



Un partenariat réussi entre réseau géronologique et CMP face aux troubles psychiatriques des personnes âgées vivant à domicile

**Dr LAHJIBI-PAULET Hayat
Dr GALLARDA Thierry**



Plan

- **Quelles populations de patients âgés sont concernés?**
- **Présentation du réseau gérontologique 15.7**
- **Missions du CMP**
- **Illustration de la collaboration psychiatre/gériatre à travers deux cas pratiques**
- **Que nous apporte le psychiatre dans la gestion des malades âgés avec troubles psychiatriques au domicile ?**
- **Que peut apporter un réseau gérontologique au dispositif de la psychiatrie ambulatoire ?**



Quelles populations de patients âgés sont concernés?

3 types de populations;

- Les malades « vieillissants » avec pathologies psychiatriques préexistantes
- Les sujets âgés sans ATCD psychiatrique présentant une décompensation psychique
- Les malades atteints de maladie d'Alzheimer ou de démence apparentées avec troubles psychocomportementaux

Leurs points communs;

- risque de perte d'autonomie
- Fréquence des comorbidités avec l'avancée en âge

Présentation du réseau gérontologique ville- hôpital 15.7



En scène depuis Février 2009

L'équipe opérationnelle :

- Gériatre temps plein
- Infirmière coordinatrice temps plein
 - Secrétaire médicale mi temps



Réseau de santé gériatrique ville- hôpital 15-7

Les partenaires :

- Médecins de ville des 15^{ème} et 7^{ème} arr. de Paris
- Services de soins et d'aide à domicile
- Paramédicaux de ville
- PPE 15-16 et 7
- HAD
- Hôpitaux APHP (HEGP, Vaugirard), l'Institut national des Invalides.
- Accueil de jour thérapeutique « Mémoire Plus »

Réseau de santé gérontologique ville-hôpital 15.7



POPULATION CIBLE

- Patients âgés de 75 ans et plus,
- Vivant au domicile (privé, foyer logement, résidence service).
 - Présentant un certain niveau de dépendance.
 - Résidant dans les 15^{ème} ou 7^{ème} arrondissements.

Réseau de santé gérontologique ville-hôpital 15-7



LES MISSIONS DU RESEAU DE SANTE (1/2)

- Aider à la prise en charge des personnes âgées dépendantes au domicile.
- Développer un partenariat entre :
 - les professionnels de santé libéraux,
 - les établissements de santé publics et privés,
 - les structures communautaires de soins et d'aides sociales.

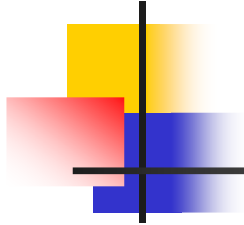
Réseau de santé gériatologique ville-hôpital 15-7



LES MISSIONS DU RESEAU DE SANTE (2/2)

- Coordonner les ressources sanitaires, sociales et administratives intervenant tout au long du parcours de soins des patients inclus.
- Réaliser des évaluations gériatriques pluridisciplinaires à domicile.
- Diffuser les bonnes pratiques gériatriques.

Réseau de santé gérontologique ville-hôpital 15-7



LE FONCTIONNEMENT :

**Un numéro de téléphone unique :
01 56 09 32 57**

Réseau de santé gérontologique ville-hôpital 15-7

Actions du réseau :

- Réunion hebdomadaire d'inclusion avec les PPE 15-16 et 7 et le service social de l'HEGP.
- Visite à domicile par un binôme gériatre et infirmière coordinatrice pour réalisation de l'évaluation (en présence du référent familial).
- Délai de visite inférieur à 10 jours à compter de la date de signalement, plus court si sortie d'hospitalisation.
- Établissement d'un Plan d'Intervention Personnalisé soumis, discuté, signé par le médecin traitant puis validé par le patient.
- Suivi du plan de soins et d'aides, en concertation avec les professionnels concernés.



Réseau de santé gériatologique ville-hôpital 15-7

- 50 situations psychiatriques gérées par le réseau en 2009

Répartition par ordre décroissant

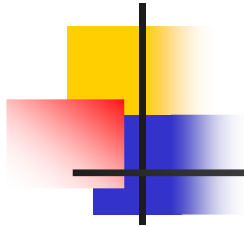
- Dépression
- Refus de soins
- Délire de persécution
- Hallucinations
- Fugues
- Diogène
- 8 interventions conjointes psychiatre/gériatre à domicile



Les missions du CMP

- Coordination du travail de secteur
- Offres de soins variés (visites à domicile, entretiens, suivi du projet de soin et de réadaptation...)
- Anticiper les « crises »
- Interface ville-hôpital
- Apparaît être un interlocuteur privilégié d'un réseau gérontologique comme les acteurs médico-sociaux.

Situation 1



Mme P, 80 ans

- Isolement social (Célibataire sans enfant, une nièce à Reims)
- Signalement par le médecin traitant
- Contexte: maintien au domicile fragilisé par des troubles du comportement, délire de persécution d'intensité croissante.
- Autonome pour les gestes de la vie quotidienne et instrumentales.
- Pas d'ATCD notable hormis ACFA sous AVK

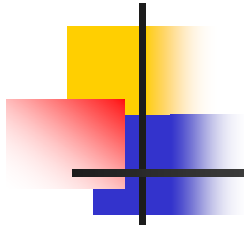
Situation 1



Principaux axes de prise en charge mis en évidence :

- Troubles du comportement à type de délire monothématique s'intégrant dans une psychose hallucinatoire chronique (espionnage par les voisins depuis 20 ans dans le but d'une expropriation)
- Adhésion forte au délire
- Accélération du processus, main courant au commissariat
- Pas de déclin cognitif a priori
- Risque iatrogénique (AVK++)

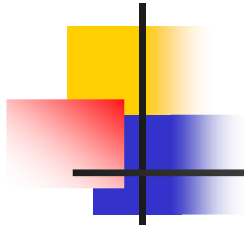
Situation pratique 1



■ **Actions:**

- Vigilance sur le risque de surdosage aux AVK
- Visite conjointe avec le psychiatre du CMP
- Objectif; suivi par le CMP
- Dossier en « veille au réseau » en cas de dégradation de l'autonomie nécessitant un plan d'aide.

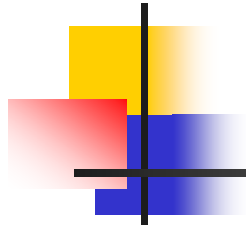
Situation 1



Détail du suivi psychiatrique

- Visites 1/mois au domicile par le psychiatre du CMP
- Persistance du délire sans répercussion sur la vie quotidienne
- Domicile bien entretenu et bonne gestion des AVK
- Prescription de psychotrope refusé par la patiente
- Objectif; maintenir un lien social

Situation 2



- Mme K, 82 ans.
- Célibataire, sans enfant, isolement social (une sœur qu'elle ne voit plus).
- Signalement par Gériatre de l'hôpital Sainte Perrine, la veille de la sortie d'hospitalisation.
- Contexte : Retour au domicile pressenti comme fragile, chutes répétées, troubles sensoriels et isolement social
- Aucun intervenant à domicile. Pas de MT
- Se dit autonome pour ADL et IADL.
- **Mais incurie, insalubrité du domicile, encombrement de l'appartement par meubles, SDB inaccessible, aliments avariés, pas de réfrigérateur, sol tapissé de courriers non ouverts, retard administratif).**
- Peu d'ATCD en dehors d'un glaucome bilatéral

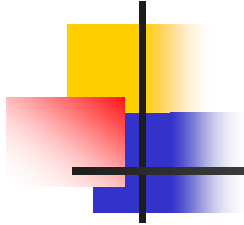
Situation pratique 2:



Principaux axes de prise en charge mis en évidence :

- Syndrome de Diogène
- Pathologie neurodégénérative débutante avec composante frontale (MA ou DFT) ? ou pathologie psychiatrique vieillissante avec début de déclin cognitif ? MMS 23/30 NSC élevé.
- Risque de chute majeur aggravé par troubles sensoriels et encombrement du domicile.
- Risque de dénutrition
- Enquête sociale (nombreux impayés..)

Situation pratique 2



■ Actions:

- **Bilan cognitif en HDJ**
- **Signalement au CMP**
- **Signalement au PPE**
- **Mise en place d'aide pour toilette, collyres et repas**
- **Désencombrement de l'appartement+++**



Situation pratique 2

- Première visite du CMP en réponse au signalement du réseau

Aucun ATCD psychiatrique. Pathologie neurodégénérative avec retentissement important sur l'autonomie. Mme K doit pouvoir bénéficier d'une prise en charge gériatrique dans le cadre de sa démence.

- HDJ accepté par la patiente puis annulé car avait perdu ses clefs...
- 3eme visite du réseau conjointe avec le psychiatre du CMP



Situation pratique 2

Détail de la prise en charge psychiatrique

- Diagnostics ;

Tableau de démence frontale débutante

Épisode d'attaque de panique

- Histoire familiale marquée par le génocide arménien
- Traumatisme dans l'enfance par séparation des parents
- Personnalité paradoxale (ouverte mais réservée, en demande d'aide et de soins puis en refus)
- Visites très rapprochées par le binôme psychiatre/gériatre



Situation pratique 2

- Intervention pluridisciplinaire (PPE, SSDP, CASVP)
- Rapprochement avec la sœur de Mme K qui a pris contacte avec elle
- A accepté suivi chez ophtalmologue
- MT proposé par le réseau
- Mme K a consulté d'elle-même le MT. Bilan bio correct++ (albumine 35 g/l, Hb glyquée >>8.5%)
- Aide professionnelle acceptée par la patiente. Auxiliaire de vie sociale.
- Bilan à 8 mois très satisfaisant (14 visites au total dont 7 avec psychiatre)

Que nous apporte le psychiatre dans la gestion des malades âgés avec troubles psycho-comportementaux au domicile ?



- Aide au diagnostic
- Choix des molécules
- Mise en place d'un suivi de secteur
- Soutien des aidants, des soignants
- Éviter la « crise » et le passage aux urgences ou au CPOA



Que peut apporter un réseau gériatologique au dispositif de la psychiatrie ambulatoire ?

- Choix des molécules appropriées chez le sujet âgé..
- Prise en charge des comorbidités et des syndromes gériatriques
- Mise en place d'un plan d'aide personnalisé
- Des dossiers en « veille » au réseau en cas de dégradation de l'autonomie
- Éviter la « crise » et le passage aux urgences ou au CPOA
- Permettre une fluidité dans les filières (psychiatrie, gérontopsychiatrie, court séjour gériatrique...)
- Cohérence et une coordination de la prise en charge



En guise de conclusion

- Penser à des critères précis pour faire appel au psychiatre à domicile
- Éviter le cloisonnement psychiatrie/gériatrie (l'effet ping pong)
- Formation des professionnels (réseau, CLIC-PPE,SSIAD...) aux tbles psychiatriques des SA