court</i>
<i>Vous n'avez pas froid ?</i>	<i>Avez-vous assez chaud ?</i>
<i>Pas trop peur de cette opération ?</i>	<i>Que savez-vous de cette opération ?</i>
<i>Comment vous sentez-vous ?</i>	<i>Vous vous sentez bien ?</i>



3 || Les situations cliniques fréquentes

A. Dépression

La dépression est le trouble le plus fréquent chez la personne âgée de 65 ans et plus, après les maladies cardiovasculaires. Elle n'en demeure pas moins difficile à diagnostiquer et à prendre en charge, du fait d'une certaine banalisation sociétale, de symptômes atypiques, d'une chronicité accrue et de résistances thérapeutiques.

L'avancée en âge confronte les personnes à des événements de vie fragilisants (deuils, maladie chronique, perte d'autonomie...) qui peuvent être à l'origine de changements des conditions de vie (hospitalisation, déménagement pour un rapprochement familial chez un proche, entrée en institution...). De plus, la majorité des personnes âgées souffre d'isolement et de perte de lien social, affectif et sensoriel. Ce sont autant de facteurs favorisant la dépression.

En plus des caractéristiques cliniques habituelles de la dépression de l'adulte jeune :

Caractéristiques cliniques habituelles de la dépression	Humeur dépressive
	Perte d'intérêt et anhédonie
	Perte de poids, hyporexie
	Modification du sommeil (insomnie ou hypersomnie)
	Ralentissement psychomoteur
	Asthénie, perte d'énergie
	Sentiment de dévalorisation ou de culpabilité excessive
	Trouble de la concentration
	Idées suicidaires, pensées de mort récurrentes ³

Il faut rechercher des signes plus atypiques comme :

Signes atypiques de dépression	Plaintes somatiques	Douleurs diffuses ou localisées, glossodynie, constipation...
	Troubles cognitifs	Précèdent, coexistent ou succèdent à la dépression Facteurs de mauvais pronostic Retentissement sur l'autonomie et les aidants
	Troubles du comportement	Irritabilité, hostilité, colère Repli sur soi et apathie

³ Pour savoir comment évaluer le risque suicidaire, voir chapitre « Crise suicidaire ».

Symptômes comorbides fréquents	Anxiété
	Mésusage de l'alcool ou de médicaments
	Symptômes psychotiques : idées délirantes congruentes à l'humeur, de mécanisme interprétatif le plus souvent, de thématique de persécution, culpabilité, préjudice, ruine, intrusion... L'intensité mélancolique et le syndrome de Cotard (délire de négation d'organe) représentent une urgence médicale

Une évaluation neurocognitive de débrouillage est importante à réaliser, afin d'objectiver des troubles cognitifs éventuels : MOCA et en cas de troubles neuro cognitifs connus, l'échelle de Cornell est adaptée (si MMSE inf à 15/30).⁴

Ces évaluations ne permettent pas de poser un diagnostic, mais peuvent orienter vers la réalisation d'un bilan plus approfondi en centre mémoire.

Il est important de s'aider de l'entourage et des proches, du médecin traitant, du personnel soignant (qui intervient à domicile ou en EHPAD) pour retracer l'anamnèse, les habitudes de vie afin de cibler les leviers de changements, les pistes thérapeutiques et l'accompagnement soignant possible.

Prise en charge

- La psychothérapie de type TCC a fait preuve de son efficacité en association avec un traitement médicamenteux sur la qualité de la rémission et la prévention des rechutes. Parmi les TCC, les thérapies de résolution de problèmes, qui sont centrées sur "l'ici et maintenant" dans un but pragmatique et pour aider la personne à faire face aux difficultés actuelles aident la personne à reconnaître et accepter le fait douloureux.
- Les psychothérapies de soutien et/ou narratives ont aussi leur place
- Lorsqu'il est indiqué, le traitement médicamenteux de 1^{ère} intention est un antidépresseur sérotoninergique. Les antidépresseurs tricycliques sont réservés à des situations de résistance thérapeutique (balance bénéfice-risque à évaluer en raison des effets délétères anticholinergiques (sédation, risque de

chute, constipation, majoration de troubles cognitifs).

Pour les dépressions à caractéristiques psychotiques, si les troubles sont envahissants, ou s'il existe un risque auto/hétéroagressif, il est possible de prescrire un antipsychotique (par exemple Rispéridone 0,5-1 mg ou Olanzapine 5-10 mg), toujours en association avec le traitement antidépresseur qui reste le traitement de référence de la dépression.

La surveillance de l'efficacité et de la **tolérance** des traitements est primordiale, elle favorise également la bonne observance du traitement. Il conviendra de réévaluer l'indication de l'antipsychotique qui n'a pas vocation à être prescrit sur une longue durée, contrairement à l'antidépresseur.

⁴ Voir Annexes.

B. Anxiété

C'est une symptomatologie fréquente, qui peut être isolée ou comorbide (dépression, trouble neurocognitif).

Il faut savoir repérer la plainte anxieuse et ne pas la banaliser. Elle peut être à l'origine d'une forte altération de la qualité de vie.

L'expression de l'anxiété peut être différente de celle de l'adulte jeune, souvent sous la forme de plaintes somatiques, laquelle entraîne souvent des demandes de consultations et d'exams répétés, voire de passage aux urgences pour des motifs « classiques » de douleur abdominale, nausées, vertiges ou palpitations.

Du fait des fréquentes comorbidités médicales liées à l'avancée en âge, il peut être difficile de distinguer une cause organique avérée de l'expression somatique de l'anxiété. Un examen somatique minutieux est nécessaire en cas de plainte anxieuse à expression somatique.

Expliquer la pathologie à la personne constitue le premier temps du traitement, car il n'est pas toujours aisé de concevoir ce que peut-être une expression somatique de l'anxiété : « ça n'est pas dans ma tête, j'ai vraiment des vertiges ! ».

L'anxiété peut être aiguë ou chronique. Si elle dure pendant plusieurs semaines, un trouble anxieux peut être évoqué :

- **Trouble anxieux généralisé** : anxiété permanente, de fond, insidieuse avec pics anxieux paroxystiques. Apparaît souvent de novo après une pathologie aiguë grave (cardiaque ou neurologique).
- **Trouble panique** : crainte de faire une attaque de panique, ou crise d'angoisse. C'est la « peur de la peur », avec une anxiété anticipatoire.
- **Agoraphobie** : peur de faire une attaque de panique dans un endroit où la personne ne peut pas être secourue, elle peut être associée à un trouble panique ou un autre trouble anxieux. Elle entraîne une perte d'autonomie : la personne ne sort plus seule, a besoin d'un proche en permanence... cela est souvent source d'épuisement des aidants.
- **Phobies spécifiques** : peur d'un objet qui ne représente pas une menace, ou surestimation de la menace, une des plus fréquentes étant la claustrophobie ou la peur de la chute. La prise en charge est alors en 1^{er} lieu du ressort de la rééducation kinésithérapique ou en psychomotricité.

Il ne faut pas méconnaître une consommation d'alcool associée : utilisée parfois à visée anxiolytique, elle va en réalité majorer l'anxiété. De même, interroger la personne sur sa prise de médicaments anxiolytiques est important, cela permettra d'évoquer des problèmes liés à l'observance des benzodiazépines, voire à leur mésusage. Il n'est également pas rare que des proches proposent à la personne des traitements « qui ont marché pour eux ».

L'évaluation à domicile d'une personne souffrant d'anxiété, dans son environnement, est une aide sémiologique précieuse. Par exemple, une VAD est utile en cas d'agoraphobie importante, la consultation ambulatoire étant devenue impossible du fait de la peur de sortir. Lorsque l'anxiété est présente depuis plusieurs semaines, un traitement antidépresseur est parfois nécessaire.

C. Crise suicidaire

Epidémiologie : les enjeux

Les décès par suicide des personnes âgées de 75 ans ou plus représentent 20 % de l'ensemble des décès par suicide.

Les personnes âgées ont plus souvent recours à des méthodes de suicide plus létales (armes à feu, précipitation). Le rapport entre les tentatives de suicide donnant lieu à une hospitalisation et les suicides est de l'ordre de quatre tentatives de suicide pour un suicide.

Il ne faut jamais hésiter à questionner le patient sur la présence d'idées suicidaires.

Donner au patient un espace de verbalisation des idées suicidaires est primordial. Cela permet de mettre en place des mesures préventives. Interroger sur les idées de suicide ne les fait pas apparaître.

Rechercher la présence d'idéations suicidaires constitue le préalable à l'évaluation du potentiel suicidaire.

En cas de crise suicidaire l'outil d'évaluation **RUD (Risque, Urgence, Dangereux)** permet de lister les éléments importants pour orienter la prise en charge, hospitalière ou ambulatoire.

Echelle de RUD



Etape 1 : Recherche des facteurs de risque

Etape 2 : Evaluation de l'urgence

Etape 3 : Evaluation de la dangerosité

1 | Les facteurs de risque

Facteurs de risque primaires :

- Ils ne sont pas présents habituellement en population générale. Il s'agit de facteurs qui ont valeur d'alarme lorsqu'ils sont retrouvés. Ils peuvent être modifiés par une prise en charge adéquate
- Rechercher une dépression, qui est le facteur de risque le plus important
- Rechercher une addiction
- Le patient a-t-il communiqué une intention suicidaire ?
- Existe-t-il des antécédents personnels et familiaux de conduites suicidaires ?
- Évaluer les douleurs physiques

Facteurs de risque secondaires :

- Ce sont les facteurs de la vie courante, qui n'ont pas individuellement de valeur d'alarme
- Pertes précoces des parents
- Traumatismes et abus durant l'enfance
- Isolement social, affectif
- Deuils récents
- Problèmes financiers
- Chômage
- Événements de vie négatifs significatifs

Facteurs de risque tertiaires : ils n'ont pas de valeur prédictive en l'absence de facteurs primaires et secondaires, ce sont le sexe masculin et l'âge élevé.

2 | Urgence : interrogez la présence d'idées suicidaires

- Fréquence : Combien de fois y avez-vous pensé ?
- Durée : Lorsque vous avez ces pensées, combien de temps durent-elles ?
- Éléments dissuasifs : Il y a-t-il des choses qui vous ont empêché de penser/de mettre à exécution vos pensées ?
- Où, quand, comment envisagez-vous de vous suicider ?

3 | Dangerosité

- Accessibilité du moyen : avez-vous accès à un moyen léthal ?
- Léthalité du moyen envisagé
- Outre le fait de structurer l'entretien, l'évaluation simultanée des trois composantes de l'échelle R.U.D. peut aider à estimer rapidement le potentiel suicidaire : faible, moyen ou élevé et ainsi orienter au mieux le patient.

En cas de crainte d'un passage à l'acte imminent, ne pas hésiter à faire appel aux services de secours (pompiers, SAMU).

3114, numéro national de prévention du suicide



En France un numéro national de prévention du suicide a été mis en place en 2021 : le 3114.

Il constitue une voie d'entrée dans les **dispositifs de prévention du suicide** en France. Ce numéro est accessible tous les jours de la semaine, 24h/24. Il offre la possibilité d'être mis en lien avec un professionnel du soin formé à la prévention du suicide.

Aspect essentiel pour la personne âgée, le numéro peut être composé par les personnes intervenant auprès des patients : proches aidants et personnels des services d'aide au domicile peuvent, en cas de nécessité, y faire appel.



La survenue d'une tentative de suicide multiplie par 20 le risque de tentative dans l'année suivante, et par 4 le risque de suicide ultérieur. 75% des récurrences ont lieu dans les 6 mois suivant une tentative de suicide.

Le dispositif Vigilans, créé en 2015 dans les Hauts-de-France, a pour objectif de **prévenir la récurrence après une tentative de suicide**. Il consiste en un système de recontact et d'alerte, en organisant autour de la personne ayant fait une tentative de suicide un réseau de professionnels de santé qui garderont le contact avec elle. En février 2023, Vigilans est déployé dans 17 régions dont 4 régions d'Outre-mer et dans 92 départements.

Vigilans constitue un outil de suivi qui procède en trois étapes :

1. Toute personne hospitalisée pour une tentative de suicide se voit proposer son inclusion dans Vigilans au moment de sa sortie. Le patient reçoit une « **carte ressource** » avec le numéro de téléphone de Vigilans, qu'il peut contacter à tout instant en cas de mal-être ou de problème, afin de maintenir le dialogue. Ce numéro est un numéro vert, gratuit tant depuis un poste fixe que d'un portable, et disponible aux heures ouvrables. Parallèlement, son médecin traitant et éventuellement son psychiatre traitant reçoivent un courrier les informant de l'organisation du dispositif et de l'entrée de leur patient dans celui-ci. Ils disposent eux aussi d'un numéro téléphonique dédié pour répondre à leurs questions.

2. Les **contacts téléphoniques** ont lieu entre 10 et 20 jours après sa sortie de l'hôpital. En l'absence de réponse, le médecin traitant et le psychiatre sont contactés. Quant au patient, il reçoit une **carte postale personnalisée ou un SMS** tous les mois durant quatre mois

3. Au bout de 6 mois, nouvelle **évaluation téléphonique détaillée** de leur situation et de leur état de santé mentale. A la suite de cette évaluation, la veille est reconduite ou terminée.

CENTRE DE PREVENTION DU SUICIDE – CPS PARIS

Le centre reçoit des hommes et des femmes adultes souffrant d'isolement, en difficulté psychologique, ou suicidaire.

Le CPS Paris est une structure intersectorielle dont la vocation est de recevoir tout public à partir de 16 ans, qui se situe à l'interface entre le soin et le médico-social, qui propose des activités complémentaires visant à renforcer les dispositifs de secteurs.

D'orientation analytique et systémique, les professionnels du centre aident à la relation et à la communication par un accueil, un suivi psychologique et/ou médical et des groupes d'expression et de création.

Le CPS dispose d'un **pôle psychogérontologique** avec un accueil convivial et thérapeutique, accueil dédié aux seniors parisiens qui ne parviennent pas à prendre part à des activités sociales classiques, qui souffrent de solitude, ou qui cherchent de nouvelles modalités d'accompagnement.

CPS Paris - Centre Prévention du Suicide Paris

3 rue Jean-Baptiste Dumay, 75020 Paris

Tél : 01 42 78 19 87 - cpsparis@cpsparis.fr - www.cpsparis.fr

www.infosuicide.org

Site d'informations, d'échanges, de débat et de partage de savoirs sur la question du suicide et de sa prévention

GRUPE D'ETUDES ET DE PREVENTION DU SUICIDE - GEPS

www.geps.asso.fr



Le GEPS s'implique dans le soutien d'actions de recherches, de formation, de prévention, d'actions utiles à la prévention du suicide. Il s'adresse en priorité à tous les acteurs et/ou intervenants engagés dans cette dynamique afin de permettre une meilleure diffusion des informations et actions utiles dans la problématique suicidaire et ses enjeux. Le GEPS organise chaque année des journées et des rencontres, lieux de parole, d'échanges et de rencontres, les travaux qui y sont présentés font l'objet d'une publication, le plus souvent dans la Revue Psychiatrie et Psychologie Médicale.

D. Symptômes comportementaux dans les maladies neurocognitives

- Les maladies neurocognitives, dont la maladie d'Alzheimer, impactent non seulement la mémoire et les fonctions cognitives mais aussi le **comportement et la personnalité** des personnes qui en sont atteintes. La majorité des personnes présentant un trouble neurocognitif majeur vont développer un trouble du comportement, le plus souvent en lien avec l'avancement de l'atteinte cérébrale.
- Ce sont des symptômes qui émaillent l'évolution d'une maladie neurocognitive, qui sont liés à l'intensité du déclin cognitif et qui grèvent le pronostic. Ils accélèrent la perte d'autonomie et sont souvent à l'origine d'une entrée en institution.
- C'est un ensemble de conduites et attitudes inadaptées aux lieux et situations dans un contexte de troubles neurocognitifs. Ils sont fréquents et fluctuants en intensité, souvent liés à l'environnement, dont l'évolution et la nature sont difficiles à prévoir à l'échelle individuelle.
- L'anosognosie (absence de conscience de sa maladie) est importante à considérer car elle permet de comprendre que la personne se rend peu compte de son trouble, elle n'a ni intention de nuire, de provoquer des ennuis, elle subit plus qu'elle ne décide... ce sont les anomalies cérébrales de son cerveau qui en sont à l'origine.
- Ils peuvent être classés en trouble d'expression négative ou positive. Les troubles à expression négative sont l'apathie (le plus fréquent), le repli, la régression, l'opposition passive et le refus de soins. Les troubles à expression positive sont l'agitation motrice et verbale, les cris, l'agressivité, l'opposition active, les déambulations, les inversions du cycle nyctéméral, les conduites sexuelles inappropriées et les idées délirantes ou les hallucinations.

Conduite à tenir devant un trouble du comportement



- Apprécier le degré d'urgence, de dangerosité ou de risque fonctionnel à court terme pour le patient ou pour autrui.
- S'entretenir avec le patient, son entourage et l'équipe soignante
- Procéder à un examen somatique, rechercher une cause de confusion
- Rechercher des facteurs favorisants (iatrogénie, inconfort physique, troubles sensoriels...)
- Il s'agit de situations nécessitant à la fois une réflexion centrée sur le patient mais aussi envers les équipes soignantes en institution ou les aidants à domicile.

L'évaluation du patient et de son entourage

Où ?	Conditions d'environnement : à la maison ou en institution ?
Quand ?	Douleur, événement de vie, changement d'équipe, départ de soignant, conflit avec un soignant, décès d'un proche ou voisin de chambre/table A quel moment de la journée, à quelle fréquence (soins d'hygiène, en salle commune, laissé seul ?) Depuis quand ?
Comment ?	Circonstances de sa survenue ? De sa résolution éventuelle ? Altérations sensorielles associées ? Retentissement sur la prise en charge et risque fonctionnel à court terme ? Evolution spontanée et après intervention des soignants ?
Echelles d'évaluation	NPI, CAM, Cohen-Mansfield

Prise en charge

- Adapter l'attitude de communication : éviter les distractions, attirer l'attention, parler calmement, phrases courtes, questions fermées
- Installer une routine, laisser le choix (vêtements, plats), proposer des activités alternatives répétitives, ne pas insister et différer tant que possible
- Proposer des activités individuelles ou collectives (ergothérapie, cuisine, jardinage, ateliers mémoires), utiliser des espaces Snoezelen ou des poupées d'empathie, maintenir le lien entre les personnes.
- Mettre en place des groupes de paroles pour les équipes en institution
- Prescrire, en dernière intention, si échec des mesures non pharmacologiques ou mise en danger
 - Médicaments de types antidépresseurs inhibiteurs de la recapture de la sérotonine en première intention et en monothérapie. Benzodiazépines à demi-vie courte si nécessaire. Limiter l'utilisation des antipsychotiques aux situations d'extrême agitation et pour la durée la plus courte possible.
- Organiser une admission en unité cognitivo-comportementale quand les troubles dépassent les ressources pour assurer les soins, la sécurité du patient et de l'entourage.



LES UNITES COGNITIVO-COMPORTEMENTALES (UCC)

Ce sont des petites unités sécurisées en établissement hospitalier, d'une dizaine de lits, situées au sein d'un service de gériatrie.

Elles ont été créées dans le cadre du 3^{ème} plan Alzheimer (2008-2012), en tant que services de soins de suite et de réadaptation (SSR). Elles accueillent des personnes atteintes de troubles neurocognitifs qui présentent des troubles du comportement.

Des professionnels spécialisés dans le soin et l'accompagnement (ergothérapeutes, psychomotriciens, psychologues, assistants de soins en gérontologie, etc.) proposent quotidiennement une prise en charge psychosociale, éducative, environnementale ainsi qu'un programme spécialisé de réhabilitation cognitive et comportementale à partir d'un bilan médico-psycho-social.

L'objectif est de stabiliser les troubles du comportement et d'assurer les soins à l'origine de la situation de crise pour permettre à la personne un retour dans son lieu de vie. Ce fonctionnement pluridisciplinaire est essentiel à une prise en charge efficace.

La philosophie des UCC se démarque de ce qui se fait habituellement en milieu hospitalier : l'approche thérapeutique non médicalisée doit prévaloir, avec un usage réduit des psychotropes au profit d'activités de socialisation et de stimulation cognitive.

L'entrée en UCC se fait sur décision médicale.

La durée de séjour est variable suivant l'état du patient, mais reste limitée.

Il n'y a pas de condition d'âge pour intégrer une UCC, l'admission dépendant surtout du profil comportemental de la personne malade et de l'avancée de ses symptômes.

E. Idées délirantes

Définition des idées délirantes selon le DSM V : *Une croyance erronée fondée sur une déduction incorrecte concernant la réalité extérieure, fermement soutenue en dépit de l'opinion très généralement partagée et de tout ce qui constitue une preuve incontestable et évidente du contraire. Il ne s'agit pas d'une croyance habituellement partagée par les autres membres du groupe ou du sous-groupe culturel du sujet.*

Lors de l'évaluation au domicile, il faut :



1. **Reconnaître les idées délirantes et les caractériser**
2. **Evaluer la gravité et le retentissement immédiat**
3. **Orienter la prise en charge et les explorations**

1. Reconnaître les idées délirantes et les caractériser

- Éléments confusionnels (désorientation, fluctuation de la vigilance).
- Symptômes aigus, ou d'évolution chronique.
- Antécédents médicaux de trouble délirant, de trouble neurocognitif majeur.
- Spécifier le mécanisme : interprétatif ou hallucinatoire le plus souvent.
- Préciser le thème : persécutif, hypocondriaque, jalousie, vol, ruine, intrusion...
- Rechercher des symptômes dépressifs associés.

Piège 1 : En plus de l'intuition clinique du caractère délirant, il est nécessaire d'aborder avec ouverture les propos de la personne. Par exemple, les idées de préjudice ou les idées hypocondriaques peuvent correspondre à une réalité : la prise en charge s'oriente alors vers une mesure de protection et des soins médicaux.

Piège 2 : Le délire est un symptôme et n'implique pas toujours un trouble psychiatrique ! Par exemple, les idées de vol, de déplacements d'objets, d'intrusion domicile sont fréquents en cas de maladie d'Alzheimer débutantes, des hallucinations visuelles sont fréquentes dans la démence à corps de Lewy...

2. Evaluer la gravité et le retentissement

- Mise en danger de la personne :
 - Satisfaction des besoins primaires (s'alimenter, boire, dormir, se chauffer)
idées d'empoisonnement et déshydratation...
 - Interactions avec l'environnement (refus d'ouvrir, trouble de voisinage)
Idées de persécution sur des voisins et conduites médico-légales.
 - Risque de comportements à risque en lien avec le délire.
Utilisation de détergents à toxicité respiratoire et délire d'infestation.
- Sécurité des biens :
 - Risque de décupler les risques domestiques existants (aération, gaz)
 - Aspect financier : arrêt du paiement des factures

3. Orienter la prise en charge et les explorations

A partir des éléments recueillis, on pourra raisonner sur plusieurs hypothèses :

- Délire aigu :
 - Confusion, à toujours éliminer en 1^{ère} intention (cause somatique, de la constipation à la pneumopathie d'inhalation). Délire peu organisé.
 - Premier épisode délirant tardif (rare).

- Délire chronique (> 6 mois) :
 - Trouble schizophrénique ancien
 - Trouble délirant d'apparition tardive
 - Idées délirantes dans un contexte de trouble neurocognitif

Piège : caractéristique psychotique d'une dépression. Délire contemporain des symptômes dépressifs, congruent ou non aux affects dépressifs.

Selon le retentissement, la prise en charge pourra se poursuivre en ambulatoire ou nécessitera des soins hospitaliers (pour exploration somatique ou devant la mise en danger).

Le cas échéant, on peut introduire un traitement antipsychotique. Les plus fréquemment prescrits sont la RISPERIDONE et l'OLANZAPINE, à faible dose initialement.

Une grande partie des informations permettant la prise en charge est recueillie en amont de la visite au domicile : le recueil des antécédents, le retentissement souvent décrit par les proches, les explorations déjà lancées (analyses biologiques, scanner...).

F. Addictions à l'alcool et aux benzodiazépines

Définitions

Addiction : « Processus par lequel un comportement, pouvant permettre à la fois une production de plaisir et d'écarter ou d'atténuer une sensation de malaise interne, est employé d'une façon caractérisée par l'impossibilité répétée de contrôler ce comportement et sa poursuite en dépit de la connaissance de ses conséquences négatives » (Goodman)

Usage : consommation de substances psycho-actives n'entraînant ni complications somatiques ni dépendance.

Abus de substance (ou utilisation nocive) : l'utilisation de la substance psycho-active entraîne la survenue de troubles psychologiques ou physiques, y compris une modification du jugement ou des troubles du comportement pouvant être à l'origine d'une incapacité à remplir des obligations majeures, d'une altération des relations interpersonnelles ou de mises en danger (conduite). L'utilisation doit être continue pendant au moins un mois ou de façon répétée au cours des 12 derniers mois. Le diagnostic est porté chez les patients ne présentant pas les critères de la dépendance.

Dépendance : il faut que trois au moins des six manifestations suivantes aient persisté pendant au moins un mois (ou de manière répétée au cours des 12 derniers mois):

- Désir puissant ou compulsif d'utiliser une substance psycho-active;
- difficultés à contrôler l'utilisation de la substance, caractérisée par des difficultés à s'abstenir initialement d'une substance, à interrompre sa consommation ou à contrôler son utilisation. La substance est souvent prise en quantité plus importante pendant une période plus longue que prévue;
- survenue d'un syndrome de sevrage physiologique quand le sujet réduit ou arrête l'utilisation de la substance;
- mise en évidence d'une tolérance aux effets de la substance, caractérisée par un besoin de quantités nettement majorées pour obtenir l'effet désiré. Son effet est notablement diminué en cas d'utilisation continue d'une même quantité de substance;
- préoccupation par l'utilisation de la substance : les autres plaisirs ou intérêts importants sont abandonnés ou réduits en raison de l'utilisation de la substance. Un temps considérable est passé à faire le nécessaire pour se procurer la substance, à la consommer ou à récupérer de ses effets ;
- poursuite de la consommation de la substance psycho-active malgré la présence manifeste de conséquences nocives et bien que le patient sache avoir un problème psychologique ou physique susceptible d'avoir été causé ou exacerbé par la substance.

On distingue la dépendance psychique (ou craving ou accoutumance) correspondant au besoin irrésistible d'avoir recours à la substance pour atténuer une sensation de malaise ou pour obtenir l'effet du produit, et la dépendance physique correspondant au syndrome de sevrage.



Alcool

→ Contexte

La problématique de la consommation d'alcool chez la personne âgée est souvent méconnue et sous-estimée, en raison d'une certaine banalisation et d'une souffrance moins visible. Pourtant, la consommation quotidienne d'alcool, plus rare chez les jeunes, est relativement commune chez les personnes âgées (37% des 60-75 ans sont des consommateurs quotidiens). Les ivresses aiguës sont en revanche moins fréquentes (1% chez les 60-75 ans) ⁵.

→ Caractéristiques cliniques et données d'épidémiologie

On distingue deux groupes de patients alcooliques âgés :

- Alcooliques à début précoce (2/3 des patients) : alcoolisme ancien qui se pérennise. Prédominance du sexe masculin, conduite d'abus d'alcool à l'âge adulte, qui ont augmenté leur consommation avec l'âge en lien avec des événements de vie négatifs. Troubles cognitifs souvent plus marqués, comorbidités psychiatriques plus fréquentes.
- Alcooliques à début tardif, après 65 ans (1/3 des patients) : Prédominance du sexe féminin. Tentative de résolution de difficultés sociales et affectives apparues au cours de la vieillesse

Les facteurs de risque sont multiples : isolement, veuvage, présence au domicile d'un conjoint très dépendant, maladies physiques douloureuses ou invalidantes, conflits intergénérationnels, difficultés d'adaptation à la vie institutionnelle.

La prévalence de l'alcoolisme dans la population des plus de 65 ans varie de 2 à 14 %.

→ Evaluation clinique

Le diagnostic est difficile pour plusieurs raisons :

- Quantités consommées trompeuses car modérées
- Consommation solitaire, en cachette, méconnue par l'entourage et le médecin
- Dénier du problème d'alcool, parfois partagé par l'entourage
- Révélation souvent à l'occasion d'une complication somatique ou psychiatrique.

Les signes sont souvent non spécifiques : troubles du caractère, tendance à l'isolement, troubles de l'humeur, anxiété, troubles du sommeil, troubles mnésiques, troubles du comportement.

Certains signes sont évocateurs : incurie, dénutrition, amaigrissement, antécédents de chute et de fracture, ainsi que certains signes somatiques : teint congestionné ou terreux, dilatations capillaires du visage, conjonctives jaunâtres, tremblements.

Les signes biologiques sont peu spécifiques (élévation des GGT, des transaminases, du VGM).

⁵ Sattar SP et al. Diagnosis and treatment of alcohol dependence in older alcoholics. Clin Geriatr Med 2003;19:743-61

Les complications sont souvent plus sévères que chez le sujet jeune

- Chutes et fractures (et leurs conséquences)
- Troubles cognitifs (démence alcoolique, encéphalopathie de Wernicke, syndrome de Korsakoff)
- Interactions médicamenteuses, avec risque confusionnel

Les comorbidités psychiatriques sont fréquentes (dépression notamment, majoration du risque suicidaire).

Il existe des questionnaires de dépistage :

- Auto-questionnaire : DETA (Diminuer, Entourage, Trop, Alcool), MAST (Michigan Alcoholism Screening Test)
- Hétéro-questionnaire : grille de Le Gô

→ **Conduite à tenir / prise en charge**

- La prise en charge est globale : médicale, psychologique et sociale.
- L'hospitalisation est indiquée pour la prise en charge des épisodes aigus et des syndromes de sevrage
- Lors du sevrage : privilégier les BZD à demi-vie courte (Oxazepam), réhydratation, vitaminothérapie.
- Prise en charge des comorbidités psychiatriques (dépression, anxiété).
- Psychothérapie de soutien, techniques de relaxation, TCC
- Lutte contre les facteurs de risque (isolement, difficultés d'intégration institutionnelle...).

→ **Orientations possibles**

Consultation spécialisée d'addictologie, HDJ en addictologie.
Groupes de parole, Alcooliques anonymes.



Benzodiazépines (BZD)

→ Contexte

La France reste, en 2013, le deuxième pays le plus consommateur de BZD et apparentés en Europe. Chez le sujet âgé, ces molécules sont encore trop prescrites et bien au-delà de la durée légale de 12 semaines pour les anxiolytiques et 4 semaines pour les hypnotiques.⁶ Chez le sujet âgé, les principales indications sont : les états anxieux, les troubles du sommeil, et les troubles psycho comportementaux associés à des troubles neurocognitifs. Les BZD, génèrent chez cette population fragilisée par le vieillissement, des complications à la fois somatiques et cognitives associées à une dépendance. Les risques de chute, la perte d'autonomie liée à une consommation excessive, les troubles cognitifs et la confusion sont majorés par ces traitements.

→ Caractéristiques cliniques et données d'épidémiologie

La proportion d'utilisateurs de benzodiazépines est en baisse de 5,7% en 2015 par rapport à 2012. Cette baisse est plus prononcée pour les hypnotiques (-12,8%) que pour les anxiolytiques (-3,8%). La consommation concomitante d'anxiolytique et d'hypnotique a également diminué, passant de 3,1% en 2012 à 2,7% en 2015. Ce sont les femmes qui consomment le plus de benzodiazépines, quel que soit l'âge. Cette prévalence augmente avec l'âge et est la plus importante chez les femmes de plus de 80 ans.⁷

→ Evaluation clinique

Lors de l'entretien psychiatrique, mettre en confiance le patient. Repérer les habitudes du patient et les causes de sa consommation. Possibilité d'utiliser l'Échelle cognitive d'attachement aux benzodiazépines (ECAB).

→ Conduite à tenir / prise en charge

Prévention auprès des personnes âgées pour éviter toute prescription. Information sur les effets secondaires, les risques, la durée légale de prescription. Repérer les poly médications et veiller au respect des indications. Un sevrage au BZD peut être proposé avec l'accord du patient. Un encouragement du patient et sa motivation son nécessaire.

Mettre en avant des stratégies non médicamenteuses favorisant une meilleure qualité de sommeil : hygiène de vie, activité physique, loisirs, relaxation... Dans les troubles anxieux chroniques, privilégier certains antidépresseurs. En cas d'échec, rechercher les causes et mettre en avant les points positifs.

Reprendre un travail motivationnel et encourager une nouvelle tentative. L'addiction est une maladie chronique avec possibilité de rechutes.

→ Orientations possibles

Consultation spécialisée d'addictologie, HDJ en addictologie.
Groupes de parole, Alcooliques anonymes.

⁶ Benzodiazépines et personnes âgées Benzodiazepines and the elderly F. Paille , A. Maheut-Bosser NPG (2016) 16, 246—257

⁷ Etat des lieux de la consommation des benzodiazépines - Point d'Information - ANSM : Agence nationale de sécurité du médicament et des produits de santé (integra.fr) consulté le 16/11/2022



4 || Le rôle du psychologue en équipe mobile

Le **psychologue** en équipe mobile de psychiatrie du sujet âgé a **un rôle d'expertise, d'évaluation des fonctions cognitives, de prise en charge** de la détresse psychique et mentale de la personne par des entretiens cliniques, à vertu thérapeutique lorsqu'il intervient sur du long terme.

Mobile et autonome, il peut intervenir seul à domicile ou avec l'équipe.

Intervention du psychologue en équipe mobile dans le cadre d'une prise en charge psychothérapeutique

Les psychologues conçoivent leurs missions comme elles sont définies par le décret n°91-129 du 31 janvier 1991 : « Ils exercent les fonctions, conçoivent les méthodes et mettent en œuvre les moyens et techniques correspondant à la qualification issue de la formation qu'ils ont reçue. A ce titre, ils étudient et traitent, au travers d'une démarche professionnelle propre, les rapports réciproques entre la vie psychique et les comportements individuels et collectifs afin de promouvoir l'autonomie de la personnalité. Ils contribuent à la détermination, à l'indication et à la réalisation d'actions préventives et curatives assurées par les établissements et collaborent à leurs projets thérapeutiques ou éducatifs tant sur le plan individuel qu'institutionnel. Ils entreprennent, suscitent ou participent à tous travaux, recherches ou formations que nécessitent l'élaboration, la réalisation et l'évaluation de leur action. En outre, ils peuvent collaborer à des actions de formation organisées, notamment, par les établissements ou par les écoles relevant de ces établissements »

Par ailleurs, le Code de Déontologie des Psychologues est une référence dans l'exercice de ses fonctions au domicile des patients, et est un élément auquel il se réfère. Le cadre de la rencontre clinique est souple non généralisable et se structure autour :

- D'une mise en suspension de la sphère du toucher,
- Centré sur la dynamique psychique du patient,
- Une présence suffisamment bonne,
- Un impératif d'accueil de tout élément permettant l'expression du patient.

Le dispositif thérapeutique s'élabore grâce à :

- Une écoute attentive et bienveillante,
- Une proximité mais qui reste sur une réserve inconditionnelle (tout élément de la vie du thérapeute qui ne servirait pas la restauration psychique du patient),
- Une conscientisation des éléments psychiques mis en œuvre,
- Une abstention de la consolation

Le psychologue clinicien veillera à repenser le moment de rencontre à l'aune : des traductions verbales des mouvements psychiques, aux événements intercurrents à la rencontre, aux éléments survenus qui ont participé à l'attaque du cadre et à ses propres mouvements psychiques.

Intervention du psychologue dans le cadre d'une évaluation psychologique et entretiens psychologiques à court terme

La première étape est toujours une prise de contact avec la personne et l'entourage lorsqu'il y en a un. Cette rencontre est fondamentale et constitue un moment de recueil de données riche et préalable à une évaluation diagnostique psychologique multimodale. Ce premier entretien prend en compte la perspective qu'exprime le patient face à son trouble (y compris lorsqu'il n'en n'a pas conscience ou ne souhaite pas en mesurer l'impact sur son quotidien), celle de ses aidants, et s'enrichit d'une diversité d'approches liée à son caractère multidisciplinaire.

Au cours de l'évaluation psychologique, les données sont recueillies : l'état clinique psychologique et psychiatrique (en cas d'antécédents) de la personne, mais aussi des informations sur son milieu de vie, ses capacités d'autonomie, l'étayage familial et les aides en place lorsqu'il y en a.

La santé de l'aidant (conjoint, enfant, voisin, ...) est une variable également prise en compte, avec la mise en place de soins adaptés en cas de souffrance exprimée. Les échanges avec les aides à domicile peuvent constituer des données précieuses.

Selon les modes de fonctionnements des EMPSA, le psychologue intervient dans le cadre d'une évaluation, à la suite de laquelle, deux ou trois entretiens peuvent être organisés. Puisqu'il s'agit d'un accompagnement à court terme, le psychologue de l'EMPSA sollicite alors son homologue de l'EHPAD ou du CMP du lieu de vie de la personne. Il peut également demander l'intervention d'un psychologue exerçant en libéral ou une prise en charge par un psychologue d'organismes territoriaux dont les missions sont de relayer, coordonner et orienter les patients et leur entourage auprès de professionnels spécifiques à leurs besoins (CCAS, Plateformes Territoriales d'Appui (PTA), Dispositifs d'Appui et de Coordination (DAC), ...).

Evaluation des fonctions cognitives et bilan neuropsychologique de la personne âgée

Conjointement aux entretiens cliniques, des échelles d'évaluation spécifiques à la psychologie et à la psychiatrie du sujet âgé peuvent être utilisées à divers moments de la prise en charge.

Ces outils permettent d'apprécier l'évolution psychique de la personne, l'efficacité des traitements proposés, l'état de qualité de vie de l'intéressé. Lorsque cela est indiqué, une évaluation psychométrique peut être réalisée.

Certains professionnels de santé sont habilités à proposer la passation de tests appelés « de débrouillage » afin d'avoir une idée des fonctions cognitives de la personne. Un bilan psychométrique ou neuropsychologique qui appelle à des tests, grilles d'évaluation et autres échelles spécifiques, normées, étalonnées et analysées uniquement par un psychologue / neuropsychologue constituent un outil primordial dans le maintien des fonctions cognitives, la réhabilitation et la remédiation cognitive.

Missions du psychologue en EMPSA



- Intervention en équipe ou individuellement au domicile ou lieu de vie des personnes âgées
- Repérage d'éléments cliniques psychopathologiques
- Transmissions possibles à l'aidant familial, un intervenant médical ou paramédical, auprès des équipes soignantes pouvant être formulées par écrit sous la forme de compte-rendu, de conduite à tenir et/ ou de préconisations
- Travail en collaboration avec les psychologues des institutions de vie
- Evaluation des fonctions cognitives, tests psychométriques (psychologue formé à la neuropsychologie)
- Soutien psychologique ou travail psychothérapeutique (en fonction de la temporalité disponible)
- Participation aux réunions d'équipes, afin d'étayer les soignants et travailler en collaboration
- Sensibilisation des équipes soignantes dans un schéma de réflexion autour des troubles psychiatriques en EHPAD et de façon plus large, chez la personne âgée.



5 || Le rôle de l'ergothérapeute en équipe mobile

La **spécificité du rôle de l'ergothérapeute** en santé mentale met le focus sur le retour à l'activité, la sociabilisation et l'inclusion dans le groupe, le travail sur les habiletés sociales, les fonctions exécutives par la médiation. L'objectif étant de retrouver de l'autonomie (cognitive, prévoir et organiser l'activité) et de l'indépendance (motrice, faire l'activité).

A domicile, en EMPSA, l'ergothérapeute intervient lorsqu'une altération est constatée dans le maintien à domicile d'une personne. Celle-ci peut se manifester par une soudaine perte d'autonomie ou une dépendance dans ses occupations. Les occupations peuvent être du domaine du soin personnel, de la productivité ou encore du loisir.

Ces situations nécessitent le plus souvent une réponse rapide et adaptée, en lien avec les différents professionnels entourant la personne, tels que le médecin traitant, les soignants ou auxiliaires de vie à domicile, les psychologues, orthophonistes, kinésithérapeutes, assistants sociaux etc. Les solutions apportées par l'ergothérapeute peuvent prendre différentes formes : adaptation du lieu de vie par la préconisation de travaux ou la réorganisation de l'espace ; adaptation du matériel en place et préconisation d'aides, orientation vers un professionnel ou service adapté si besoin d'un bilan orthophonique cognitif ou de déglutition, un bilan kiné de la marche, une hospitalisation etc.

Les situations impliquant une mise en danger immédiate concernent la dépendance dans les 6 activités de la vie quotidienne (AVQ) telles que citées dans la grille AVQ, à savoir les déplacements, les transferts, la prise alimentaire, les soins d'hygiène, l'habillement et la continence. Concernant les activités instrumentales de la vie quotidienne (AIVQ), elles regroupent : l'utilisation du téléphone, faire les courses, préparer le repas et entretenir son logement. Elles sont référencées dans la grille AIVQ.

Par exemple, une personne âgée atteinte de dépression, isolée, pourra être évaluée par une ergothérapeute, sur le plan de ses centres d'intérêts, son environnement afin de pouvoir reprendre des sorties et des occupations qu'elle a délaissées.

L'ergothérapeute s'intéresse aussi aux répercussions somatiques des conduites addictives, au risque de chute, au risque d'escarre etc..

Quelle que soit l'origine biomédicale de la situation de handicap, la réponse apportée est axée sur les répercussions dans la vie quotidienne.

L'objectif principal étant le maintien au domicile.



6 || Le rôle du psychomotricien en équipe mobile

Le psychomotricien travaille à (re)-harmoniser le corps ressenti, le corps fonctionnel et le corps représenté. Pour cela il se base sur le développement psychomoteur de la personne, c'est-à-dire la construction du sujet depuis l'enfance, à travers le développement et la maturation des sphères tonique, sensorielle, cognitive et affective.

Le vieillissement peut survenir sur une personnalité déjà fragile et fragilisée par une maladie mentale plus ou moins stabilisée et des effets secondaires de traitements. Avec l'avancée en âge, les capacités sensori-toniques sont diminuées ou deviennent moins sensibles. On peut alors observer des **difficultés d'accordage** entre les capacités réelles de la personne (sur le plan somatique et sensoriel notamment) et ce qu'elle pense pouvoir faire (en lien avec la confiance et conscience que la personne a d'elle-même). On assiste alors à une angoisse/phobie de la marche ou de l'extérieur, souvent associée à une hypertonie qui entrave la qualité des gestes et des interactions. Ou bien à l'inverse, des comportements de mise en danger par un manque de conscience de ses propres limites.

Les premières rencontres avec le patient permettent une évaluation du fonctionnement global. Le psychomotricien porte son attention sur la façon dont la personne s'exprime et ressent son corps, ses capacités de représentation corporelle, sa faculté à se repérer dans le temps et l'espace ainsi que sa motricité globale et fine. Il observe la qualité des interactions avec l'environnement, les capacités à réagir et le niveau d'autonomie.

Le contexte particulier de **l'évaluation à domicile** amène des renseignements sur le fonctionnement notamment par :

- L'état de l'appartement (comment s'en occupe la personne, accepte-t-elle de l'aide ?)
- Le déplacement en milieu familial et la qualité des repères
- La capacité à recevoir à domicile, quel accueil est-elle en mesure de faire ?

Le psychomotricien intervient sur prescription médicale et travaille en lien avec les différents professionnels : médecins, infirmiers, kinésithérapeute, ergothérapeute, orthophoniste... Il pourra adapter les axes thérapeutiques du suivi en fonction de ce qui est déjà mis en place.



7 || L'accompagnement des aidants

« L'aidant est une personne qui vient en aide, de manière régulière et fréquente, à titre non professionnel, pour accomplir tout ou partie des actes ou des activités de la vie quotidienne d'une personne en perte d'autonomie, du fait de l'âge, de la maladie ou d'un handicap »⁸.

Dans la relation d'aide, toute la vie de l'aidant peut être bouleversée :

- Vie personnelle altérée
- Absence de loisirs
- Difficultés pour assumer les multiples tâches
- Problèmes familiaux : marginalisation de l'aidant principal
- Isolement social
- Epuisement professionnel
- ...

L'aidant est un des acteurs principaux de la prise en charge des patients, d'où l'importance de ne pas négliger les difficultés qu'ils peuvent rencontrer. Certaines pensées peuvent miner :

- « Je ne vauds rien », « Je ne suis pas à la hauteur » → découragement
- « Il aura ma peau » → conflit

Ce sont des éléments de stress interne. Certains facteurs d'usure et de détresse doivent être pris en compte :

- La gravité de l'état de santé du proche
- La présence de troubles du comportement
- Le degré d'altération cognitive
- Le degré de dépendance
- Le nombre d'heures d'aide mensuelles
- L'âge de l'aidant
- Le sexe féminin (l'épouse est moins encline à demander de l'aide)
- Le lien de parenté avec la personne
- Le fait de cohabiter avec le proche
- La qualité de la relation entre aidant et aidé

La VAD permet de dépister et d'évaluer directement sur le terrain la souffrance de l'aidant, laquelle peut passer inaperçue dans le cadre de la consultation classique à l'hôpital ou en cabinet. En effet, l'aidant peine souvent à exprimer ses problématiques, ses émotions, ne se considérant pas comme le « malade » dont il est question.

⁸ Article 51 de la loi du 28 décembre 2015 relative à l'adaptation de la société au vieillissement.

Cette souffrance peut engendrer une tension psychique, des symptômes dépressifs et/ou anxieux, un mésusage de l'alcool. La dégradation de l'état de santé du patient peut provoquer un sentiment de culpabilité chez l'aidant. Parfois, dans certaines situations, le risque de maltraitance existe, par négligence le plus souvent.

Le fait d'intégrer des personnes étrangères à la structure familiale tels que des infirmiers, des aides à domicile peut également être vécu difficilement par l'aidant.

L'échelle de Zarit permet de quantifier le « fardeau » de l'aidant et de mettre en évidence cette souffrance. Il s'agit d'un auto-questionnaire⁹.

La VAD peut rompre l'isolement social dans lequel beaucoup d'aidants se retrouvent. C'est l'opportunité de les informer sur les structures existantes qui peuvent les accueillir, les accompagner en présentiel et à distance. Le répit de l'aidant est également important à aborder, avec la majoration des aides à domicile, des possibilités d'accueil temporaire, les PARA (plateforme d'accompagnement et de répit des aidants).

La prise en charge de l'aidant doit l'aider à mieux prendre en compte le nécessaire équilibre des charges entre la loyauté envers le proche et l'auto-préservation : l'un ne peut aller sans l'autre. La compréhension de la pathologie psychiatrique de son proche représente une aide essentielle pour accompagner au mieux, et (re)connaître ses limites. La VAD peut être l'occasion de conseiller d'aller consulter un spécialiste (psychiatre/psychologue).

Quelques sites à destination des aidants



Fédération Française des aidants	https://www.soutenirlesaidants.fr/
Association Française des aidants	https://www.aidants.fr/vous-etes-aidant/participer-a-une-action-pres-de-chez-soi/cafe-aidants/
Site du Ministère de la Santé pour les plateformes de répit	https://www.pour-les-personnes-agees.gouv.fr/preserver-son-autonomie-s-informer-et-anticiper/a-qui-s-adresser/les-plateformes-daccompagnement-et-de-repit
Ma boussole aidants	https://maboussoleaidants.fr/
UNAFAM	https://www.unafam.org/
Site du Ministère de la santé sur les ressources mobilisables pour lutter contre l'isolement	https://solidarites-sante.gouv.fr/affaires-sociales/autonomie/isolement-quelles-ressources-mobilisables
France Alzheimer et maladies apparentées	https://www.francealzheimer.org/
Programme destiné aux familles de proches souffrant d'un trouble psychiatrique	https://profamille.site/

⁹ Voir annexe.



8 || Les grands principes de prescription des psychotropes

L'avancée en âge implique une modification de la répartition des masses (grasses et musculaires), une diminution des capacités de métabolisation et d'élimination. Les personnes âgées vulnérables sont à haut risque de polymédication, d'interactions médicamenteuses et de iatrogénie.

Principes de prescription des psychotropes chez la personne âgée

- Poser la bonne indication ! (ce qui implique d'avoir une bonne évaluation clinique et un diagnostic)
- « *Start low, go slow... but get there* ». Initiation du traitement à $\frac{1}{4}$ ou $\frac{1}{2}$ dose de celle recommandée chez l'adulte, majoration deux fois plus lente mais possibilité d'augmenter les doses progressivement jusqu'à la réponse thérapeutique, quitte à atteindre des posologies habituelles pour adulte, selon la tolérance clinique
- Inventorier tous les médicaments, même les non psychotropes (ce qui implique de récupérer toutes les ordonnances des différents professionnels)
- Privilégier le profil de tolérance
 - Analyse individuelle bénéfique/risque
 - Monitorer le traitement, dosage plasmatique
 - Anticiper les effets secondaires
- Privilégier la monothérapie, ne modifier qu'un traitement à la fois pour savoir ce qui a été efficace
- Se renseigner sur l'environnement à domicile : qui gère la préparation du traitement au quotidien (le patient, l'entourage, un professionnel ?), accessibilité (pharmacien, pilulier ?)
- Documenter l'efficacité, après plusieurs semaines
- Les dosages peuvent être pertinents en cas de résistance ou de doute sur l'observance
- Prescrire pour la plus courte durée possible avec date de diminution/d'interruption
- Choix des psychotropes en 1^{ère} intention (indicatif)



Classe	Privilégiés	Evités
Antidépresseurs	Inhibiteurs du récepteur de la sérotonine	Tricycliques (charge anticholinergique)
Antipsychotiques	2 nd e génération (Risperidone et Olanzapine privilégiés)	1 ^{ère} génération (Halopéridol)
Anxiolytiques	BZD à demi-vie courte	BZD à demi-vie longue, Hydroxyzine



9 || Les échelles d'évaluation spécifique à la population âgée

ECHELLE	INDICATION	PASSATION	INTERPRETATION
MMSE Mini Mental State Evaluation	Dépister et surveiller l'évolution de troubles neurocognitifs (ne permet pas un diagnostic)	10 min Hétéro-évaluation	Score normal de 25 à 30
MOCA Montreal Cognitive Assessment	Dépister et surveiller l'évolution de troubles neurocognitifs (ne permet pas un diagnostic)	10 min Hétéro-évaluation Evalue l'attention, la concentration, les fonctions exécutives, la mémoire, le langage, les capacités visuoconstructives, les capacités d'abstraction, le calcul et l'orientation	Score normal entre 26 et 30
GDS 15 Geriatric Depression Scale	Dépister les troubles dépressifs et donner des indications sur l'état psychoaffectif. Elle ne permet pas un diagnostic. C'est un outil de suivi. Elle n'a pas de validité avec une population de personnes ayant des troubles cognitifs (MMSE ou MOCA inf à 15)	15 items 5 à 10 min Auto-évaluation	0- 5: humeur normale 5-12: il existe un risque de dépression > 12: en faveur d'une dépression sévère
GDS 30 Geriatric Depression Scale	idem	30 items 10 à 15 min Auto-évaluation	0- 9: humeur normale 10-21: il existe un risque de dépression > 22: en faveur d'une dépression sévère

Echelle de Cornell	Dépister les troubles dépressifs et donner des indications sur l'état psychoaffectif. Elle ne permet pas un diagnostic Possible à partir de MMSE ou MOCA inf 15	Auto et hétéro évaluation	Evalue les signes et symptômes présents pendant la semaine précédant la passation Score total /38 + Score seuil pour syndrome dépressif: 10
NPI NeuroPsychiatric Inventory	Evaluation des troubles du comportement chez des patients souffrant de maladie neurocognitive (Idées délirantes, hallucinations, agitation, agressivité, dépression, anxiété, dysphorie, irritabilité, apathie, indifférence, comportement moteur aberrant, désinhibition, sommeil, conduite alimentaire)	Hétéro-évaluation Il existe une version soignante NPI-ES pour les patients résidant en Ehpad	Evalue 10 domaines comportementaux et 2 variables neurovégétatives Cotations de fréquence, gravité et retentissement sur les activités professionnelles, sur une période donnée
Échelle de Cohen-Mansfield	Evaluation spécifique des manifestations d'agitation observées en institution	Permet d'évaluer l'efficacité d'un traitement ou des mesures adaptées à ses troubles du comportement	Agitation physique/verbale non agressive / agressive Évaluation des 7 derniers jours
Echelle du fardeau de Zarit	Evaluation de la charge émotionnelle, physique et financière ressentie par l'aidant d'une personne âgée en perte d'autonomie ou dépendante	Auto-questionnaire de 22 items Permet au proche aidant de connaître son niveau de fatigue sur le court et le long terme, ses limites et de mieux organiser son quotidien	Score de fardeau 0-20 : très faible, voire nul 21-40 : léger 41-60 : modéré 60-88 : sévère
IA (inventaire apathie)	Evalue les symptômes d'apathie (émoussement affectif Perte d'initiative Perte d'intérêt	Hétéro évaluation Echelle soignant et échelle aidant	Score sur 4



10 || Repères médico-juridiques

A. Soins psychiatriques sans consentement

De façon générale, le consentement libre et éclairé de la personne est une condition indispensable et nécessaire à tout soin, à toute prise en charge thérapeutique (Loi du 4 mars 2002 relative aux droits des patients et à la qualité du système de santé).

Mais, pour des soins psychiatriques, il est admis que, la maladie pouvant en soi altérer le discernement et la capacité à consentir, des soins sont possibles légalement sans le consentement de la personne. Ses soins sont alors « contraints » et sont régis par la loi du 5 Juillet 2011 (modifiée par la loi du 27 Septembre 2013). Il faut noter que ces soins ne concernent qu'une partie minoritaire des soins psychiatriques de façon générale, dans les 5%.

Si l'hospitalisation se fait à partir du domicile, il est impératif de coordonner la VAD au maximum avec plusieurs intervenants, l'EMPSA n'ayant pas vocation à assurer seule une telle mesure : le médecin ayant demandé l'intervention de l'équipe mobile, l'établissement d'accueil du patient, le CMP de secteur, le SAU local, mais aussi les compagnies d'ambulance, voire les services de Police.

- ➔ Des certificats médicaux sont à rédiger selon les situations (articles du Code de la Santé Publique L3212 et L3213)

Soins Psychiatriques à la Demande d'un Tiers (SPDT) L3212-1-II-1° du CSP	Soins Psychiatriques à la Demande d'un Tiers en Urgence (SPDT-U) L3212-3 du CSP	Soins Psychiatriques en Péril Imminent (SPPI) L3212-1-II-2° du CSP
Conditions		
Patient présentant un trouble mental rendant le consentement aux soins impossible et dont l'état impose des soins immédiats et une surveillance médicale régulière	Procédure exceptionnelle nécessitant de caractériser l'urgence de la demande d'hospitalisation lorsqu'il existe un risque grave d'atteinte à l'intégrité du patient	Existence d'un péril imminent pour la santé de la personne, avec « immédiateté du danger pour la santé ou pour la vie du patient » se superposant aux conditions pour les SPDT

Protocole		
<ul style="list-style-type: none"> ▪ 2 certificats médicaux concordant, circonstanciés et horodatés, datant de moins de 15 jours dont au moins 1 rédigé par un médecin ne travaillant pas dans la structure d'accueil ▪ 1 demande de tiers, manuscrite, daté du jour d'admission et signée ▪ Copie recto/verso de la pièce d'identité du patient et du tiers 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ 1 certificat médical circonstancié et horodaté, éventuellement rédigé par un médecin qui exerce dans l'établissement d'accueil ▪ 1 demande de tiers, manuscrite, daté du jour d'admission et signée ▪ Copie recto/verso de la pièce d'identité du patient et du tiers 	<ul style="list-style-type: none"> ▪ 1 certificat médical circonstancié, obligatoirement rédigé par un médecin ne travaillant pas dans l'établissement d'accueil ▪ Impossibilité d'obtenir une demande de soins par un tiers à la date d'admission (absence de tiers, refus du patient de communiquer des coordonnées de tiers, refus de proches de se porter tiers, éloignement géographique...) tracée dans le dossier
Admission décidée par directeur d'établissement d'accueil		

Soins Psychiatriques à la Demande d'un Représentant de l'Etat (SPRDE)- (L 3213-1 du CSP)
Conditions
<p>Patient présentant des troubles mentaux qui nécessitent des soins immédiats assortis d'une surveillance médicale constante et compromettent la sûreté des personnes ou portent atteinte, de façon grave, à l'ordre public</p>
Protocole
<ul style="list-style-type: none"> ▪ 1 certificat médical circonstancié établi par un psychiatre n'exerçant pas dans l'établissement d'accueil ▪ Arrêté préfectoral qui décide de l'admission



11 || Éthique de l'intervention à domicile

Pour les patients, le domicile peut :

- Représenter un lieu privilégié d'un parcours de soin idéal
- Être éprouvé dans la relégation, la solitude, le confinement et la précarisation, voire la maltraitance

Pour les soignants, aller à domicile représente une :

- Sortie de la zone de confort, exposition immédiate à des situations qui peuvent surprendre, relever d'une urgence non anticipée
- Expérience et capacité d'adaptation
- Proximité qui doit concilier la « juste présence », le respect de l'autonomie

Tout le monde ayant besoin de considération et de reconnaissance, patient comme soignant.

Le soin au domicile doit procéder du choix de la personne. La personne est, dans la mesure de ses capacités à exprimer sa volonté, souveraine dans sa prise de décision.

Conditions de la rencontre : comprendre le fait que la VAD peut être intrusive, accepter d'être un intrus quand on va au domicile d'un patient, qu'on introduit parfois des normes extérieures, des attendus sociaux.

Il ne saurait être imposé par une contrainte d'ordre organisationnel, financier ou autre (principe de primauté de la personne dans l'organisation des soins).

La négociation d'un compromis dans l'élaboration du projet de soin s'avère parfois nécessaire et justifie d'y consacrer le temps qui convient.

Des pistes

- Informer la personne de la date et l'heure de la VAD, expliquer le cadre
- Porter des vêtements de ville, mais disposer d'un badge ou d'une carte professionnelle pour rassurer la personne
- Réduire autant que possible le nombre d'intervenants et veiller à garder au moins toujours une personne identique entre deux visites
- Respecter les « règles » de la personne dans son lieu de vie (« où puis-je m'asseoir ? », « dans quelle pièce souhaitez-vous que l'on se rencontre ? » « Ça ne vous dérange pas si... »)
- Ne pas intervenir pour le bénéfice d'un autre intervenant
- Se donner une obligation de moyens et non une obligation de résultats (évaluer versus soigner)



Pour aller plus loin

Ethique et relation de soin au domicile, Espace Ethique Ile-de-France, 2016 :
<https://www.espace-ethique.org/sites/default/files/Charte-A2016.pdf>

A. Le secret professionnel

Hippocrate travaillait peut-être en équipe mobile...car ces propos figurent dans son serment : « *Dans quelque maison que j'entre, j'y entrerai pour l'utilité des malades, me préservant de tout méfait volontaire et corrupteur. Admis dans l'intimité des personnes, je tairai les secrets qui me seront confiés* »...

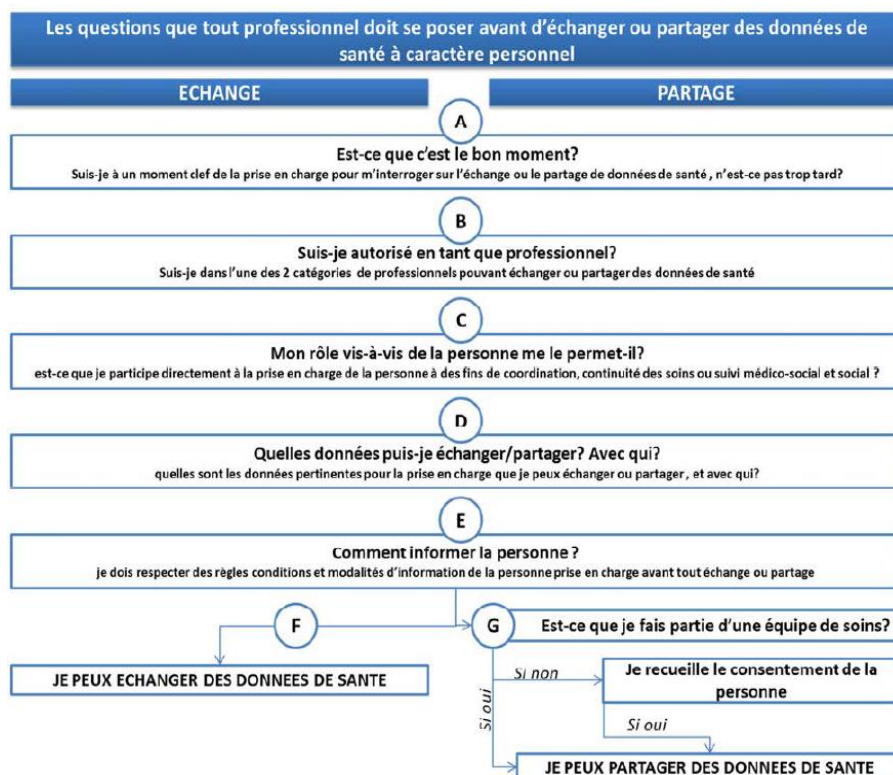
Des règles régissent le partage de l'information indispensable au soin et à l'accompagnement entre les intervenants professionnels, sous réserve de l'accord de la personne.

Les situations de maltraitance justifient, dans la concertation et selon la loi, une action de signalement.

Que peut-on transmettre ?

- L'échange et le partage ne sont possibles qu'entre professionnels participant à la prise en charge d'une même personne, dans son intérêt, à visée de coordination/ continuité des soins ou suivi médico-social et social.
- Pas de liste réglementaire des informations dites "pertinentes et nécessaires" (socle minimum commun).
- Traçabilité des échanges dans le dossier du patient.

Exceptions : Refus verbalisé de la personne et informations qui concernent des tiers.



Le refus de soins

La question du refus se pose très souvent lorsqu'on intervient au domicile.

Il peut s'agir du refus des traitements, des soins (toilette, habillage), du refus alimentaire ou du refus de communiquer ou de se mobiliser (claustration en chambre, clinophilie). Ces refus sont potentiellement pourvoyeurs de complications, de grabatisation, d'aggravation clinique, voire de décès.

Comment décrypter le refus et lui donner du sens ?

Parfois, lorsque la personne n'a plus accès au langage de façon construite et informative, le refus fait office d'outil de communication, et représente la seule possibilité d'exister, l'ultime moyen de nouer une relation, de retenir l'attention d'un soignant, de susciter l'intérêt de l'autre et de tester la limite. Il permet aussi de prouver, d'affirmer une certaine marge de liberté quand une maladie rend de plus en plus dépendant d'autrui. Il peut aussi être le signe d'un choix, celui d'accélérer une issue inéluctable, pour ne plus peser sur un proche, sur la Société...

Le refus peut aussi s'intégrer dans un tableau d'un épisode dépressif caractérisé, voire de catatonie

Que faire ?

- Donner priorité aux besoins exprimés par la personne, même s'ils ne sont pas la priorité du soignant.
- Négocier avec la personne l'aide pour les besoins fondamentaux dans un souci de sécurité (respirer, boire, manger, se protéger du froid et de la chaleur).
- Respecter la temporalité et le rythme de la personne.
- Ne pas rompre la relation, proposer une nouvelle rencontre, construire une alliance avec le temps.

B. Le consentement

En latin, du verbe *cum sentire* «cum» (avec) et «sentire» (éprouver, ressentir), le consentement en médecine est «l'action de donner son accord pour un soin, un acte médical. Il est lié à la capacité décisionnelle, puisqu'il entraîne un choix : celui de dire oui, ou celui de dire non.

Le **consentement libre et éclairé** est obligatoire pour tout soin médical, seule exception faite des soins psychiatriques¹⁰, dans le cas où la personne est jugée hors d'état de consentir. A noter que plus de 80% des soins en psychiatrie se réalisent de façon libre et consentie.

Consentir suppose des compétences¹¹ :

- **Comprendre** (en fonction des informations délivrées de façon adaptée à la situation)
- **Raisonner** (pensée logique, discernement, insight, argumenter les risques et les bénéfices)
- **S'exprimer** (se déterminer librement, expliciter son choix)

Le postulat de base est la présomption de compétence pour décider, jusqu'à preuve du contraire.

¹⁰ Loi du 4 mars 2002.

¹¹ Principles of Biomedical Ethics. New York, Oxford : Oxford University Press, op.cit., 4ème éd., 1994, X-546 p. T. Beauchamp et J. Childress, 1994

Et en cas de troubles cognitifs sévères, il persiste toujours une vie psychique. Si la personne n'a plus accès au langage dans ses fonctions informatives et communicationnelles, si elle ne peut plus raisonner ni argumenter, il existe des moyens d'être attentifs aux expressions non verbales, aux signaux émotifs qui donnent des indications sur ses choix et ses préférences. C'est ce qu'on appelle l'assentiment. L'éclairage des aidants lorsqu'ils sont présents est souvent précieux. Il est important d'avoir des éléments sur l'histoire de vie de la personne, de ses engagements et de ses choix antérieurs pour être en cohérence avec sa trajectoire de vie.

Assentiment : du latin « assentire » (approuver), il est relativement passif et traduit une adhésion à une proposition, une non opposition à une décision. Il est utile en cas de troubles neurocognitifs sévères ou de perte de l'usage de la parole.

→ Comment s'y retrouver, comment décoder les signaux ?



• **Rechercher les signes témoignant d'un consentement ou d'un assentiment** : la personne ouvre sa porte, propose de s'asseoir, un café parle de sa vie personnelle, sourit, est calme, attend la visite, retarde le départ du soignant...

• **Signes témoignant d'une absence de consentement** : refuse l'entrée, montre des signes d'agacement, est agitée, anxieuse, n'interrompt pas son activité, marche sans cesse ou se replie sur elle-même, ferme les yeux quand on lui parle.

C. Sites internet utiles



Centre Ressource Régional de Psychiatrie du Sujet Âgé (CRRpsa)	www.crrpsa.fr
Psycom	www.psycom.org
Association des Equipes Mobiles en Psychiatrie (AEMP)	www.aempsty.com
Fédération nationale des centres mémoires de ressource et de recherche (FCMRR)	www.centres-memoire.fr
Ministère de la Santé et de la Prévention	www.solidarites-sante.gouv.fr
Agence régionale de santé Ile-de-France	www.iledefrance.ars.sante.fr
Portail d'information « Pour les personnes âgées » Pour les personnes isolées	www.pour-les-personnes-agees.gouv.fr https://www.pour-les-personnes-agees.gouv.fr/agir-contre-lisolement-des-personnes-agees
Portail d'information pour les aidants	www.maboussoleaidants.fr
Santé publique France	www.pourbienvieillir.fr
Avec nos proches	Ligne nationale des aidants : 01 84 72 94 72 www.avecnosproches.com
UNAFAM	Écoute Famille Unafam : 01 42 63 03 03 www.unafam.org
Old'Up « Plus si jeunes mais pas si vieux »	www.oldup.fr
Maltraitance	Allo Maltraitance Personne âgée : 39 77 www.3977.fr
Lignes d'écoute	Solitécoute (> 50 ans) : 0 800 47 47 88 www.petitsfreres.asso.fr Croix rouge écoute : 0 800 858 858 www.croix-rouge.fr



12 || Lexique des EMPSA

- **BZD** : Benzodiazépine
- **CATTP** : Centre d'accueil thérapeutique à temps partiel
- **CCAS** : Centre communal d'action sociale
- **CLIC** : Centres locaux d'information et de coordination
- **CLSM** : Contrat local de santé mentale
- **CMP** : Centre médico-psychologique
- **DAC** : Dispositif d'appui à la coordination
- **EHPA** : Établissement d'hébergement pour personnes âgées
- **EHPAD** : Établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes
- **EMGP** : Équipe mobile de gérontopsychiatrie
- **EMPPA** : Équipe mobile de psychiatrie de la personne âgée
- **EMPSA** : Équipe mobile de psychiatrie du sujet âgé
- **FAM** : Foyer d'accueil médicalisé
- **GDS** : Geriatric Depression Scale
- **HDJ** : Hôpital de jour
- **IDE** : Infirmier diplômé d'État
- **IPA** : Infirmier de pratique avancée
- **MAIA** : Maison pour l'autonomie et l'intégration des malades d'Alzheimer
- **MOCA** : Montreal Cognitive Assessment
- **M2A** : Maisons des aînés et des aidants
- **PA** : Personnes âgées
- **PPA** : Psychiatrie de la personne âgée
- **PSA** : Psychiatrie du sujet âgé
- **PTSM** : Projet territorial de santé mentale
- **RUD** : Risque urgence dangerosité
- **SAMSAH** : Service d'accompagnement médico-social pour adultes handicapés
- **SAU** : Service d'accueil d'urgence
- **SPDRE** : Soins Psychiatriques sur Décision du Représentant de l'Etat
- **SPDT** : Soins Psychiatriques à la Demande d'un Tiers
- **SPPI** : Soins Psychiatriques en Péril Imminent
- **SSIAD** : Service de soins infirmiers à domicile
- **SSR** : Soins de suite et de réadaptation
- **VAD** : Visite à domicile
- **UCC** : Unité cognitivo-comportementale
- **USLD** : Unité de soins de longue durée



Notes personnelles

A series of horizontal dotted lines for writing notes, spanning the width of the page.



Notes personnelles

A series of horizontal dotted lines for writing notes, spanning the width of the page.



Centre Ressource Régional de Psychiatrie du Sujet Âgé (CRRPSA)

Hôpital Corentin-Celton
4 parvis Corentin Celton
92130 Issy-les-Moulineaux
Standard : 01 58 00 40 00

Version mai 2023