

Réponses aux urgences psychiatriques auprès des patients âgés en crise vivant à domicile ou en EMS

Une expérience vaudoise

ESTELLE GILLÈS DE PÉLICHY, KARSTEN EBBING, ALCINA MATOS QUEIROS, ARMIN VON GUNTEN, LUDOVIC CORNU et HENK VERLOO

Rev Med Suisse 2020; 16: 1945-8

INTRODUCTION

Les équipes mobiles psychiatriques d'intervention de crise auprès des personnes âgées soutiennent les politiques de maintien des individus dans leur lieu de vie, même s'ils présentent un comportement difficile ou des troubles psychiatriques aigus. Des binômes médico-infirmiers interviennent rapidement pour identifier et traiter les troubles psychiques en utilisant des approches non pharmacologiques et pharmacologiques. Un examen de 333 dossiers de patients vivant dans la communauté ou en EMS a révélé que les comportements difficiles étaient liés à différentes étapes du déclin cognitif et constituaient les raisons les plus fréquentes d'appel à l'Équipe mobile psychiatrique de l'âge avancé (EMPAA.) Des mesures non pharmacologiques et pharmacologiques ont été proposées dans 68% des consultations. Axées sur les crises, elles ont diminué le nombre d'hospitalisations.

L'espérance de vie augmente dans le monde entier.¹ Les projections pour le canton de Vaud estiment une augmentation de l'espérance de vie de 80,7 ans en 2015 à 84,5 ans en 2040 pour les hommes; et de 85,3 ans en 2015 à 88 ans en 2040 pour les femmes.² La tranche des 75 ans et plus doublera d'ici 2035. La transition démographique vers une société de personnes très âgées va accroître le besoin de soins dans cette population polymorbide, associé à la nécessité de soutien aux proches aidants et professionnels de la santé.^{3,4} Une proportion conséquente de ces personnes vulnérables court un risque élevé de présenter des problèmes de santé mentale avec l'âge. L'impact des troubles psychiques sur les proches peut être source d'épuisement, de solitude, d'isolement et de difficulté d'accès aux soins.⁵ L'identification, le diagnostic et le traitement des crises psychiques posent des défis importants en raison de la prévalence élevée

des comorbidités, de la symptomatologie atypique, des problèmes psychosociaux, de la polymédication et du manque de connaissance des mesures non pharmacologiques et pharmacologiques.⁶

Définir la crise psychique chez la personne âgée est complexe.⁷ En l'absence d'une définition claire dans la littérature, la description suivante a été adoptée: «l'apparition de nouveaux symptômes ou l'aggravation de signes et symptômes cliniques psychiatriques existants, basés sur les observations et perceptions d'un comportement inhabituel par des professionnels de santé et objectivés par l'examen mental; par rapport à l'état homéostatique habituel de l'individu».

Les crises psychiques les plus documentées dans cette population sont l'état confusionnel aigu (ECA), la dépression majeure avec crise suicidaire, l'abus de substances et les troubles du comportement (par exemple: agitation ou agressivité) comme la manifestation de SCPD (symptômes comportementaux et psychologiques de la démence).^{8,9} Un trouble du comportement est considéré comme «un comportement culturellement anormal, d'une intensité, d'une fréquence ou d'une durée telles que la sécurité physique de la personne ou d'autrui est susceptible d'être gravement compromise, ou un comportement susceptible de limiter l'utilisation des infrastructures collectives ou d'empêcher la personne d'y avoir accès».¹⁰ Reilly et coll. rapportent que les interventions psychiatriques rapides étaient bénéfiques tant pour la personne que pour les proches aidants et le système de santé et pouvaient retarder l'institutionnalisation en EMS. Ils ont suggéré que les admissions et les réadmissions dans les services d'urgence et les hôpitaux de soins aigus étaient réduites à moyen terme, et donc les coûts globaux de la santé également.¹¹

Dès mai 2016, le Service de santé pu-

blique du canton de Vaud, en collaboration avec le Service universitaire de psychiatrie de l'âge avancé (SUPAA) du CHUV à Lausanne, a développé une EMPAA pour la prise en charge de crise sur le lieu de vie des personnes âgées et en clinique privée.

Après deux ans de fonctionnement, les statistiques font état d'une diminution du taux d'hospitalisation de personnes âgées en situation de crise en comparaison des périodes précédentes pour la même population (Rapport CHUV, 2018). Simultanément, les utilisateurs (CMS, EMS, médecins premiers recours, psychiatres en cabinet) apprécient sa pertinence et l'existence des solutions alternatives à l'hospitalisation. Ces développements sont caractérisés par des termes tels que désinstitutionnalisation de la santé mentale, interventions en santé communautaire, services de consultation-liaison psychiatrique pour les adultes âgés et «transformation de lits en chaises».^{12,13} Ces changements influencent le parcours de soins des partenaires dans le champ de la santé.¹⁴

Les questions suivantes ont guidé l'étude rétrospective: pour quelles manifestations cliniques l'EMPAA a-t-elle été sollicitée? Quelle proportion de personnes âgées ont été hospitalisées? Quelles réponses ont été apportées aux crises psychiatriques?

MÉTHODE ET RÉSULTATS

Cette étude rétrospective porte sur 333 dossiers de patients, évalués sur leur lieu de vie, d'avril 2016 à décembre 2017.

Intervention psychiatrique auprès de patient âgé en crise

Les interventions étaient fondées sur le principe selon lequel, que dès les premiers signes et symptômes psychiatriques,

il est préférable de traiter le patient dans son lieu de vie afin de ne pas perturber ses liens familiaux, de mobiliser ses proches ainsi que les moyens de soutien communautaire disponibles. Le type d'intervention a été sélectionné en fonction des bonnes pratiques documentées dans les revues systématiques et les recommandations fondées sur des résultats probants de Cohen-Mansfield et coll., Kales et coll., et Tible et coll., visant à préférer les interventions non pharmacologiques aux pharmacologiques.¹⁵⁻¹⁷ Les mesures non pharmacologiques suivantes ont été suggérées: interventions sensorielles, activités structurées et physiques, contacts sociaux, interventions environnementales, renforcement des soins médicaux et infirmiers et approches psychothérapeutiques.¹⁸ Les interventions non pharmacologiques visaient à adapter les soins autour du patient et des soignants afin d'éviter l'hospitalisation en psychiatrie de l'âge avancé ou de réduire la durée de celle-ci. Les interventions pharmacologiques suggérées sont les suivantes: traitement procognitif, antidépresseur, antipsychotique, stabilisateur de l'humeur et benzodiazépines.¹⁵ Aucune durée maximale de soins ni aucun nombre d'interventions n'ont été indiqués.

L'EMPAA est disponible aux jours ouvrables. Les consultations sont organisées selon un calendrier de visites intensives, une à plusieurs fois par semaine. Le but de l'intervention n'était pas de rendre l'hospitalisation inutile.⁶

Déterminants cliniques des interventions de l'équipe

En l'absence d'un outil existant autour des premiers signes d'une crise psychique aiguë, un formulaire relevant des signes et symptômes psychiatriques subjectifs et objectifs a été construit,^{19,20} rempli par les prestataires de soins demandeurs (médecin de famille, spécialiste et/ou personnel infirmier) et joint au formulaire de demande d'intervention.²¹

Quelques résultats

Les femmes constituaient 70% de l'échantillon (n = 233), avec une moyenne d'âge de 83,9 ans (écart-type = 8,2), 55% vivaient à domicile. Une différence significative a été observée entre la moyenne d'âge et le lieu d'intervention (p = 0,004; à domicile = 82,6; en EMS = 84,1; en milieu hospitalier = 77) (tableau 1).

TABLEAU 1

Caractéristiques sociodémographiques des patients âgés pour 2016 et 2017

^a Test du Chi-carré.

	2016 (n = 97)	2017 (n = 236)	Valeur p ^a
Âge			
Moyen	83,9 (± 6,7)	82,5 (± 8,8)	0,146
Min-Max	66-100	65-101	
Sexe			
Femme	74 (76%)	159 (67%)	0,116
Homme	23 (24%)	77 (33%)	
Lieu de consultation			
EMS	40 (41%)	96 (41%)	0,382
Domicile	55 (57%)	127 (54%)	
Hôpital	2 (2%)	13 (5%)	

État de santé

Basés sur la classification diagnostique CIM-10, 187 patients souffraient de démence (57%), 50 présentaient des troubles de l'humeur (15%), 45 un état confusionnel aigu (13%), 9 des troubles bipolaires (3%) et 42 d'autres troubles psychiatriques (13%) (dépendance à l'alcool et aux médicaments, schizophrénie, anxiété généralisée et troubles de la personnalité). Aucune différence significative n'a été observée entre le diagnostic principal et le sexe, le lieu et l'année de l'intervention. La plupart des patients souffraient de maladies chroniques multiples et présentaient un nombre élevé de comorbidités (> 5).

Raison de la consultation axée sur la crise

Quatre-vingt-six pour cent des interventions (n = 286) étaient pour des SCPD, versus 14% (47) pour des évaluations psychiatriques pour raisons multiples. Parmi les patients avec des SCPD, 190 (66%) présentaient un comportement perturbateur, 29 (10%) des symptômes de troubles de l'humeur et d'apathie et 20 (7%) un état confusionnel sévère. La plupart des manifestations cliniques étant multidimensionnelles et multifactorielles, nos analyses ont tenu compte des caractéristiques cliniques dominantes. Sur les 47 autres patients, 29 (62%) ont été orientés vers une évaluation cognitive rapide, 12 (26%) vers un suivi ambulatoire psychiatrique, et 6 (13%) pour résoudre un conflit entre un patient, sa famille et/ou un soignant.

Interventions

L'échantillon de 333 patients a bénéficié de 883 interventions au cours de la période d'enquête, allant de 1 à 17 séances

par personne. Une moyenne de 2,7 interventions par personne a été enregistrée pour les deux années (médiane = 2).

Prescriptions non pharmacologiques et/ou pharmacologiques

Le renforcement des soins médico-infirmiers et la thérapie comportementale ont été les propositions non pharmacologiques les plus fréquentes, les interventions environnementales et sociales les moins proposées. 20% des patients (n = 65) ont pu rester dans leur lieu de vie (domicile, EMS), 78 (23%) ont bénéficié d'une prise en charge ambulatoire (hôpital de jour, centres d'accueil temporaire), 45 une réorientation en EMS, et 67 un court séjour. Deux patients sont décédés durant le suivi par l'EMPAA.

L'EMPAA a proposé pour 50% des patients une adaptation des psychotropes. Une fraction a reçu des conseils pour adapter les antidépresseurs. Près d'un tiers des interventions n'ont pas donné lieu à une prescription de traitement, 226 patients ont bénéficié d'un double traitement pharmacologique et non pharmacologique, 42 d'un traitement non pharmacologique uniquement, 20 d'un traitement pharmacologique seul, et 45 ont été immédiatement hospitalisés.

Hospitalisation dans l'Unité de psychiatrie de l'âge avancé

Sur les 76 hospitalisations au SUPAA, 47 patients provenaient du domicile, 27 vivaient en EMS et 2 de clinique privée.

DISCUSSION

Cette analyse a repris 20 mois d'interventions cliniques réalisées en binôme médico-infirmier, auprès de personnes âgées présentant une crise psychique dans la région lausannoise. L'objectif global des

interventions était de maintenir les patients en crise dans leur milieu et, si nécessaire et approprié, de les hospitaliser dans des conditions optimales. Il a été démontré que les femmes de 80 ans et plus atteintes de troubles cognitifs, constituaient un sous-groupe vulnérable aux crises psychiques. Les troubles du comportement étaient le motif principal de demande d'intervention par l'EMPAA et augmentaient le risque d'admission en hôpital psychiatrique.

Une crise psychique se manifeste souvent via un comportement perturbateur qui déstabilise les proches aidants et professionnels de la santé, et nécessite le soutien d'une équipe. Ce comportement, déjà signalé dans la publication de Ebbing,²¹ est la raison principale de demande de soutien médical et social pour les personnes atteintes de troubles cognitifs dans différentes structures de soins.²² Les manifestations cliniques des SCPD soulignent la nécessité d'interventions rapides, interprofessionnelles et centrées sur le patient pour calmer la détresse psychique et soutenir les proches. Dans la majorité des cas, il existait plusieurs symptômes comme motif de demande d'intervention.

Les interventions de crise peuvent être des occasions pour exposer des situations de soins complexes et non durables.²³ Cela revêt une importance particulière dans les situations de soins aux personnes atteintes de démence, où la crise peut être vécue par plusieurs personnes différentes et où l'accent est mis sur les questions touchant les systèmes de soins, plutôt que sur les conflits non résolus.²⁴

L'intervention en situation de crise psychique vise à rationaliser les hospitalisations et favoriser la préservation de l'autonomie dans le lieu de vie. Nous n'avons trouvé aucune autre recherche sur l'efficacité du nombre d'interventions nécessaires pour prévenir l'hospitalisation chez les patients résidant à domicile ou en EMS en situation de crise.²⁵

La majorité des demandes d'intervention concerne des personnes âgées à domicile avec des troubles du comportement, il n'est pas surprenant qu'une proportion importante des propositions de traitement suggère de combiner des approches non pharmacologiques et pharmacologiques. Bien que de nombreux auteurs recommandent des pratiques non pharmacologiques face aux troubles du comportement,^{16,17} nos constatations montrent la nécessité d'approches simultanées et soulignent l'importance de tenir compte de la détresse des patients lors des

changements dans leur milieu.

Une proportion importante des demandes d'intervention a donné lieu à une orientation directe vers l'hôpital psychiatrique ou d'autres structures de soins, de la psychoéducation aux proches-aidants et/ou aux partenaires externes concernant la gestion des symptômes et l'approche relationnelle de base. L'identification précoce de la crise est favorisée par une plus grande sensibilisation à la démence et aux troubles cognitifs, l'identification de changement dans la personnalité, le comportement, la situation sociale ou économique. Des recommandations récemment publiées de bonnes pratiques pour faire face aux SCPD soutiennent cette approche.^{16,17} Elles suggèrent, comme l'ont exprimé Kumfor et coll., qu'une anamnèse biographique de la personne est nécessaire pour comprendre et traiter une crise. La crise doit être interprétée dans le contexte de la vie de la personne.²⁶ Le traitement doit tenir compte du diagnostic, du pronostic et des changements de comportement, de personnalité, mais aussi des perceptions des personnes concernées. Malgré la possibilité de prescrire des soins non pharmacologiques spécialisés, nous relevons une réticence parmi les proches aidants et professionnels de la santé à accepter ce soutien spécialisé.

L'identification de la crise par les proches suggère que les crises peuvent être comprises de manière intersubjective et qu'un certain degré de consensus peut se développer. Les proches aidants et professionnels de la santé peuvent considérer qu'une personne avec des troubles cognitifs et vivant des changements est en situation de crise. Les concepts normatifs de comportement peuvent conduire à l'utilisation de critères d'éligibilité pour limiter l'accès aux services susceptibles d'atténuer les crises, ce qui aboutit involontairement à une réponse inadaptée.^{7,27,28}

CONCLUSION

La pression démographique exigera que la société gère et prenne en charge de façon efficiente les personnes âgées souffrant de troubles mentaux/psychiques. La résolution des crises sera un élément fondamental dans le développement d'un système de soins performant en santé communautaire, capable de faire face de manière proactive à ces troubles. Les troubles du comportement sont la principale raison des demandes d'interventions psychiatriques. Il a été démontré que ces

interventions optimisaient l'indication d'hospitalisation, mais qu'il existait des défis clés à relever pour améliorer l'efficacité de l'intervention en situation de crise. D'autres recherches devraient être menées parallèlement aux développements cliniques, notamment des études interventionnelles expérimentales pour établir l'efficacité des services de résolution de crise et de traitement à domicile pour les patients âgés souffrant de problèmes de santé mentale.

Conflit d'intérêts: Les auteurs n'ont déclaré aucun conflit d'intérêts en relation avec cet article.

IMPLICATIONS PRATIQUES

- Les femmes de plus de 80 ans et ayant des troubles cognitifs sont plus à même de présenter une crise psychiatrique
- Des binômes médico-infirmiers de l'Équipe mobile psychiatrique de l'âge avancé interviennent sur le lieu de résidence du patient en situation de crise psychique
- Ces interventions permettent dans 68% des cas de proposer des soins non pharmacologiques et médicamenteux, et de diminuer le nombre d'hospitalisations

DR ESTELLE GILLÈS DE PÉLICHY

Service de psychiatrie de l'âge avancé
Département de psychiatrie, CHUV – SPO
Hôpital de Prangins, 1197 Prangins
estelle.gilles-de-pelichy@chuv.ch

KARSTEN EBBING, PR ARMIN VON GUNTEN, LUDOVIC CORNU ET PR HENK VERLOO

Service universitaire de psychiatrie de l'âge avancé
Département de psychiatrie, CHUV, 1011 Lausanne

ALCINA MATOS QUEIROS

Service de la santé publique – Vaud,
Bâtiment administratif de la Pontaise
Avenue des Casernes 2, 1014 Lausanne

- 1 *Affairs UNDoEaS. World Population Aging 2015. Geneva, 2015.
- 2 Moreau A. Perspectives de population 2015 – 2040 Vaud et ses régions. Lausanne: Département des finances et des relations extérieures, 2016.
- 3 Schellevis FG. Epidemiology of multiple chronic conditions: an international perspective. *J Comorb* 2013;3(Spec Issue):36-40.
- 4 Parekh AK, Goodman RA, Gordon C, Koh HK, The HHSIWOMCC. Managing multiple chronic conditions: a strategic framework for improving health outcomes and quality of life. *Public Health Rep* 2011;126:460-71.
- 5 Parkar SR. Elderly mental health: needs. *Mens Sana Monogr* 2015;13:91-9.
- 6 Wheeler C, Lloyd-Evans B, Churchard A, et al. Implementation of the crisis resolution team model in adult mental health settings: a systematic review. *BMC Psychiatry* 2015;15:74.
- 7 Parker J. Crisis intervention: A practice model for people who have dementia and their Carers. *Practice* 2007;19:115-26.
- 8 Dening T, Thomas A. Oxford textbook of old age psychiatry 2nd ed. Oxford, editor. Oxford, UK: Oxford University Press, 2013.
- 9 Cerejeira J, Lagarto L, Mukaetova-Ladinska EB. Behavioral and psychological symptoms of dementia. *Front Neurol* 2012;3:73.
- 10 Emerson E, Einfeld LS. Challenging behaviour. Cambridge: Cambridge University Press, 2011;209 p.
- 11 Reilly S, Miranda-Castillo C, Malouf R, et al. Case management approaches to home support for people with dementia. *Cochrane Database Syst Rev* 2015;1:CD008345.
- 12 Fakhoury W, Priebe S. The process of deinstitutionalization: an international overview. *Curr Opin Psychiatry* 2002;15:187-92.
- 13 Stubnya G, Nagy Z, Lammers CH, Rihmer Z, Bitter I. Deinstitutionalization in Europe: Two recent examples from Germany and Hungary 2010. 406-12 p.
- 14 Dening T, Barapatre C. Mental health and the ageing population *J Br Menopause Soc* 2004;10:49-53, 64.
- 15 * Cohen-Mansfield J. Nonpharmacologic treatment of behavioral disorders in dementia. *Curr Treat Options Neurol* 2013;15:765-85.
- 16 * Kales HC, Gitlin LN, Lyketsos CG. Management of neuropsychiatric symptoms of dementia in clinical settings: recommendations from a multidisciplinary expert panel. *J Am Geriatr Soc* 2014;62:762-9.
- 17 ** Tible OP, Riese F, Savaskan E, von Gunten A. Best practice in the management of behavioural and psychological symptoms of dementia. *Ther Adv Neurol Disord* 2017;10:297-309.
- 18 ** Cohen-Mansfield J. Non-pharmacological interventions for agitation in dementia: various strategies demonstrate effectiveness for care home residents; further research in home settings is needed. *Evid Based Nurs* 2016;19:31.
- 19 Webster S, Harrison L. The multidisciplinary approach to mental health crisis management: an Australian example. *J Psychiatr Ment Health Nurs* 2004;11:21-9.
- 20 Cohen-Mansfield J, Dakheel-Ali M, Marx MS, Thein K, Regier NG. Which unmet needs contribute to behavior problems in persons with advanced dementia? *Psychiatry Res* 2015;228:59-64.
- 21 ** Ebbing K. Symptômes comportementaux et psychologiques dans les démences: quelles alternatives à la pharmacothérapie? *Rev Med Suisse* 2016;12:786-9.
- 22 Begum R, Riordan S. Nurses experiences of working in crisis resolution home treatment teams with its additional gatekeeping responsibilities. *J Psychiatr Ment Health Nurs* 2016;23:45-53.
- 23 Cooper C, Regan C, Tandy AR, Johnson S, Livingston G. Acute mental health care for older people by crisis resolution teams in England. *Int J Geriatr Psychiatry* 2007;22:263-5.
- 24 Griswold KS, Zayas LE, Pastore PA, et al. Primary care after psychiatric crisis: a qualitative analysis. *Ann Fam Med* 2008;6:38-43.
- 25 * Vaud SoPH. Report of the healthcare policy canton Vaud 2018 - 2022. Lausanne: Department of Health and Social Action, 2018.
- 26 Kumfor F, Teo D, Miller L, et al. Examining the relationship between autobiographical memory impairment and carer burden in dementia syndromes. *J Alzheimers Dis* 2016;51:237-48.
- 27 Hopkins C, Niemiec S. Mental health crisis at home: service user perspectives on what helps and what hinders. *J Psychiatr Ment Health Nurs* 2007;14:310-8.
- 28 Lyons C, Hopley P, Burton CR, Horrocks J. Mental health crisis and respite services: service user and carer aspirations. *J Psychiatr Ment Health Nurs* 2009;16:424-33.

* à lire

** à lire absolument