



# Optimiser la prise en soin du sujet âgé souffrant de pathologie psychiatrique en EHPAD et USLD

# Optimiser la prise en soin du sujet âgé souffrant de pathologie psychiatrique en EHPAD et USLD

**Président** : Pierre VANDEL - Besançon

**Modératrices** : Elisabeth KRUCZEK - Strasbourg et Priscilla CLOT-FAYBESSE - Marseille

- **La télémédecine au service de l'expertise psychiatrique en EHPAD**

Hannah COHEN - Saint-Mandé et Joël LAPORTE - Appoigny

- **Quelles perspectives pour les équipes mobiles en psychiatrie de la personne âgée en France ?**

Cécile HANON - Issy-les-Moulineaux

- **Quel avenir pour les Unités de Soins de Longue Durée (USLD) psychiatriques dans le parcours des personnes âgées souffrant de pathologies psychiatriques sévères ?**

Gilles ASPE - Tours

# Télémédecine et Psychiatrie de la personne âgée en EHPAD

Dr. Hannah COHEN

Géronto-psychiatre

# Pertinence de l'expertise psychiatrique en EHPAD

Augmentation des demandes de liaisons auprès des sujets âgés

Prévalence des troubles psychiatriques difficile à évaluer :

En population générale (non institutionnalisés)<sup>1</sup> :

- Troubles anxieux (7-14%)
- Troubles de l'humeur (2-3%)
- Troubles psychotiques (1,7%)

Chez le sujet institutionnalisé ou hospitalisé au long cours :

- Troubles dépressifs (10-44%)<sup>2</sup>
- Troubles psychotiques (10,1%)<sup>3</sup>





# Pertinence de l'expertise psychiatrique en EHPAD



## Les 4 missions du psychiatre de liaison en EHPAD

- Repérer et diagnostiquer les pathologies psychiatriques apparaissant de novo
- Traiter les symptômes psychocomportementaux associés à la démence
- Accompagner les pathologies psychiatriques vieillissantes
- Accompagnement, soutien et formation des équipes soignantes

# Pertinence de l'expertise ps EHPAD

Mais :

- Pas de psychiatres
- Encore moins de gériatopsychiatres
- Encore encore moins de gériatopsychiatres de liaison en EHPAD ...

➔ La télémédecine peut-elle être une solution ?

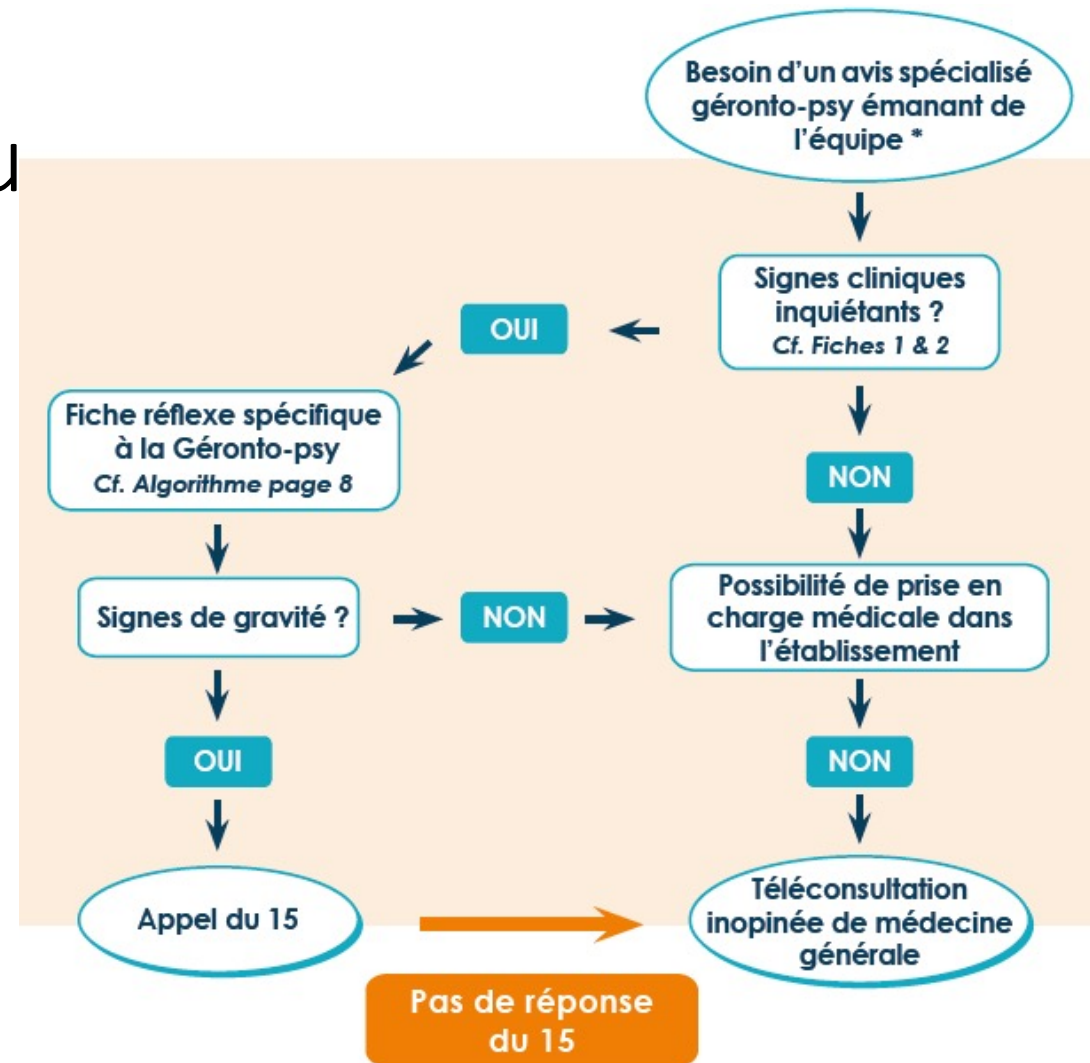


# Retour d'expérience



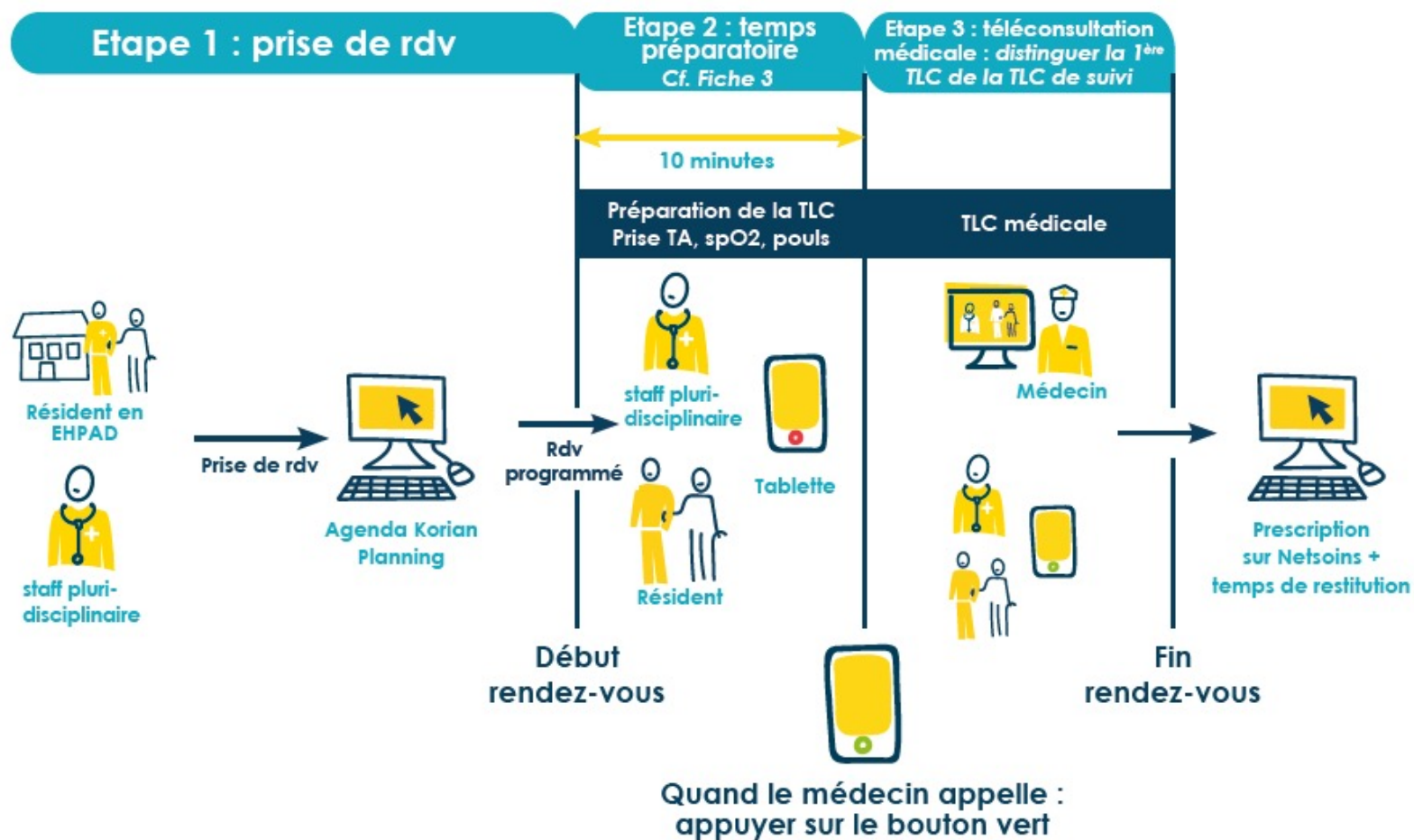


# Quand recourir à u



**KIT TÉLÉMÉDECINE EN GÉRONTO-PSYCHIATRIE**  
Un avis psychiatrique pour chaque résident  
lorsqu'il en a besoin

\* La demande est discutée en staff, hors urgence.  
L'orientation est validée par le médecin traitant ou le Medec.



### Etape 1 : prise de rdv



### L'infirmier(e) :

- Prendre le rdv pour le résident
- Réserve une plage de 20 mn pour une téléconsultation dans l'agenda de prise de rdv Korian (Opta Planning)

#### 1<sup>ère</sup> TLC : réserver une plage de 60 min

- 15/20 min pour la TLC avec le patient
- 30/40 min d'échanges avec l'équipe en présence ou non du patient

#### TLC de suivi : réserver une plage de 20 min



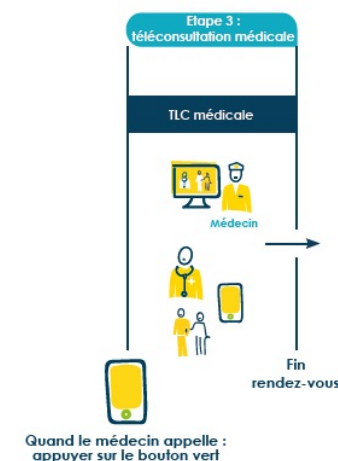
### L'infirmier(e) se rend au chevet du résident avec la tablette :

- Les 10 premières minutes sont consacrées à la prise des paramètres vitaux et à la synthèse des éléments du dossier du résident

- Préciser et confirmer le motif de consultation, ainsi que les principaux symptômes, antécédents (médicaux, chirurgicaux, allergie) traitement habituel...

- Prendre les paramètres : tension artérielle, pouls, température, saturation en oxygène et glycémie capillaire (sur demande du médecin)

### Vers la dixième minute, le médecin appelle sur la tablette



### L'infirmier(e) se rend au chevet du résident avec la tablette :

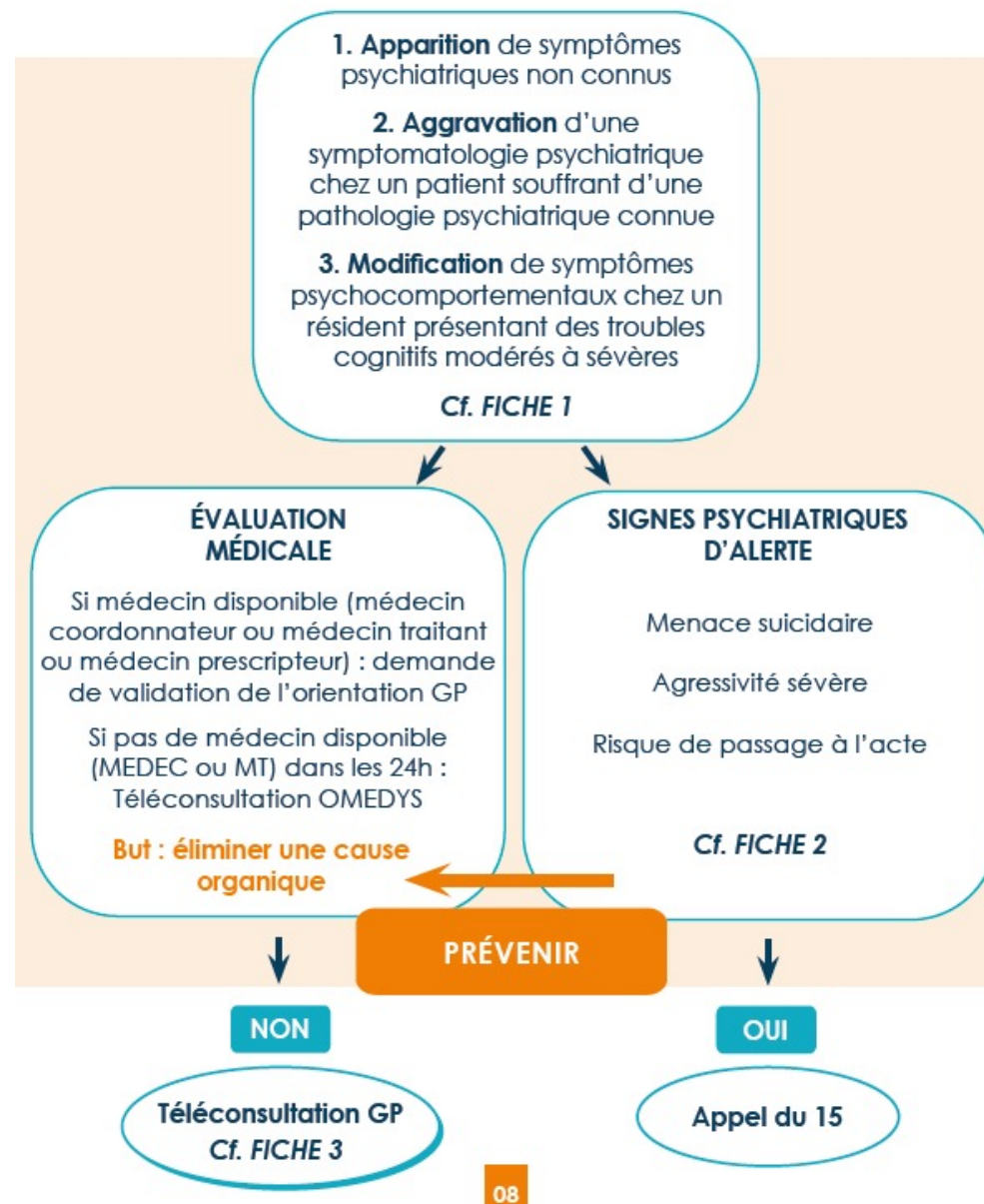
- Le bouton en bas de la tablette passe du rouge au vert, le staff pluridisciplinaire accepte l'appel en appuyant sur ce bouton

- La téléconsultation dure approximativement 20 mn

- Pendant la consultation avec le médecin téléconsultant, le staff pluridisciplinaire reste avec le résident

- Les prescriptions sont faites ensuite directement par le médecin dans le dossier du patient sur le logiciel Net Soins

- Organiser un temps de restitution à l'issue de la TLC avec l'équipe ou CR intégré dans le dossier avec une proposition thérapeutique



|                                                          |                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                                     |
|----------------------------------------------------------|-----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Apparition</b> de symptômes psychiatriques non connus | <p><b>Concerne les patients NON atteint de démence :</b></p> <p>Tristesse importante et persistante (nouvelle)<br/> Repli<br/> Hostilité<br/> Perte d'appétit (non expliquée par une cause physique)<br/> Agitation<br/> Angoisse<br/> Idées de persécution<br/> Hallucinations<br/> Idées suicidaires non scénarisées<br/> Agressivité modérée</p> |
| <b>Aggravation</b> d'une symptomatologie psychiatrique   | <p><b>Modification du comportement d'un patient souffrant de :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Dépression</li> <li>• Trouble Bipolaire</li> <li>• Schizophrénie</li> <li>• Trouble anxieux</li> </ul>                                                                                                                              |
| <b>Modification</b> de symptômes psychocomportementaux   | <p><b>Majoration / modification des troubles :</b></p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Cris</li> <li>• Agitation</li> <li>• Déambulation</li> <li>• Apathie</li> <li>• Repli</li> <li>• Désinhibition / hypersexualité</li> <li>• Comportement d'accumulation pathologique</li> </ul>                                                      |

**+ Désir de modification psychotrope :  
arrêt, ajout, introduction, switch, baisse, etc.**

|                                   |                                                                                                                                                                                            |
|-----------------------------------|--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| <b>Menace Suicidaire</b>          | <p>Patient ayant fait une TS dans les jours précédents = évaluation sur le SAU</p> <p>Patient ayant un scénario et des moyens à disposition</p>                                            |
| <b>Risque de passage à l'acte</b> | <p>Menace de passage à l'acte ou passage à l'acte récent (auto ou hétéro-agressif).</p> <p>Menace sur le personnel soignant</p> <p>Patient agité ne tenant pas en<br/>Téléconsultation</p> |



## Fiche 3 : Préparation de la téléconsultation

### 1. Vérifier

L'absence d'hypoacousie / surdité empêchant la téléconsultation

L'absence de délire centré sur les écrans (nécessite consultation présenteielle)

### 2. Avertir

Dire au patient qu'il va rencontrer un Psychiatre (et pas seulement un médecin) en téléconsultation

Y compris s'il s'agit d'un patient atteint d'une pathologie démentielle

### 3. Préparer

Le motif de demande

L'ordonnance complète du patient

Les antécédents médicaux et psychiatriques

An illustration of a man in a blue suit and white shirt running to the right, carrying a brown briefcase. He is running through several horizontal red lines that represent caution tape. A yellow scarf is flying behind him. The background is a light beige color with a white, torn-paper-like shape on the right side.

tout de même

que de la télémédecine

équipes

et du logiciel

ousie trop importante

que neurologique au lit du malade

# Conclusion

- Poursuite de l'expérimentation
- Extension à plusieurs autres gériopsychiatres du groupe
- Augmentation du nombre de site participants
- Une pratique et des outils à développer



AP-HP. Centre  
Université  
Paris Cité



# Les EMPSA

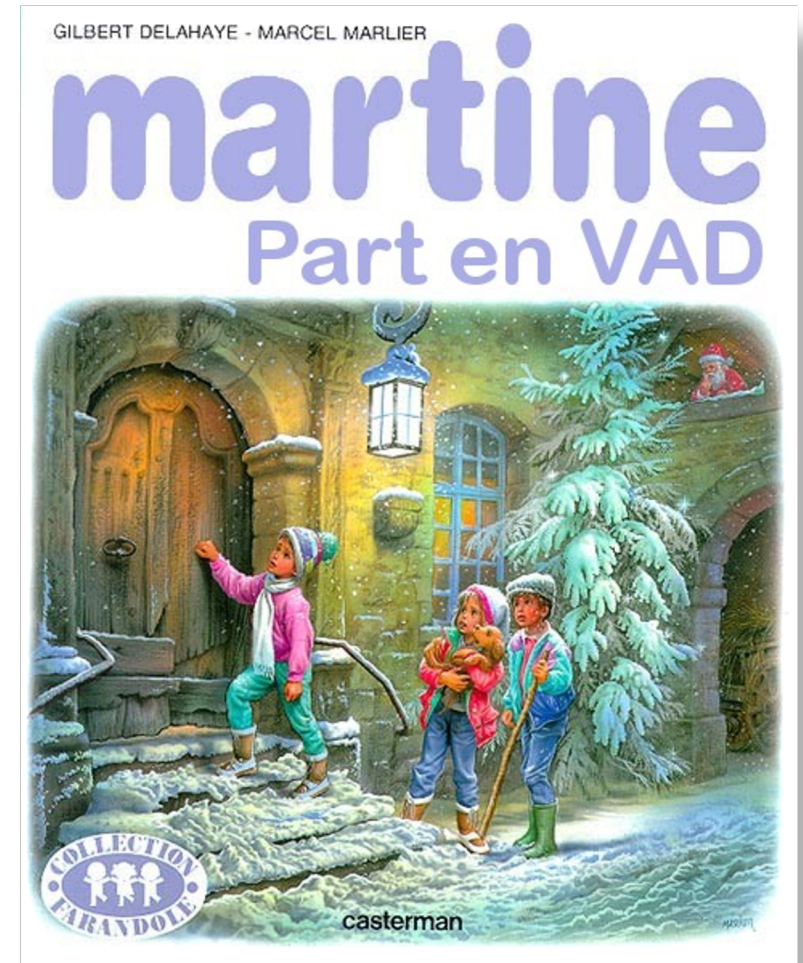
## Une (r)évolution pour les soins aux plus vulnérables

**Dr Cécile HANON**

**EMPSA 92 sud**

CRR-PSA – Pr Limosin- Hôpital Corentin-Celton, AHP Centre –Université Paris  
Cité

[empsa.92sud@aphp.fr](mailto:empsa.92sud@aphp.fr)



# De l'asile vers la communauté, la mobilité est une histoire ancienne en psychiatrie

Circulaire 15 mars 1960: basculement vers l'ambulatoire

Principe organisationnel des soins de secteur : « Séparer le moins possible la personne de sa famille et de son milieu et son entourage »

La désinstitutionnalisation modifie et majore les besoins de soins à domicile

+ 80% des personnes malades sont traitées en ambulatoire dans le secteur public (Coldefy, 2020)

## Chapitre « Vieillards »

*Une place particulière devra être faite au problème des personnes âgées. En principe, leur place est à leur foyer et, éventuellement, dans les maisons de retraite. Ce n'est qu'exceptionnellement, lorsqu'elles présentent des troubles mentaux relevant de traitements psychiatriques, qu'elles doivent être adressées à l'hôpital psychiatrique. Dans la plupart des cas, une hospitalisation effectuée dans des conditions satisfaisantes, mettant en œuvre les techniques nécessaires, qui réclament d'ailleurs un personnel important, devrait permettre de rendre la personne âgée à son foyer dans un délai relativement rapide. L'insuffisance de l'équipement du département desservi en matière de maisons de retraite, ne peut être la justification de besoins élevés en ce domaine à l'hôpital psychiatrique*



Les EM sont une modalité de soins qui fluctue selon les ressources & moyens  
(Ramonet & Roelandt 2013)

Typologies différentes d'intervention: crise, accompagnement, suivi, évaluation  
(Anap, 2015)

Spécificités émergentes : périnatal, pédopsychiatrie, autisme, crise, réhabilitation, addictologie, TCA, précarité...

Le maintien à domicile est réaffirmé comme une priorité

*Plan maladies neurodégénératives 2014-2019*

Mission des CMP: « Unités de soins ambulatoires et d'intervention à domicile sont mises à disposition d'une population, en sortie d'hospitalisation et pour favoriser le maintien à domicile »

*Arrêté du 14 mars 1986*

2013-2018

Déploiement du programme « PAERPA » dans 18 territoires et de « Territoire de soins numériques » pour 5 territoires

Priorité à l'accompagnement à domicile pour mieux « vieillir chez soi »  
(APA dom, droit au répit, congé de proche aidant, prévention de la perte d'autonomie)

*Loi relative à l'adaptation de la société au vieillissement du 28 décembre 2015*

Reconnaissance du handicap psychique et accès aux dispositifs de droits commun pour le maintien à domicile dans la plus grande autonomie possible

*Loi du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées*

# 2022- Mission ARS IdF/CRRPSA sur les EMPSA

## 1. Objectifs

Mise en place d'une offre territorialisée et décloisonnée en tenant en compte des spécificités liées à l'âge

Renforcer l'accompagnement à domicile et l'« aller vers » les personnes âgées

## 2. Evaluations et rencontres avec les 25 EMPSA d'IdF

Ressources, fonctionnement, spécificités territoriales, cartographie, zones blanches..

## 3. Référentiel régional d'organisation

Aide à la création d'équipes

## 4. Recommandations et Bonnes pratiques

Facteurs de succès et pistes d'amélioration des organisations



**Sensibiliser et aculturer** les équipes et les partenaires

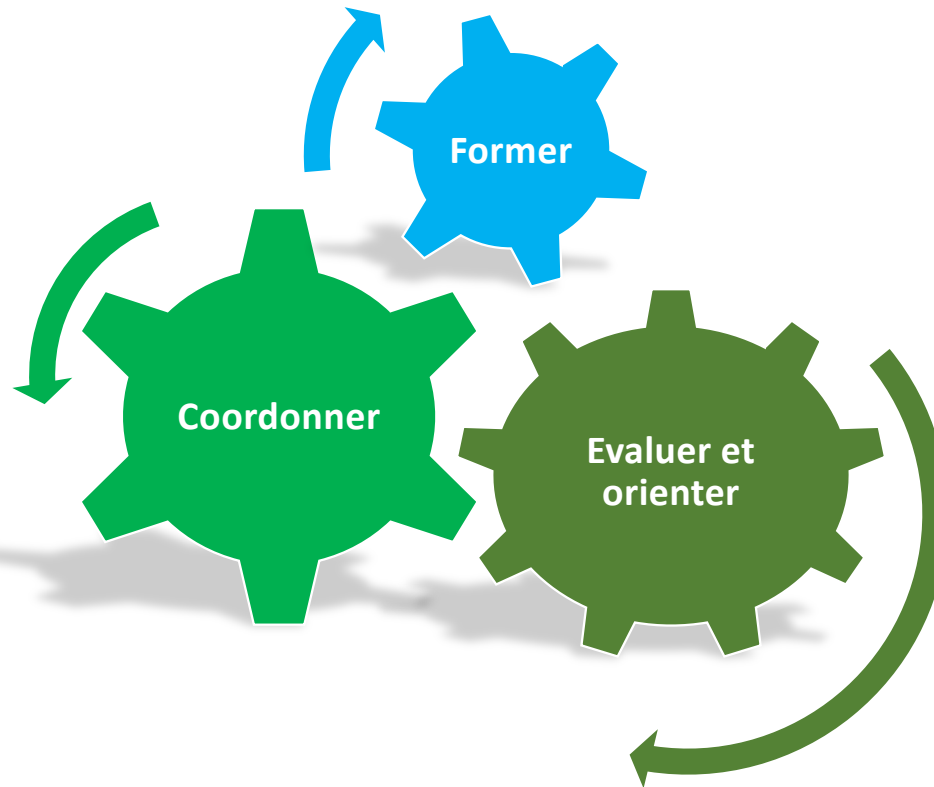
**Fédérer** autour de thématiques d'intérêts communs (thérapeutiques, approche non médicamenteuses, soin psychique, éthique...)

**Promouvoir** la délégation de compétences

**Information et soutien** des aidants

**Coordonner & articuler les prises en charges** avec le médecin traitant et/ou le réseau existant de façon synergique dans un maillage cohérent, sans s'y substituer  
**Identifier** des soignants ressources

**Favoriser** le maintien dans le lieu de vie ou accompagner l'entrée en institution



**Evaluer** sur le plan diagnostique et thérapeutique, en pluri professionnelle et en situation de vie (domicile, Ehpad)

**Faciliter l'accès aux soins**, fluidifier l'entrée dans un parcours de soins ambulatoires et/ou hospitaliers

# Les équipes

- 153 professionnels sur 25 équipes
- En moyenne 6 personnes / 3.8 ETP par équipe
- Répartition des métiers
- Sanctuarisation du temps médical et infirmier
- Intérêt des IPA
- Accueil des internes (option PPA)

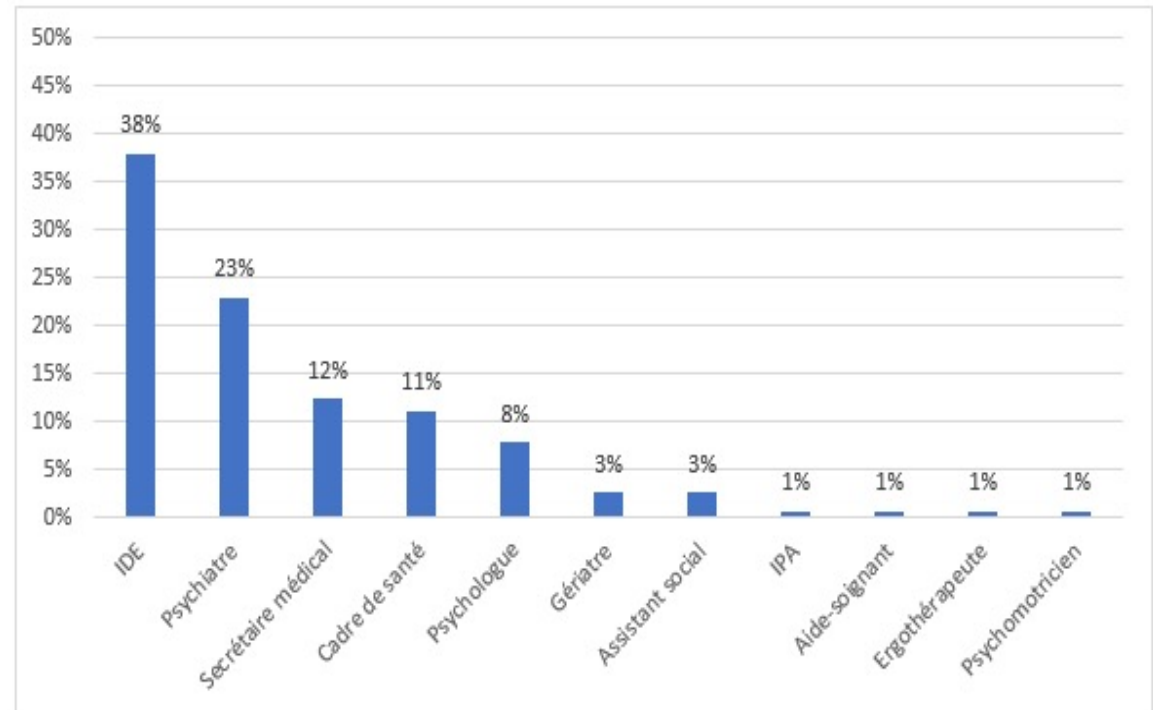
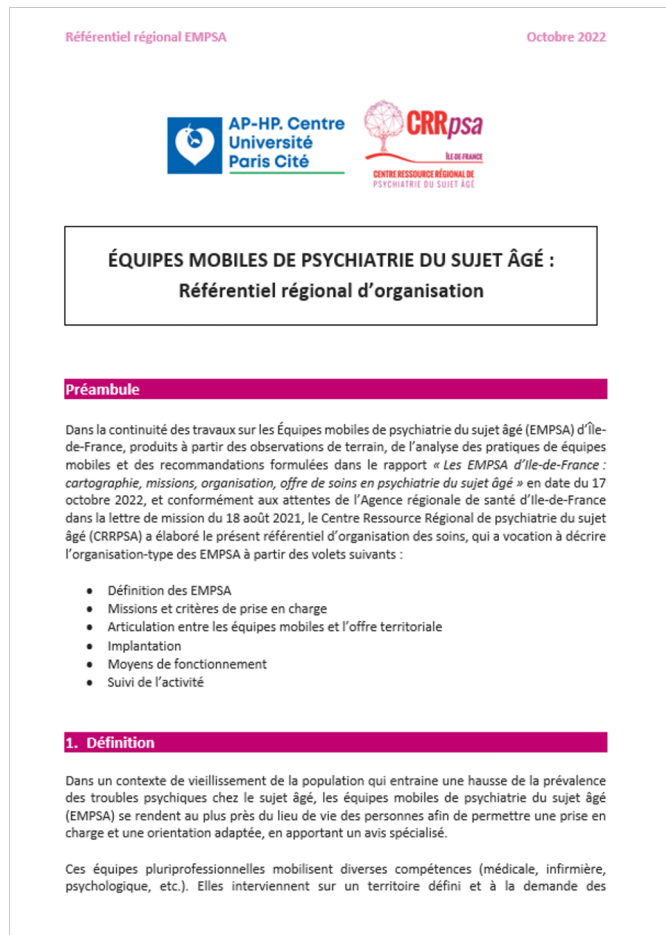


Figure 2 : Répartition des métiers au sein des EMPSA franciliennes (n=25)

- ✓ Des formations, parcours et compétences professionnelles distincts qui forment l'esprit d'équipe
- ✓ Mots clés: responsabilité, autonomie, polyvalence, adaptation, créativité

# Référentiel régional d'organisation 2022



1. Définition des EMPSA
2. Missions et critères de prise en charge (âge, lieu de vie, non connu du secteur ou en rupture de soins, nécessité d'un intervenant médical référent)
3. Articulation sur le territoire
4. Implantation
5. Moyens de fonctionnement
6. Suivi de l'activité

<https://crrpsa.fr/page/referentiel-regional-d-organisation-des-empsa>



# 10 bonnes pratiques

1. Définir la répartition des **interventions entre l'équipe mobile et les secteurs**, et plus particulièrement les CMP.
2. Identifier des **référents « personnes âgées »** - soignants et/ou médicaux - au sein des CMP et inversement, des **référents « psychiatrie »** dans les EHPAD.
3. Travailler en collaboration avec la **filière gériatrique du territoire** et, lorsqu'elle existe, l'équipe mobile de gériatrie externe pour faciliter la prise en charge dans une filière de soins adaptée à chaque patient.
4. Rechercher systématiquement **l'implication d'un intervenant médical** (médecin traitant, médecin coordonnateur).
5. Réaliser des **visites à domicile (VAD) en binôme pluriprofessionnel**.
6. Organiser des **réunions d'équipe régulières**, pour organiser le fonctionnement de l'unité et discuter des cas cliniques.
7. Disposer d'une **adresse mail générique et d'une ligne téléphonique directe**.
8. Inciter les établissements porteurs à **mettre à disposition des équipes des moyens de transport adéquats** : véhicule dédié, remboursement intégral des transports publics, vélos...
9. Suivre **l'activité des l'EMPSA** et mener des **enquêtes de satisfaction** à destination des partenaires et des usagers de l'équipe.
10. Faciliter et formaliser le **partage de données de santé** dans le respect du secret professionnel partagé.

<https://crrpsa.fr/page/recommandations-et-bonnes-pratiques-en-empsa>

# 10 recommandations

1. Encourager les projets de **création d'EMPSA** dans les territoires franciliens non couverts.
2. Initier un travail de recherche pour objectiver **l'impact des EMPSA sur les adressages/ passages au SAU** pour motif psychiatrique.
3. Sous l'égide du CRRPSA, **mutualiser les modules de formation** développés par les différentes équipes pour former un public professionnel plus large et de manière plus fréquente.
4. Valoriser et sanctuariser le **temps médical** au sein des EMPSA.
5. Faciliter **l'accès à des formations spécifiques en psychiatrie du sujet âgé** pour les professionnels des EMPSA qui ne sont pas encore formés.
6. Renforcer les **postes des psychologues** au sein des EMPSA pour pouvoir, notamment, développer le soutien aux aidants professionnels et familiaux.
7. Encourager les équipes mobiles à **développer la téléconsultation** et mieux valoriser ces actes.
8. Pérenniser et sanctuariser les **enveloppes dédiées aux financement** des EMPSA.
9. Mener une réflexion sur la **définition d'indicateurs communs aux EMPSA** afin de suivre leur activité et la qualité des soins des équipes, dans un but d'évaluation, d'amélioration des pratiques et de valorisation de l'activité.
10. Sous l'égide du CRRPSA, **communiquer sur les EMPSA** et accompagner ces dernières dans le développement de supports de communication.

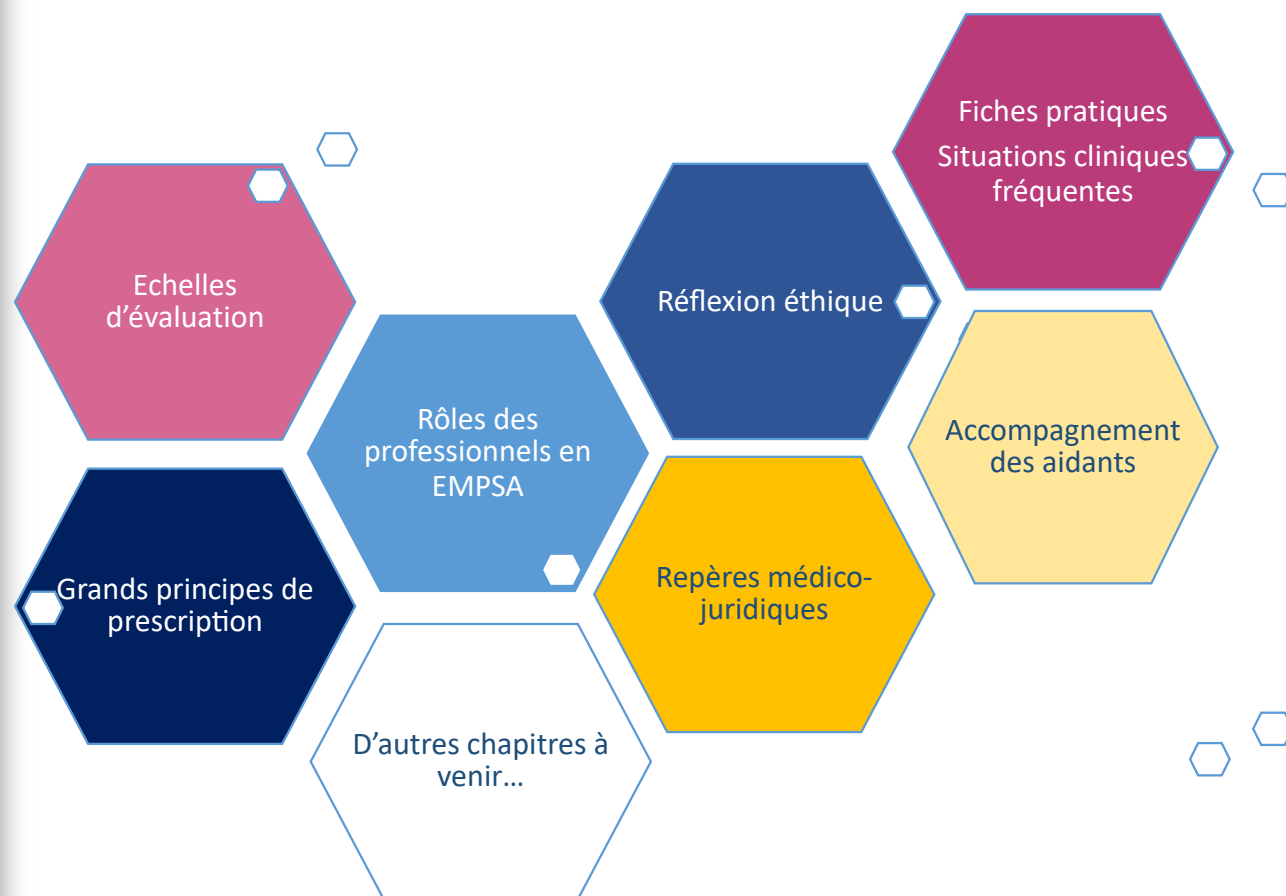
<https://crrpsa.fr/page/recommandations-et-bonnes-pratiques-en-empsa>



# VADemecum >>

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

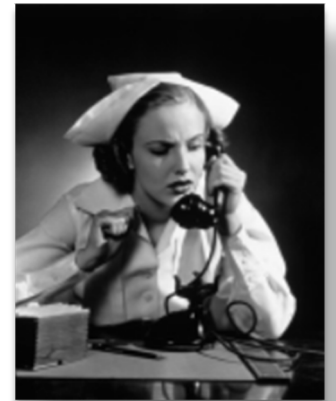
Version 1.0  
Mai 2023



Disponible sur le site [www.crrpsa.fr](http://www.crrpsa.fr)

# Pour conclure, travailler en équipe mobile...

- ✓ Répond à un besoin sanitaire majeur en facilitant l'accès aux soins aux personnes vulnérables, peu mobiles et isolées
- ✓ Permet d'apporter une expertise clinique, une action soignante de qualité et une alternative à l'hospitalisation
- ✓ Permet la diffusion de bonnes pratiques
- ✓ Ouvre à de nouvelles compétences professionnelles
- ✓ Offre de la souplesse, de l'adaptabilité et de la créativité dans l'organisation de la réponse
- ✓ Peut changer le regard sur la maladie mentale par l'aculturation au soin psychique et la déstigmatisation





USPC Psychiatrique

—

Pole Santé Mentale la Confluence  
TOURS



# 1 – USLD Psychiatrique

---

- 80 Lits
- UF du Pole Santé Mentale la Confluence
- Composée de
  - 80 lits USLD Psychiatriques
  - 40 lits FAM Psychiatriques
- Issus d'un Centre de Long Séjour
- Disparue en 2010 et scindé avec les mêmes malades déjà hébergés
- Actionnaires différents MEDIDEP/KORIAN/INICEA/KORIAN



## 2 – Pole Santé Mentale la Confluence

---

- 120 Lits habilités Aide Sociale
- Convention Tripartite
- Etablissement
- ARS – Forfait Soins
- Département – Forfait Hébergement

## 2 – Pole Santé Mentale la Confluence

---

- Accueil exclusivement des pathologies psychiatriques
- Schizophrénie paranoïde (symptômes discordant prédominants)
- Schizophrénie dysthymique
- Bipolarité de type 1 (ancienne Psychose Maniaco-Depressive)
- Associés ou non à des TOCs ou inadaptation à la relation à l'autre (agressivité)
- Korsakoff

## 3– Coupe Pathos

---

- Il y a quelques mois, comme dans tous les USLD en France, nous avons du répondre à cette évaluation
- L'objectif est d'obtenir un score le plus élevé possible
- La dotation en soignant dépend de ce score
- Bien conseillé, nous avons fait évoluer nos cotations
  - P2XT1 => P1

## 3– Coupe Pathos

---

- Notre score est de 414 mais surprise
- Cette coupe pathos n'évalue pas les besoins en temps soignant mais le besoin de chaque patient pour voir s'il relevait d'une structure type USPC ou d'un EHPAD

## 3– Coupe Pathos-Perspectives

---

- 50% des patients sont éligibles à l'USPC
- 40 patients seraient accueillis en USPC psychiatrique
- 40 résidents relèveraient d'une structure EHPAD psychiatrique
- Scission administratives de patients déjà hébergés

## 4 – USPC

---

- Définition
  - Unité de soin prolongés complexes
  - Patients amsouffrant de pathologies graves et complexes
  - Pour les patients issus de services de MCO, les pathologies somatiques complexent pouvant être clairement identifiés.
  - Ce dont des patients qui ne relèvent plus de soins ou de rééducation actives mais dont les soins sont trop importants pour un établissement médico social

## 4 – USPC

---

- Définition suite
  - Grande dépendance liée à la pathologie mentale.
  - Comorbidités associées
  - Nécessitant
    - Surveillance et soins importants
    - Une prise en charge pluridisciplinaire d'entretien régulière et prolongée
    - Dans le cadre d'une réflexion éthique



## 5 – USPC Psychiatrique

---

- Patients gravement handicapés par leur pathologie mentale et qui nécessitent pour prévenir une décompensation des soins actifs importants et permanents
- La psychiatrie, hors la phase aiguë, est une prise en charge centrée sur la prévention de la rechute.
  - Eviter la décompensation
  - Maintenir l'autonomie
  - Apporter une qualité de vie optimale malgré le handicap
  - Respecter leur désir et volonté (Projet Personnalisé)
  - En ne respectant pas leur maladie psychique
  - D'où une réflexion éthique constante

## 8 – USPC Psychiatrique

---

- Maintenir une vigilance permanente sur la qualité de vie au travail des salariés
- Prévention de l'épuisement et de la chronicisation des soignants
- Maintenir une dynamique institutionnel
- Accueil et aide au maintien des liens familiaux

## 5 – USPC Psychiatrique & Réseau

- L'USPC ne peut exister sans réseau
  - Amont
  - Services adresseurs
    - Services de psychiatrie aiguë (réduction de lit et de personnel, public et privé)
    - Etablissements médico-sociaux
      - Foyer de vie / famille d'accueil
      - EHPAD
    - Domicile : sur demande des services ou des médecins psychiatres et de la famille
    - Autres

## 5 – USPC Psychiatrique-Aval

- Nous ne pourrions accueillir des patients dans un lieu de vie et de soins sans maintenir, pour certains, la possibilité d'un ailleurs, un jour
- Les temps longs de prise en soin institutionnel permettent parfois des améliorations cliniques
- Les patients stabilisés ou d'évolution déficitaire peuvent être accueillis en milieu non psychiatriqué
  - En EHPAD
  - En foyer logement
  - Résidence appartement associé à une prise en charge éducative – SAMSA, SAVS – et suivi ambulatoire du secteur psychiatrique

## 6 – Coordination départementale

---

- Une cellule de réflexion et de coordination entre les principaux centres de soins et d'accueil permettrait d'optimiser et de fluidifier la prise en soins des patients

## 7 – Quelles organisations?

---

- Humaine
  - L'élément humain et le temps de soin relationnel est l'outil indispensable à nos prises en charge
  - Unité de 12 à 15 lits (3X14)
  - 2 ETP par lit soit 28 ETP par unité
  - 0,5 ETP médical pluridisciplinaire par unité
  - Travail en équipe interdisciplinaire indispensable

## 7 – Quelles organisations?

---

- Humaine
  - 0,33 ETP Kiné
  - 0,5 ETP Psychologue
  - 0,5 ETP Ergothérapeute / Psychomotricien
  - 0,33 ETP Assistante Sociale
  - 0,33 ETP Secrétaire
  - 0,33 ETP Cadre
  - 3 ETP encadrement par Unité
- Soit 25 postes pour infirmière, AS, Educateur, AMP, Animateur

## 7 – Quelles organisations?

---

- Locaux
  - Chambres individuelles
    - confortables équipées d'une salle d'eau avec flexible de douche et sans bouton poussoir
    - Personnalisables
    - Accessible PMR
    - Nous passerons sur l'équipement
  - Salles d'activité
  - Salle de réunions
  - Salle de pause personnel
  - Bureaux



## 8 – Les lits d'EHPAD

---

- Pour une réduction de ce nombre
- Objectifs de 15 à 20 lits
- Lits d'observation : lits d'attente d'une réorientation vers une EHPAD classique
- Conçu comme une unité de transition, d'adaptation à une vie en EHPAD non psychiatrique

## 9 – Propositions

---

- Créer une unité de réadaptation à la vie sociale
- Cette unité accueillerait les patient dits beds blockers
- Toutes les unités de psychiatrie privées ou publics sont confrontées aux difficultés de réorientation de patients relativement stabilisés mais sans structure d'aval ou logement ordinaire mais bon marché ou FAM / USLD / EHPAD
- L'élaboration d'une solution psychosociale adéquat est indispensable à la prévention de la rechute qui nécessite des mois d'élaboration et recherche

## 9 – Propositions

---

- Cette unité de réadaptations permettrait d'organiser cette transition libérant les lits d'aiguë et permettrait une prévention du phénomène dit de la porte tambour (sortie/réadmission/sortie/réadmission...), sortie mal préparée, trop hâtive liée à la pression du manque de place en aiguë, précarité hors milieu hospitalier et rechute

# 10 – Equipe Mobile

---

- Une équipe mobile d'accompagnement de la transition est la corolaire indispensable de l'unité de réadaptation.
- Il est nécessaire de sécuriser patient et institution d'aval
- Entretien avec les équipes, soutien, rencontres, discussion avant le transfert, visites après le transfert permet de réussir la réinsertion
- Cet accompagnement peut durer plusieurs mois avant un transfert définitif ou le retour temporaire ou définitif si inadaptation

# 11 – Conclusion

---

- Ce type de structure et d'accompagnement a un cout certain. Mais en permettant une réinsertion de certains patients hors du secteur de soins en prévenant les rechutes, nous permettrons à long terme une économie et un gain de qualité de vie pour nos patients (première prévention de la rechute)



Merci pour votre attention !

---

