



*Optimiser la qualité
de vie des personnes
âgées présentant un
trouble Psychotique
vieillissant ou tardif
par la coordination
des soins*

7 Juin 2024

Sita GAKOU, IPA

Equipe mobile de
psychiatrie du sujet Agé

EMPSA

s.gakou@ghu-paris.fr

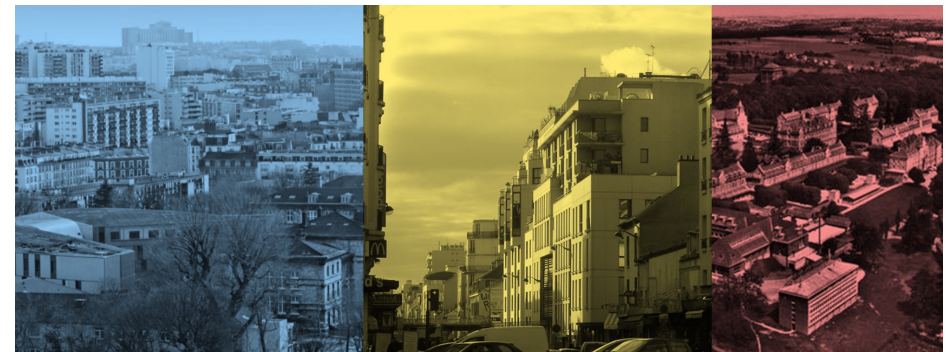
5^e Congrès



SF3PA

**Société Francophone
de Psychogériatrie et de
Psychiatrie de la Personne Âgée**

Jeudi 6 et vendredi 7 JUIN 2024 - MONTPELLIER



GHU PARIS

PSYCHIATRIE &
NEUROSCIENCES

Conflit d'intérêt

Je déclare n'avoir aucun
conflit d'intérêt

5^e Congrès



Société Francophone
de Psychogériatrie et de
Psychiatrie de la Personne Âgée

Jeudi 6 et vendredi 7 JUIN 2024 - MONTPELLIER

Handicap psychique

Trouble psychotique vieillissant, trouble psychotique tardif

LOI n° 2005-102 du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées

Stigmatisation
hospitalisations prolongées
Recours à la filière médico-sociale

Invisibilité sociale de certains handicapés
vieillissants

Handicap psychique

Idée de stabilisation, rémission ou rétablissement
Statut d'handicapé → malade

Terme qui ne fait pas consensus

Symptomatologie

Symptômes positifs

Réduction

Symptômes négatifs

Accentuation
Fatigue, perte d'énergie
Apathie
...

symptômes dépressifs
fréquents

Autonomie

Perte précoce AVQ

dépendance

Social

activités de loisirs
plus restreintes
Isolement

Moins de réseaux
sociaux
Difficultés
économiques

Possible atteinte de la
qualité de vie

Qualité de vie

SF36 : DOMAINES

Activité physique, vie et les relations avec les autres, douleurs physiques, santé perçue, la vitalité, limitations dues à l'état psychique, limitations dues à l'état physique et la santé psychique.

MMSE 16 et +

Dimension physique Fonctionnement adaptatif	Dimension psychologique Satisfaction de vie ou bien être subjectif	Dimension sociale Ressources externes
Prise en charge de soi Rôle social	Concept d'Insight : stabilité, bonne conscience de ses troubles	Ressources matérielles Confort de vie

Secteur et continuité des soins

Circulaire du 15 Mars 1960

La politique de secteur = continuité des soins

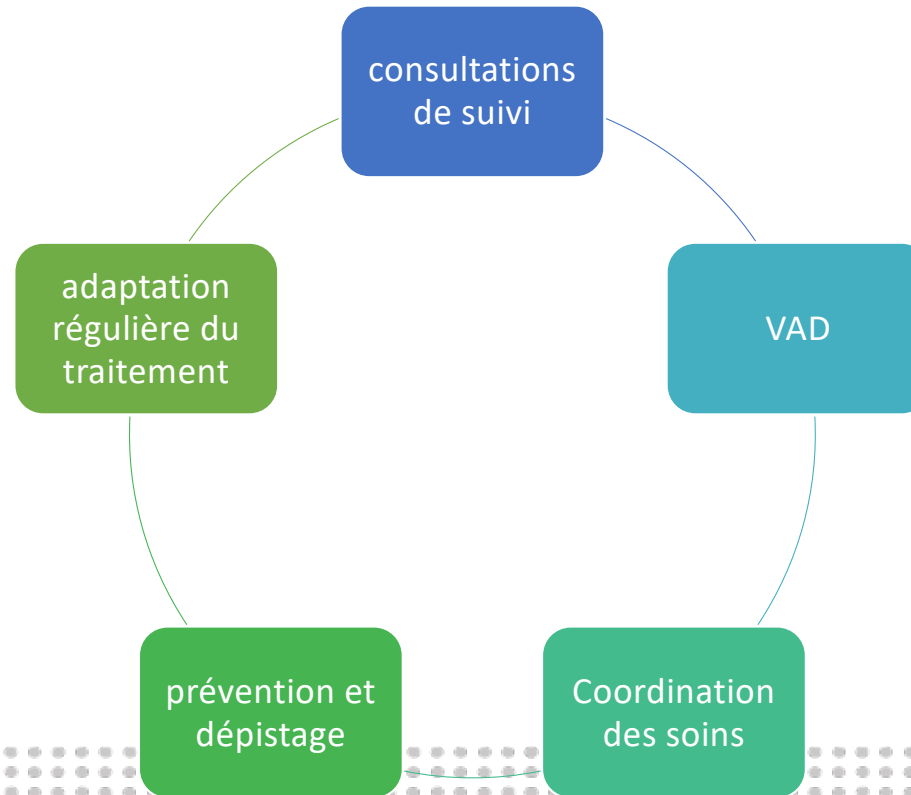
Avancée dans l'âge ne peut constituer une dérogation à ce principe, surtout chez ces patients très sensibles à la qualité relationnelle.

Limites du secteur pour cette catégorie de patients : précarité et exclusion, handicap et dépendance, droit à un logement adapté, santé mentale et politique de la vieillesse.

Prise en soins



Circulaire 1960
incitation forte à
faire de la liaison
(Réseau)

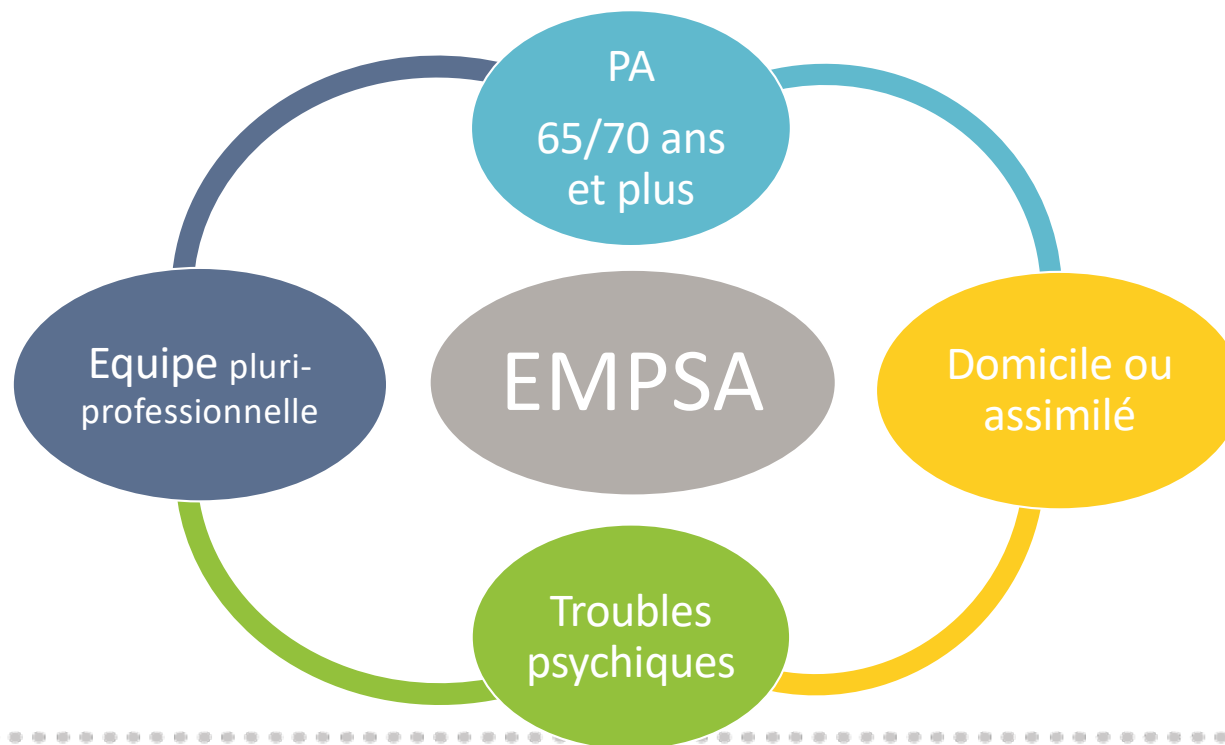


Engagement mis à mal
Augmentation des files
actives, moins de
moyens

Intervention de l'EMPSA



Rappel Fonctionnement d'une EMPSA



Les sujets âgés



Signalement

- Travailleurs sociaux
- Nouveau médecin traitant

La personne

- **Troubles psychotiques vieillis et tardifs (SCHZ vieilles, SCHZ tardives, troubles délirants persistants)**
- célibataire, divorcée, veuve
- Rupture de soins de longue date
- Inconnue de la filière psychiatrique
- Isolement, précarité sociale, existence marginale

Proches

- En souffrance
- Signalement au décès ou maladie de ces derniers
- Absence de famille ou rejet de longue date

Intervention EMPSA

PEC PSY

alliance thérapeutique,
Insight, psychoéducation,
contrôle de l'adéquation du
traitement psychotrope

1ères prescriptions si
nécessaire

Théories de soins infirmiers

Caring de J Watson (1998)

10 facteurs caratifs

Comportement de santé

négligence des soins,
incurie
mauvaise nutrition,
Sédentarité,
addictions alcool,
tabac ou autres
substances

Comorbidités

Dépistage et
diagnostic de
comorbidité
d'affections
organiques

Troubles
neurocognitifs

Orientation vers un
suivi médical
régulier

Orientation filière
gériatrique

Parcours de soins

Adaptation au projet de
vie et état clinique du
patient

Amélioration de la
qualité de vie

Parcours de soins à
construire, prise en
compte des besoins

Coordination

Absence de désignation
d'un médecin traitant
dans plusieurs cas

Relation avec les familles

Mise en confiance

(impression d'intrusion, résistance à l'égard de travailleurs sociaux, expériences antérieures négatives ...)

Renégociation des relations entre les proches et les professionnels

Aidants

Propre vieillesse des aidants et difficultés d'ordre physique et/ou psychologique afférentes

Pathologies du vieillissement, pertes d'autonomie, entrée dans la dépendance

Placement en EHPAD du patient = décès des parents, leurs hospitalisations ou l'apparition de maladies invalidantes. **Seule la crise parvient à les rendre visibles**

Le patient psychotique vieillissant en EHPAD

Quels avantages ?

- Nouvelle identité « âgé » à la place du « psy »
- Devient un Résident
- Adaptation de certains en lien avec leur dépendance dans ce nouveau lieu
- Gain en autonomie et en qualité de vie
- Dans certains cas : Préservation des liens avec l'équipe de psychiatrie
- Lieu de vie lieu plus neutre peut faciliter la reprise de contacts avec les familles
- EHPAD et pouvoirs publics garants de la qualité de vie au sein de ces établissements

Inconvénients



- ❑ **Immersion parfois brutale** dès 60 ans = décompensation possible.
- ❑ **Séparation rapide** et sans préparation au deuil et à la séparation
- ❑ **Manque de places, refus des structures**, aucune expérience de la vie en collectivité
- ❑ Le **changement d'appartenance** au groupe entraîne des difficultés d'adaptation.
- ❑ **Déstructuration** car nouvelle organisation de l'espace, des liens, faible densité de temps de psychologue, d'infirmiers.
- ❑ **Manque de formations du personnel** : Parfois infantilisation, sur-stimulation ou une trop grande proximité du corps.
- ❑ **Attitude parfois peu bienveillante des autres résidents** et parfois des équipes.
- ❑ **Double stigmatisation**, par l'âge et par l'étiquette de « patients chroniques ».
Ecart d'une génération !
- ❑ **favorise un effondrement** dépressif, des angoisses de mort, la réactivation du délire ou de l'agressivité.

Exemples de situations



DOMICILE

- **Mr Paul 70 ans**
- Signalement **assistante sociale**
- **Schizophrène vieillissant inconnu du secteur**
- Vit seul, Absence MT, Absence suivi
- **Frère (malade) aidant principal** après le décès des parents
- Patient stable, absence de souffrance
- **Autonomie en partie préservée**
- Information du pharmacien car absence d'autres professionnels de santé
- **Préconisations : MT, CMP, CATTP** (ennui rapporté et isolement depuis maladie du frère)



GHU PARIS
PSYCHIATRIE &
NEUROSCIENCES

EHPAD

- **Mme Jeanne 71 ans**
- En EHPAD depuis août 2022 car **perte d'autonomie**
- **Ancienne gardienne a toujours vécu seule.**
- 2 filles, 7 petits enfants avec qui elle n'a **plus de contacts.**
- **Schizophrénie tardive vieillissante**
- **Intervention EMPSA avril 2023 :** Etat dépressif, Dévalorisation importante, persécution à l'égard du personnel, hallucinations auditives, aboulie, anhédonie, délires de persécution persistants après traitement par sérotoninergique (Sertraline)
- **Aucun suivi psychiatrique** auparavant
- **Instauration neuroleptique** (Risperidone puis Abilifv)



PEC EMPSA

Difficultés rencontrées

Double stigmatisation : âgé et « psy » Représentations négatives

Absence de médecin traitant et de suivi face à d'autres pathologies chroniques (diabète, HTA, maladie coronarienne etc..)

Manque de structures d'aval adaptées : lits de psychiatrie du SA, lieux de vie spécialisés pour handicapés psychiques vieillissants autre que l'EHPAD

à l'instar des inter-secteurs de psychiatrie infanto-juvénile créés en 1974, absence de statut et moyens de véritables inter-secteurs de géronto-psychiatrie

Manque de formation et d'effectif en EHPAD, suivi par des équipes du SAVS, ou du SAMSAH s'interrompt à 60 ans

Difficultés relationnelles, de prise irrégulière du traitement et du fait que les aides à domicile sont plus facilement accordées pour la perte d'autonomie physique que psychique.

Entrée en EHPAD difficilement négociable

Axes d'amélioration

Comment améliorer la QV de ces personnes ?

- Création récente (2017) d'une surspécialité de psychiatrie de la personne âgée dans le parcours de formation des internes peut être un premier pas dans ce sens.
- Interventions infirmières spécialisées de secteur ou d'équipes mobiles et des consultations régulières pour assurer la continuité du suivi psychiatrique et valoriser une approche institutionnelle de leur accompagnement
- Préservation des liens avec les équipes de secteur est nécessaire pour faciliter l'insertion et le maintien d'un espace de parole autre et une qualité de vie.
- Structures d'hébergement capables d'accueillir les handicapés psychiques âgés, le développement d'équipes mobiles dédiées aux EHPAD, unités spécifiques pour « handicapés psychiques vieillissants »
- société inclusive bienveillante à l'égard des personnes handicapées afin qu'ils participent pleinement à la vie dans la cité.
- Formation du personnel de l'EHPAD, missions EMPSA

Conclusion

Qualité de vie au centre de la prise en charge

Population « invisible »

Parcours de soins structures d'aval = disparités selon les régions

Prise en compte du ressenti et de la qualité de vie

Formation du personnel de l'EHPAD

Structures plus adaptées

Prise en charge même après 60 ans

Information, Prévention, collaboration avec les familles

Système de santé plus adapté à cette population



Je vous remercie



Quelques références



Azéma, B., & Martinez, N. (2005). Les personnes handicapées vieillissantes : Espérances de vie et de santé ; qualité de vie: Une revue de la littérature. *Revue française des affaires sociales*, 2, 295-333. <https://doi.org/10.3917/rfas.052.0295>

Charfi, N., Hajbi, K., Maâlej-Bouali, M., Omri, S., Feki, R., Zouari, N., Zouari, L., Ben Thabet, J., & Maâlej, M. (2019). Impact du vieillissement sur la qualité de vie dans la schizophrénie : Étude comparative en fonction de l'âge. *NPG Neurologie - Psychiatrie - Gériatrie*, 19(110), 91-98. <https://doi.org/10.1016/j.npg.2018.08.004>

Jovelet, G. (2010). Psychose et vieillissement: *L'information psychiatrique*, Volume 86(1), 39-47. <https://doi.org/10.1684/ipe.2010.0576>

Jovelet, G., & Charazac, P. (2019). La condition des handicapés psychiques âgés: *Gérontologie et société*, 41 / n° 159(2), 85-99. <https://doi.org/10.3917/gsl.159.0085>

Mercier, A., & Cramois, A. (2020). Les patients psychotiques vieillissants : Quelques considérations sur la psychose et le vieillissement, à partir d'une expérience dans un foyer psychiatrique de post-cure pour patients psychotiques graves. *Pratiques en santé mentale*, 66e année(1), 18-23. <https://doi.org/10.3917/psm.201.0018>

Roblin, J., Vaille-Perret, E., Tourtauchaux, R., Malet, L., Galland, F., & Jalenques, I. (2009). Qualité de vie, schizophrénie et avancée en âge. *Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique*, 167(5), 392-396. <https://doi.org/10.1016/j.amp.2009.04.013>

Geschke K, Fellgiebel A, Laux N, Schermuly I, Scheurich A. Quality of Life in Dementia: Impact of Cognition and Insight on Applicability of the SF-36. *The American Journal of Geriatric Psychiatry*. 2013 Jul;21(7):646-54.