

10

L'équipe mobile de psychiatrie du sujet âgé

Aller vers les plus vulnérables

- Cécile Hanon,
Maxime Pace,
Hugo Tiercelin

Pour la rédaction de ce chapitre, trois psychiatres qui travaillent en équipe mobile de psychiatrie du sujet âgé (EMPSA) ont répondu aux questions, sans se concerter en amont.

Ils sont de génération et d'horizons différents, et leur point commun est d'avoir, à un moment donné de leur parcours, travaillé ensemble.

Au moment de la rédaction de ce texte, ils sont responsables chacun d'une EMPSA francilienne.



Quelle est la spécificité de votre approche ? En quoi votre intervention se distingue-t-elle des autres dispositifs de soins en psychiatrie ?

Cécile Hanon (CH) / Notre spécificité est que notre mobilité se met au service de l'accès aux soins.

Notre mouvement se fait en miroir des personnes vers qui on se déplace : nous sommes mobiles à l'endroit où la personne âgée a perdu sa capacité de bouger, que ce soit physique ou psychique.



Les personnes âgées sont une population isolée, voire oubliée, pour laquelle on peut facilement se dire que « cela ne vaut pas la peine ». Ainsi, nous portons un regard différent, nous luttons contre l'âgisme et l'isolement d'une certaine façon.

Et pour les soignants avec qui nous travaillons, notamment au sein des établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (Ehpad), nous avons une mission d'acculturation, de sensibilisation à la clinique gérontopsychiatrique et au soin psychique qui est importante.

Maxime Pace (MP) / Notre approche est spécifique de par la population que nous traitons qui représente une partie de la population bien individualisée, celle des personnes âgées. Spécifique car plus à risque de facteurs confondants dans nos diagnostics (troubles neurocognitifs, neurologiques, cardiologiques, etc.). Spécifique également sur un plan générationnel, sur une vision de la vie et de la société bien différente en fonction des époques et des âges de nos patients, que l'on pourrait caricaturer du sage ancien résistant bientôt centenaire à qui on ne va pas conter fleurette, au vif boomer de 72 ans, impatient, qui peine à survivre dans une société qui l'accable et au sein de laquelle il ne se retrouve plus.

Savoir faire avec cet éventail de personnalités et de générations amène à réfléchir à la manière de rencontrer les patients et à « faire avec », et aussi à acquérir un langage compréhensible qui leur permet « d'accrocher » aux soins proposés. L'accroche est décisive lorsqu'on se rend chez un patient âgé, s'il nous ouvre la porte, s'il nous reçoit et s'il accepte de nous revoir, cela confirme qu'on a su se faire comprendre et démontrer notre utilité.

L'autre spécificité est celle de l'intervention en institution, en Ehpad ou en résidence autonomie, là où beaucoup de professionnels, rarement sensibilisés à la psychiatrie, nous voient débarquer pour aller voir un résident « problématique ». Et c'est là qu'il nous faut savoir répondre à des attentes, qui seront parfois déçues, car le résultat de notre intervention est modeste, ou comblées par un succès thérapeutique et relationnel ! Enfin, le fait d'informer et de former sur la maladie mentale est une des missions les plus importantes dans nos interventions en institution.

Hugo Tiercelin (HT) / Il y a également un côté militant à notre pratique : on s'intéresse à une population qui touche peu ou pas – surtout en ce qui concerne les soins psychiques –, on bouscule de nombreuses idées reçues sur le caractère



« normal » d'être malheureux, apathique ou douloureux lorsque l'on est âgé, ou sur le caractère « irréversible et incurable », en mettant à disposition de ce public particulièrement exclu des moyens conséquents : infirmier et médecin qui viennent directement au domicile, tout cela pour défendre un espoir toujours possible et légitime, ce qui est ô combien décisif à l'heure où risque de survenir en France une loi relative à l'euthanasie et au suicide assisté.



Quels sont les moments clés de votre pratique ? Y a-t-il un instant décisif dans votre intervention ?

CH / L'instant décisif est la 1^{re} rencontre, sans doute comme pour toutes les autres équipes. Ce moment qui va faire alliance, qui va permettre l'accès ultérieur au soin.

Rencontrer l'intimité, pénétrer le domicile comme lieu identitaire, marqueur social, chargé d'histoire personnelle, les photos au mur (surtout dans les chambres impersonnelles et grises des Ehpad...), le frigo rempli ou pas, de denrées avariées ou de barquettes non ouvertes ; les poubelles, vidées ou pas ; le lit, maculé ou pas ; la douche, accessible ou pas ; le fauteuil roulant, le déambulateur et, parfois, l'animal de compagnie, tout aussi vieux et rhumatisant que son propriétaire...

Les boîtes de médicaments entassées, le pilulier non rempli, les piles de factures, les ordonnances mélangées, car « je ne sais plus ce que je prends comme traitement, il y en a tellement ».

MP / Un moment clé est la réception de la demande, qui est toujours un moment privilégié entre le demandeur et l'équipe. Le moment où le professionnel de soins nous interpelle pour nous demander une aide concernant son patient. Puis vient le contact téléphonique avec le patient ou son proche aidant afin de fixer le rendez-vous, autre moment important qui peut conditionner la suite de la prise en charge.

Il y a ensuite la « première fois », l'ouverture de la porte, timide et inquiète, parfois avec la chaînette de peur d'une intrusion trop violente, ou la porte grande ouverte et le soulagement, de voir un médecin, ou « quelqu'un ».

Je passerai le moment de l'entretien, mais ce qui marque c'est plutôt sa clôture, l'échange des coordonnées, la planification du second rendez-vous (ou pas...) et le fait de quitter le lieu de vie. Je me demande souvent ce qu'il se passe dans la tête d'un patient qui vient de voir entrer un psychiatre et un infirmier dans son



appartenance, parfois en étant vaguement consentant, et qui s'est laissé aller à raconter une partie de sa vie, exprimer ses souffrances, ses émotions. Je m'imagine que c'est un soulagement, avec un impact positif pour le patient.

HT / Je rajouterais qu'il y a également la fin du premier entretien, qui est en fait le début d'une relation thérapeutique suivie. Oui, nous avons osé venir à votre rencontre, oui, vous avez osé nous recevoir et nous livrer en toute confiance votre histoire, et oui, cela ne sert pas « à rien » et cela va aboutir à une vraie relation thérapeutique et humaine. Il y a probablement quelque chose de l'ordre de l'auto-satisfaction, mais le moment déterminant dans le premier entretien est celui où le patient donne sa réponse à la question « Est-ce que vous êtes d'accord pour que l'on revienne vous voir ? ». Vient ensuite le travail nécessaire à la continuité de cette relation de confiance : répondre aux appels et aux mails, informer et réinformer de la date de notre prochaine visite à domicile, ne pas décevoir les attentes, et, en fait, tout simplement être présent sur la durée.



***Quels sont les principaux avantages et limites de votre approche ?
Quels bénéfices, défis ou points de fiction observez-vous pour les
patients et leur entourage ?***

CH / Les bénéfices ? Tout ! Un diagnostic, une prise en charge, médicamenteuse et environnementale, un accès à une filière de soins adaptée, une meilleure coordination et une meilleure compréhension des troubles de la personne, enfin et surtout : une rencontre et la possibilité d'accompagner un changement.

Lorsqu'on parle de rencontre, il est évident que nous rencontrons aussi l'entourage, les proches, ceux qu'on appelle « les aidants ». Pour eux aussi, notre intervention est porteuse de sens et permet souvent de « déposer son fardeau » auprès d'une oreille attentive.

Les limites ? Le manque de maillage de soins, la raréfaction des médecins généralistes (qui partent eux aussi à la retraite, sans être remplacés la plupart du temps), les difficultés des centres médicopsychologiques (CMP) à assurer un aval de soins par manque de moyens et, enfin, la stigmatisation âgiste qui inflige une « triple peine : vieux, malade psy et dément » !

MP / Les avantages ? La mobilité, clairement. On fait partie des derniers médecins à se déplacer au domicile. Le fait d'appartenir au service public permet d'assurer que les patients ne règlent pas la consultation, le service rendu est maximal, car



il fluidifie et débloque des situations cliniques complexes, qui, *in fine*, coûteraient beaucoup plus d'argent public via des hospitalisations à répétition ou l'embolisation d'un service de psychiatrie ou de gériatrie.

L'inconvénient découle de cette appartenance même au service public, qui peut créer des tensions : en effet, les patients et les familles ne comprennent pas que notre intervention ne puisse pas durer plus longtemps, que les délais entre les rendez-vous soient importants et que les relais de suivi sur les CMP soient parfois compliqués, du fait du manque de moyens des équipes de psychiatrie de secteur.

HT / Je suis d'accord, le service public nous permet – à la fois en termes de financement, de légitimité et de connaissance du réseau – d'intervenir dans les situations les plus complexes, désespérées et désocialisées. Le fait d'être soignant en psychiatrie et d'avoir l'expertise et la légitimité pour contraindre aux soins lorsque cela est indiqué participe également à cela.

Les limites sont effectivement l'essoufflement des autres services avec lesquels nous travaillons : CMP, SAU, services d'hospitalisations, etc. Je parlerais également de la stigmatisation encore très forte des troubles psychiques chez les personnes âgées, qui nous pousse parfois à passer un peu vite sur la dimension « psychiatrique » pour insister sur la dimension « géronto » de notre équipe lorsque l'on se présente aux patients. Cette stigmatisation peut constituer une vraie barrière à notre intervention.



Quelle a été votre plus grande surprise dans votre pratique ? Un moment, un patient qui vous a marqué-e et qui a changé votre manière d'intervenir ?

CH / Fin 2022-début 2023, c'est la période durant laquelle s'est tenue la convention citoyenne qui réfléchissait à une future loi sur l'aide active à mourir en France. Notre équipe a reçu soudainement plusieurs demandes de la part de collègues gériatres et généralistes, nous sollicitant pour des patients qui avaient exprimé un souhait d'euthanasie avec la question suivante : « pouvez-vous nous confirmer qu'une dépression n'est pas à l'origine de cette demande à mourir ? ». Pour certains, il s'agissait même de rédiger un certificat autorisant un départ pour la Suisse ou la Belgique.

Un monde s'est en même temps ouvert, et en même temps effondré devant moi... et j'ai réalisé à quel point, sans doute, nous serions impactés par cette future loi.