

Université Paris V

Faculté Cochin- Port-Royal

Les « psychotiques vieillissants » en EHPAD :

où ? quand ? comment ? pourquoi ?

*Que fait le médecin coordonnateur confronté à l'entrée
en EHPAD d'une personne âgée atteinte de maladie
psychiatrique ?*

Dr Françoise Guillemette

Mémoire pour le Diplôme Inter Universitaire
de Médecin coordonnateur d'EHPAD

Dr Martine SOUDANI (Paris)

Année 2006 - 2007

SOMMAIRE

Introduction	Page 3
Données chiffrées	Page 6
Symptomatologie clinique	
<i>Les troubles psycho comportements des personnes atteintes de maladie d'Alzheimer et autres démences</i>	Page 8
<i>Les psychoses des sujets âgés</i>	Page 13
<i>Co-morbidité et pathologies limites</i>	Page 16
La prise en charge en EHPAD	
<i>Ce que nous savons faire ou presque : traiter les SCPD dans la maladie d'Alzheimer</i>	Page 18
<i>Prise en charge des personnes âgées atteintes de troubles psychiatriques : des questions sans réponse pour le médecin coordonnateur.</i>	Page 22
<i>Des problèmes spécifiques mais incontournables</i>	Page 25
Questions et propositions	
<i>Le minimum à respecter</i>	Page 26
<i>Le médecin coordonnateur</i>	Page 27
<i>Hypothèses</i>	Page 28
Notre projet	Page 30
Conclusion	Page 32
Bibliographie	Page 33
Glossaire	Page 35

Les « psychotiques vieillissants » en EHPAD :

où ? quand ? comment ? pourquoi ?

OU

Que fait le médecin coordonnateur confronté à l'entrée en EHPAD d'une personne âgée atteinte de maladie psychiatrique ?

Les Symptômes comportementaux et psychologiques de la démence ou SCPD sont une source de souffrance importante des patients atteints de troubles cognitifs, de leur famille, des aidants et des soignants. Ils conditionnent le mode de vie du patient et son parcours de soins, et sont souvent à l'origine de son entrée en institution ou à l'hôpital. L'intérêt qu'ils ont suscité ces dernières années a conduit mieux les repérer, mieux les définir, puis mieux les prendre en charge. Il est admis que nous pouvons, éventuellement avec une aide extérieure, les prendre en charge en établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes (EHPAD).

Dans le même temps, l'espérance de vie augmentant, les malades atteints de troubles psychiatriques vieillissent, chez eux ou dans les structures sectorisées et, lorsqu'ils atteignent l'âge « fatidique » de 65 ans, la question de leur « dernier lieu de vie » se pose avec acuité. Tant d'acuité que les médecins coordonnateurs sont l'objet, notamment dans des EHPAD territoriales telles que celles de la ville de Paris, d'une pression massive de l'administration, convaincue notamment qu'à défaut, ces personnes peuvent séjourner dans les unités de vie spécialisées Alzheimer.

Le médecin coordonnateur qui décide alors de se pencher sur le sujet, constate qu'il n'est pas nouveau et qu'il est partagé aussi bien par les autorités de santé que par le terrain : mais peut-être pas avec les mêmes préoccupations...

- On le trouve dans les objectifs du groupe de travail autour de la Loi de santé publique (1), qui consacre un chapitre spécifique aux troubles psychiatriques chez le sujet âgé avec comme objectif général : « Réduire la souffrance psychique des personnes

atteintes de troubles psychiatriques, notamment par une amélioration de leur prise en charge médicale. »

- Les premières coupes PATHOS réalisées lors de l'évaluation du profil des patients hospitalisés en unités de soins de longue durée (2006) et présentées à Hôpital Expo-Intermédiaca confirment le manque criant de moyens de prise en charge gérontopsychiatrique et proposent différentes solutions.
- *Le SROS 78* : « Une maison de retraite pour malades mentaux chroniques vieillissants » Pour ces derniers, la recherche d'un lieu de vie adapté à leurs besoins s'apparente à celle des personnes handicapées vieillissantes. En effet, il s'agit d'une population atypique pour le secteur de la gérontologie, ne serait-ce que qu'en raison d'une moyenne d'âge peu élevée (la majorité des résidents étant âgée de 60 à 65 ans tandis que le plus jeune a 48 ans). La plupart d'entre eux ont connu une hospitalisation de longue durée dans le secteur psychiatrique, et malgré l'absence généralement de déficience intellectuelle, les troubles psychiques et les effets à long terme de la prise de médicaments de type neuroleptique limitent considérablement leur capacité d'autonomie dans les actes de la vie courante et leur vie sociale. La maison de retraite de Septeuil n'arrive pas à répondre à toutes les demandes d'admission qui sont nombreuses en provenance des secteurs psychiatriques en raison de la fermeture des lits d'hospitalisation psychiatrique.
- *SROS Auvergne* : « Prise en charge des personnes âgées : Pour la prise en charge des malades « psychiatriques » vieillissants stabilisés il conviendra de formaliser , par convention, la coopération nécessaire entre les équipes psychiatriques et les lieux d'accueil. Tandis que « La prise en charge sectorielle ou intersectorielle selon les besoins », s'effectue notamment en hôpital de jour psychogériatrique.
- *En Picardie*, le Projet Commun d'Activité psychiatrie de Saint Quentin est présenté avec à terme la création d'une structure médicosociale pour les patients psychiatriques vieillissants.
- Dans les Bonnes pratiques de soins en EHPAD (2) publiées par la DGS et la DGAS, au chapitre « Agitation et agressivité » les pathologies psychiatriques sont d'emblée

mises à l'écart : dès l'introduction, il est signalé que d'autres pathologies que la démence, notamment « la résurgence de manifestations d'une pathologie psychiatrique » feront l'objet d'un autre chapitre ; si certaines de ces pathologies sont effectivement retrouvées dans le livret, on ne retrouve la question des troubles psychiatriques qu'au chapitre déambulation, avec une spécificité modeste.

Cette question nous mobilisant souvent dans notre fonction de médecin coordonnateur, et les réponses faisant cruellement défaut, nous avons décidé, à la ville de Paris, de faire le point de la littérature, et d'essayer d'avancer dans une réflexion collective pour faciliter la prise en charge des personnes psychotiques avançant en âge.

Données chiffrées

Les pathologies démentielles et les SCPD

Suivant les chiffres de la DREES, en institution, 85% des résidents ont une affection neurologique ou psychiatrique (3), ceci étant entendu au sens large du terme. Les pathologies les plus fréquemment trouvées sont les syndromes démentiels (un tiers des résidents en moyenne), les états dépressifs concernent également un tiers des résidents, les états anxieux un peu moins (31%). Les troubles du comportement concernent 28% des résidents et sont considérés comme très graves dans un quart des cas.

De son côté, l'étude de l'étude épidémiologique PAQUID (4) montre que, parmi les patients déments de plus de 75 ans, 60% résident en institution, et que 50% des malades en institution sont au stade sévère.

Suivant l'étude REAL, la fréquence des SCPD est très importante allant de 84% pour les personnes avec un MMS de 21 à 30 à 92.5% des patients dont le MMS est compris entre 11 and 20 (5).

Dès 1987, Rubin EH rapportait que, pour des personnes ayant un diagnostic de démence modérée, la fréquence des SCPD doublait sur une période de 50 mois avec l'aggravation de la maladie. (6)

Les psychoses

Quant à la prévalence des psychoses du sujet âgé, elle est difficile à estimer.

Dans la définition des objectifs de la Loi de santé publique du 9 août 2004 (1) on peut lire :
« *L'incidence des troubles psychiatriques dans la population des plus de 65 ans est mal connue en France. Selon une étude en cours, la prévalence de l'agoraphobie serait de 10,1%, celle de l'anxiété généralisée de 6,2% et celle de la symptomatologie dépressive de 14%. Les troubles sont plus fréquents chez les personnes ayant de bas revenus et chez les femmes. Le taux de suicide des personnes de plus de 65 ans est de 44 pour 100 000. C'est l'un des taux*

les plus élevés du monde. Une grande part de ces suicides, fortement associés aux troubles dépressifs, est évitable. »

De psychoses que nenni !!!

La DREES apporte peu d'éléments, notant que, avant d'entrer en institution, 4% des personnes vivaient dans un établissement psychiatrique (sur la moyenne des établissements).

Pour Belmin (7): « Les psychoses concerneraient 10% des sujets de plus de 65 ans admis en psychiatrie et, selon une étude anglo-saxonne, 0,1% des sujets de plus de 65 ans répondraient aux critères diagnostiques de la schizophrénie. »

Aux Etats Unis, les personnes atteintes de pathologies psychiatriques chroniques sévères, en dehors de la démence, représentent 2% de la population des plus de 54 ans (8). Les chiffres précis sont rares, à l'instar des ceux des troubles bipolaires dans la population de sujets âgés, dont « la prévalence reste toutefois probablement sous-évaluée car les critères des classifications diagnostiques les plus consensuelles ne sont pas adaptés aux personnes âgées et les spécificités de la maladie liées au vieillissement sont souvent méconnues. » (9)

Dans son cours du DIU en 2006, le Dr Jérôme Pellerin (Hôpital Charles Foix, Ivry s/Seine) fournissait les chiffres suivants :

- chez des personnes âgées de plus de 65 ans vivant au domicile (étude ESPRIT) : 17 % présentent au moins un trouble psychiatrique dont 14 % d'un trouble anxieux sévère et 3 % d'un trouble dépressif
- le taux de personnes âgées hospitalisées en psychiatrie (étude HID) est de l'ordre de 80 pour 100 000 habitants.

Symptomatologie clinique

Les troubles psycho comportementaux des personnes atteintes de maladie d'Alzheimer et autres démences

Notre pain quotidien

On l'a vu, 28% des personnes âgées en institution ont des troubles psycho-comportementaux, considérés comme graves une fois sur quatre ; lorsque le MMS est en dessous de 20, ils sont plus de 90% à en souffrir.

Les SCPD sont, avec les troubles cognitifs, une composante clinique majeure de la maladie d'Alzheimer et des pathologies apparentées. Leur évolution récurrente est lourde de conséquences sur le patient et les aidants et, en institution, les soignants, ce qui justifie l'importance de les évaluer. Leur classement en sous-groupes syndromiques : troubles affectifs et émotionnels, psychotiques, du comportement, de fonctions élémentaires) a, comme le précise Pancrazi (10), un intérêt diagnostique et thérapeutique pratique.

Définitions

Les définitions sont nombreuses. Citons :

- Celle de Ohnen S.H., 2002 : chez le sujet âgé, conduites et attitudes inadaptées aux lieux et aux situations, en référence aux normes culturelles communément admises ;
- Celle de l'Association Psychogériatrique Internationale : « signes et symptômes comportementaux et psychologiques de la démence définis comme les signes et les symptômes évocateurs de troubles de la perception, du contenu des pensées, de l'humeur et des comportements. »
- Celle de Pancrazi (10) : les SCPD sont définis comme des symptômes de distorsions de la perception, du contenu de la pensée, de l'humeur ou du comportement fréquemment observés chez les patients présentant une démence.

Symptômes

Les SCPD peuvent être classées en catégories selon le type de symptômes :

- Troubles affectifs : Dépression. Anxiété. Exaltation de l'humeur.

- Troubles émotionnels et de la motivation : Perturbations émotionnelles. Apathie. Conduites régressives.
- Troubles comportementaux : Agitation. Instabilité psychomotrice. Compulsion. Désinhibition, agressivité.
- Manifestations psychotiques : Délire et idées délirantes, tels que vol, préjudice, persécution... Hallucinations
- Troubles de l'identification
- Troubles des conduites élémentaires : Sommeil. Conduites alimentaires. Conduites sexuelles.

Fréquence des SCPD dans la MA selon la NPI
Mega & al., 1996

Apathie	72 %
Agitation	60 %
Anxiété	48 %
Irritabilité	42 %
Dysphorie	38 %
Cpt moteur aberrant	38 %
Désinhibition	36 %
Délires	22 %
Hallucinations	10 %

Prévalence des SCPD chez des patients atteints de MA
Devanand & al. (1997)

Type de comportement	Évaluation initiale	Après 1,5 an d'évolution	Après 3 ans d'évolution
Idées délirantes	23,9%	32,8%	31,4%
Hallucinations	8,1%	17%	12,2%
Errance	38,9%	50,9%	56,9%
Agression physique	6,4%	11,3%	19%

SCPD dans la MA						
Holtzer & al. (2003) n=236 MA stade modéré ambulatoire						
Fréquence en %	J0	An 1	An 2	An 3	An 4	An 5
Agitation	39	49	52	57	54	46
Agressivité physique	6	11	17	18	22	21
Hallucinations	8	16	16	17	11	13
Idées délirantes	40	48	49	45	37	34

Evolution

En pratique, en EHPAD, ce sont souvent les infirmières et les aides soignantes qui les constatent et les décrivent les premières. Parfois la famille. Les plus précoces sont des signes de dépression, anxiété, apathie, désintérêt, repli social, les plus bruyants suivent : agitation, agressivité, désinhibition. De fait, il est classique de dire que les SCPD s'aggravent avec l'évolution de démence.

Cette évolution reste cependant discutable. Une méta-analyse sur 55 études a montré que 2 études sur 3 objectivaient ce parallélisme, tandis que le dernier tiers ne la retrouvait pas. Cette méta-analyse constate d'ailleurs la grande variabilité de prévalence des troubles observés selon les critères des études : hallucinations dans 41% des cas (mais de 12,2 à 74,1%), idées délirantes dans 36% (de 9,3 à 63 %), etc...(11, 12)

Manifestations diverses

Pour compliquer encore le sujet, les SCPD ne sont pas les mêmes dans toutes les démences : les perturbations émotionnelles et l'apathie dominant souvent dans la maladie d'Alzheimer, tandis que les hallucinations sont présentes chez 80% de personnes atteintes de démence à corps de Lewy ; l'agitation, l'agressivité, l'apathie dominant dans les démences vasculaires, et les comportements impulsifs, l'agitation, la désinhibition caractérisent les démences fronto-temporales.

Approche

Il faut souligner également la diversité des approches, comme le montre le numéro de juin de *La Revue de Gériatrie*, qui propose aux trois spécialistes concernés, neurologue, gériatre et psychiatre, de définir et décrire ce que sont pour eux les SCPD. Dès la définition, les abords se distinguent.

- **Le gériatre** reprend la définition de l'International Psychogeriatric Association (*cf supra*), tout en reconnaissant son imprécision.
- **Tandis que le neurologue** se démarque : « *Je définis le trouble du comportement comme un comportement gênant, en référence à des normes culturelles et sociales, gênant souvent plus pour l'entourage que pour le malade.* »
- **Réponse du psychiatre** : « *En fait, le comportement se trouble chaque fois qu'une tension psychique trop intense vient déborder les défenses psychologiques habituelles et que le chemin de la mentalisation devient impraticable. Les défenses comportementales, peu élaborées, contournent la mentalisation et échappent ainsi à la conscience de celui qui les agit. Le trouble du comportement apparaît ainsi comme un produit dérivé de l'activité psychique, produit plus ou moins réussi qui met en scène les tensions internes.* »

Evaluations

Tous ces éléments justifient, s'il en était besoin, la nécessité, chez un patient donné, de repérer les SCPD en fonction de leur retentissement potentiel sur le patient et son entourage. Certains troubles peu fréquents (errances excessives, symptômes psychotiques, agressivité) ont un retentissement majeur, alors que des troubles parmi les plus fréquents (apathie, dépression, anxiété) peuvent être longtemps sous estimés.

C'est pourquoi l'équipe de Verny (14) propose une séquence d'évaluation devant un SCPD :

1. Identifier l'ensemble des problèmes comportementaux et déterminer celui qui prédomine
2. Évaluer l'intensité et le retentissement du trouble en interrogeant le patient, l'aidant et le soignant
3. Repérer les facteurs externes éventuellement déclenchants : maladie intercurrente, facteurs psychosociaux, environnementaux, iatrogènes
4. Définir si le trouble est aigu ou chronique
5. Rechercher une cause curable

Ces évaluations doivent être répétées au cours du temps.

Echelles

Quand on parle évaluation, le gériatre sort ses échelles. Plus c'est compliqué, plus il en a, à savoir entre 50 et 100 grilles ; beaucoup sont des hétéro-évaluations réalisées par ou avec un proche ou un aidant.

Avec l'association COPARTAGE, nous avons recensé les plus utilisées :

- l'Inventaire Neuropsychiatrique (NPI) (13,14) ;
- et sa version courte ;
- l'échelle d'agitation de Cohen-Mansfield, ou CMAI pour *Cohen-Mansfield Agitation Inventory* : échelle d'évaluation spécifiquement dédiées à l'état d'agitation, observées en institution, répertoriées avec une équipe soignante (16) ;
- ECD: échelle comportementale de la démence (équipe du Greco) ;
- QDC: questionnaire de dyscontrôle comportemental (F.Lebert et Coll.)
- La *Geriatric Depression Scale* est un outil de dépistage de dépression. Là encore il existe une version courte, la mini-GDS
- The *Cornell scale for Depression in Dementia Mood Assessment Scale* ou DMAS qui apprécie également les symptômes dépressifs

Mais aussi

- des échelles d'appréciation globale des troubles du comportement, comme *BEHAVE-AD* ou la *Behavior Rating Scale for Dementia of the Consortium to Establish a Registry for Alzheimer's Disease* ou CERAD-BRSD (17)
- des échelles d'évaluation de l'agressivité tels que RAGE (18)
- des outils appréciant les répercussions sur les aidants, comme l'échelle de fardeau de Zarit (19).

Ces échelles ont en commun de décrire l'importance des troubles du comportement à un instant donné et de permettre un suivi de l'évolution spontanée ou sous traitement. Ainsi pouvons nous évaluer, comparer, et ainsi suivre nos résidents. La recherche des échelles les mieux adaptées et les plus pertinentes est toujours d'actualité, comme le montre une publication canadienne récente (20). D'autres travaux évaluent des outils qui permettent à des professionnels de santé de dépister précocement et aisément les patients agités et agressifs, afin d'orienter leur prise en charge et de susciter à bon escient une consultation spécialisée.

C'est le cas du score d'alerte OCEAAN (21), qui fait encore l'objet de travaux, utile en exercice à domicile mais aussi pour les personnels des EHPAD.

Conclusion mais sans fin...

Tout au long des écrits des trois spécialistes de La Revue de Gériatrie, les discours se croisent et se rencontrent, se complètent, et l'exercice s'avère d'autant plus intéressant qu'il s'agit de faire se rencontrer les points de vue, dans l'intérêt final des personnes et des soignants.

Suivons le psychiatre : *« Ainsi, les troubles du comportement peuvent, ou plutôt doivent, être abordés dans une recherche de complémentarité interdisciplinaire (...) : en termes descriptifs, selon des critères objectifs ; en termes subjectifs, selon la perception du sujet et de ses proches ; en approche relationnelle, selon l'impact sur la vie de relation et la valeur transactionnelle du symptôme comportemental ; en approche écologique, selon les réactions réciproques avec l'environnement, notamment institutionnel ; enfin, en perspective psychodynamique, prenant en considération la valeur régressive et économique, au plan psychique, du comportement. »*

Et de proposer ce que toute évaluation pluridisciplinaire doit comprendre : une évaluation cognitive, une évaluation de la dépression, une évaluation de la régression, amorçant alors une rencontre entre gériatre et psychiatre.

Les psychoses des sujets âgés

ESQUIROL « Tandis que chez le maniaque et le mélancolique, tout annonce la force, la puissance et l'effort : chez l'homme en démence, tout trahit le relâchement, l'impuissance et la faiblesse. »

Du fait du vieillissement de la population, de nouvelles problématiques apparaissent, qui n'épargnent pas les patients psychiatriques, bien au contraire. Qu'il s'agisse des patients schizophrènes, bipolaires, qu'ils présentent des épisodes délirants et/ou hallucinatoires, les pathologies psychiatriques du sujet âgé soulèvent les mêmes questions.

A commencer par des problèmes complexes de classifications. Plusieurs publications discutent la pertinence de la DSM IV de l'*American Psychiatric Association* et/ou de la CIM 10 de l'Organisation mondiale de la Santé, dans ce domaine. Les formes cliniques individualisées, pour les épisodes délirants par exemple, ne sont pas les mêmes dans l'une et

l'autre classifications, en Europe et aux Etats-Unis. Ainsi des paraphrénies, de la psychose hallucinatoire chronique... S'il n'avait d'intérêt qu'intellectuel, ce débat ne concernerait pas la pratique du médecin coordonnateur. Malheureusement pour lui, mais espérons-le, heureusement pour le malade, l'intérêt n'est pas seulement d'ordre nosologique, il est aussi thérapeutique. Les questions posées par les pathologies psychiatriques du sujet âgé s'ouvrent donc sur de multiples réflexions (22, 23).

Vieillesse ou tardive ?

D'une façon générale, les troubles psychiatriques chez les sujets âgés en dehors de la démence se rencontrent dans deux types de situations différentes :

- Le vieillissement des patients présentant des pathologies psychiatriques chroniques depuis longtemps, en particulier les schizophrènes et les patients bipolaires. On parle alors de psychoses vieilles, de psychotiques vieillissants ; c'est le cas des schizophrénies.
- L'apparition de troubles psychiatriques chez des patients jusque là sans antécédents : on parle de psychoses de survenue tardive (ou très tardive, dans certains cas) ; le diagnostic est difficile, y compris pour les psychiatres. Pourtant, la distinction est essentielle, notamment pour l'évolution et le traitement.
- A mi-chemin, l'apparition de troubles nouveaux peut survenir chez des personnes pour lesquelles seuls un interrogatoire minutieux et une reconstitution de l'histoire de la maladie permettent de retrouver des épisodes passés inaperçus ou mal étiquetés : c'est une pathologie à révélation tardive ; ce sont en réalité la décompensation, et/ou l'entrée dans les soins psychiatriques, qui sont tardifs (24, 25).

Facteur déclenchant

Quels que soient le symptôme, la maladie évoquée, l'âge de survenue, il importe, comme dans toutes les troubles comportementaux, de rechercher une circonstance déclenchante – maladie somatique, trouble métabolique, iatrogénie, etc... - qui pourrait être à l'origine du trouble psychiatrique observé. Cette démarche ne déroutera pas plus le gériatre que le médecin coordonnateur.

Modifications liées à l'âge

Dans tous les cas également, la clinique évolue avec l'âge :

- dans la schizophrénie « vieillie », diminution des troubles positifs, alors que les symptômes négatifs ont tendance à augmenter, dominant très souvent le tableau clinique à l'âge avancé.
- dans la psychose bipolaire, tendance à la chronicisation et l'apparition de cycles rapides. Cependant, « L'opinion selon laquelle la pathologie maniacodépressive devient moins active avec l'avancée en âge est aujourd'hui remise en cause » (26).

De quelles pathologies s'agit-il ?

La schizophrénie

Dans la population des plus de 65 ans, la fréquence d'apparition de la schizophrénie est estimée entre 0,1 et 0,5%.

- Chez les schizophrènes vieillissants, on l'a vu, les troubles positifs (hallucinations, délire, agitation) sont diminués et les troubles négatifs (déficits de fonctions, tels désorganisation, retrait social isolement, apathie...) plus nombreux. L'aggravation progressive des troubles propres à la maladie entraîne la survenue d'une détérioration cognitive, avec des troubles portant sur les fonctions exécutives et l'apprentissage, éventuellement aggravés par les médicaments.
- Dans la schizophrénie tardive, les hallucinations visuelles, tactiles ou auditives sont plus fréquentes, comme les idées délirantes de persécution et de cloisonnement. Les troubles cognitifs sont similaires bien que moins importants, mais ils sont surtout différents de ceux de la démence.

La psychose bipolaire

Chez les personnes âgées, les épisodes mixtes, au cours desquels surviennent à la fois des symptômes dépressifs et des symptômes maniaques, sont fréquents. D'où des tableaux particuliers et difficiles à diagnostiquer. Les symptômes délirants sont dix fois plus fréquents ; ils sont congruents à l'humeur.

Les formes tardives inaugurales seraient de plus mauvais pronostic, les décompensations étant plus fréquentes et plus sévères. Contrairement aux idées classiques, les rechutes ne disparaissent pas dans les bipolaires « vieillies », et en outre, le délire peut s'enkyster, c'est-à-dire qu'il n'y a pas de retour à la normale entre les épisodes thymiques.

Enfin, l'évolution vers la démence semble possible même si elle est mal précisée (27).

Les symptômes délirants

Les symptômes délirants de survenue tardive s'intègrent dans les formes tardives de la schizophrénie, de la paranoïa, de la paraphrénie, dans le délire hypochondriaque, apparaissant

après 65 ans. Ces états surviennent volontiers à l'occasion de situation de stress et notamment un changement de lieu de vie. La dépression délirante concernerait 40% des hospitalisations en psychogériatrie.

On distingue les expériences délirantes et hallucinatoires du délire constitué, selon la fixité des idées délirantes et leurs tendances à organiser la totalité de l'existence.

Comme les idées de méfiance et préjudice sont fréquentes chez les personnes âgées, *a fortiori* vivant en institution, c'est l'analyse fine de ces idées par le psychiatre qui fera le diagnostic selon leur caractère (vague ou précis, décalé ou non des critères de vie...) (28).

Co-morbidité et pathologies limites

Co-morbidité

Les démences riches en troubles « psychiatriques », ou plutôt des troubles des conduites sociales et, notamment les démences type Pick.

Les troubles cognitifs survenant dans certaines maladies psychiatriques vieilles ont déjà été évoqués.

Ce qui est compliqué pour les médecins coordonnateurs, c'est le caractère peu discriminatif du MMS, qui ne permet pas de différencier ces types de démences. En réalité, il ne semble pas que ces pathologies aient une spécificité par rapport aux problématiques de notre sujet.

Confins

A la limite de ces maladies psychiatriques se trouvent les pathologies des confins, parmi lesquels des délires liés à des déficits sensoriels (Charles Bonnet, paranoïa des sourds, délire dermatozoïque d'Eckbom). Elles posent des problèmes très spécifiques.

Dépression

On ne peut passer sous silence la question de la dépression, parce qu'elle peut être grave ou associée à d'autres pathologies. Chez le sujet âgé, elle possède quelques particularités, se présentant volontiers sous forme de troubles du caractère accompagnés d'une anxiété souvent majeure : irritabilité, hostilité à l'encontre de l'entourage, ou encore d'un émoussement affectif, ou de signes plus évocateurs des psychoses tels une agitation improductive, des symptômes phobiques invalidants, voire des idées de persécution, de jalousie ou de préjudice (29).

Il existe des instruments d'évaluation spécifiques de la dépression pour les populations âgées :

- le CES-D (*Center of Epidemiologic Studies Depression Scale*) construite pour permettre l'évaluation d'un épisode dépressif majeur chez l'âge selon le DSM ;
- la GDS de Yesavage et Brinck (traduite en français par D. Lapp et J.D. Guelfi), autoquestionnaire de 30 items binaires, utilisé pour le dépistage et l'évaluation de l'intensité des dépressions, dont une version à 4 items a été développée pour le dépistage en médecine générale.

Pour le médecin coordonnateur, ces échelles permettent, comme pour les SCPD, de comparer les évaluations et de suivre les résidents.

La prise en charge en EHPAD

Ce que nous savons faire ou presque : traiter les SCPD dans la maladie d'Alzheimer

Parmi les critères de reconnaissance d'une unité spécialisée dans la maladie d'Alzheimer, il faut préciser d'emblée le pré-requis : « une population sélectionnée atteinte de démence. » Il paraît nécessaire que le diagnostic soit affirmé, afin que la prise en charge puisse être bien adaptée à la maladie. Cela va de soi... mais cela va mieux en le disant pour ce qui concerne notre problématique.

Principes de prise en charge (30)

Ces principes sont au cœur du projet de vie de l'EHPAD, et fondent le projet de soins individualisé du résident

Où ?

Les EHPAD comportent, pour beaucoup d'entre elles, des unités de vie spécialisées pour les personnes atteintes de maladie d'Alzheimer et apparentées, USSA pour les américains, UVP pour la ville de Paris, unités Alzheimer ailleurs, etc... Les caractéristiques architecturales ont été réfléchies et définies depuis plusieurs années : taille modeste des unités, espace dédiés à la déambulation libre en sécurité, signalétique adaptée, points de rencontre, aspect convivial, environnement sonore discret, accès possible à l'extérieur, contrôle des issues, etc...

Quand ?

Le moment de l'entrée en USSA par rapport à l'entrée en institution constitue un choix difficile qu'il nous paraît plus utile d'adapter à chaque individu et à chaque EHPAD plutôt qu'adopter une position dogmatique.

Comment ?

La prise en charge se fonde sur de grands principes, plutôt généraux mais largement partagés. Il s'agit d'un accompagnement des patients dans leur gestes, mais pas de « faire à leur place ».

- Ne pas mettre la personne en situation d'échec, ce qui suppose de bien la connaître

- Conserver une relation non infantilisante, non méprisante
- Ecouter d'abord
- Maintenir la communication par voie orale et par le toucher
- Reformuler ce qu'on pense avoir compris
- Respecter le système propre aux personnes même si elles semblent ne plus en avoir.

Avec qui ?

Deux composantes s'avèrent essentielles pour cette prise en charge :

- Une équipe assez nombreuse et qualifiée, soit un personnel formé, expérimenté et spécialisé, soutenue (qu'il y ait ou non un psychologue), assure une relation personnalisée avec le patient.
- Les familles, aidées par des entretiens systématiques avec l'équipe médicale, continuent de participer au projet de vie lors du passage en institution.

Avec quoi ?

Un projet de soin spécifique centré sur la maladie d'Alzheimer et **individualisé**. Il doit être cohérent et adapté au handicap physique ou psychologique.

Traitement médicamenteux

Il y a relativement peu d'études contrôlées spécifiques des troubles du comportement, la plupart sont des études ouvertes. Cependant, la pratique a permis de préciser les effets des différentes thérapeutiques sur les SCPD :

- Les anticholinestérasiques ont un effet qui semble modéré, mais relativement précoce ; ils stabiliseraient ou retarderaient l'apparition des SCPD. Cet effet est, en outre, variable selon les types de troubles démentiels.
- Les antidépresseurs sont largement utilisés en pratique, plutôt les inhibiteurs de la recapture de la sérotonine que les tricycliques.
- Les antipsychotiques de nouvelle génération semblent plus adaptés que les neuroleptiques conventionnels, avec les réserves liées aux accidents vasculaires et malgré l'avis peu favorable de l'AFSSAPS (31). Pour Frémont (24, 25), les antipsychotiques doivent être réservés, dans la démence : soit aux épisodes aigus pour quelques heures ou au plus quelques jours, soit aux SCPD chroniques sévères lorsque le patient est un danger pour lui-même ou les autres.

- Enfin, anxiolytiques, hypnotiques (zolpidem ou la zopiclone), et thymorégulateurs peuvent être utiles (32).

Dans l'enseignement de la capacité de gériatrie (O. Saint Jean), les bonnes indications des psychotropes sont ainsi résumées :

- Il existe une souffrance psychique du patient
- Qui ne relève pas d'une prise en charge de troubles somatiques, cognitifs ou de l'environnement
- Qui n'est pas suffisamment améliorée par une prise en charge non pharmacologique
- Avec des arguments cliniques suffisants en faveur :
 - d'un syndrome dépressif,
 - d'un trouble anxieux : anxiété généralisée et/ou attaque de panique,
 - de symptômes psychotiques : idées délirantes, illusions, hallucinations.

En bref :

- Aucun traitement n'a été démontré comme « traitement universel, ni même indiscutable. »
- Chacun a des effets secondaires, particulièrement lourd de conséquences chez les sujets âgés.
- Comme toujours en gériatrie, il faut peser les bénéfices et les risques, et parfois savoir respecter des troubles mineurs ou non perturbants (*cf AS Rigaud, Approche clinique des troubles du comportement des patients souffrants de démence*).
- Quel que soit le produit utilisé, la séméiologie psychotique est réévaluée régulièrement en équipe, et le rapport bénéfice/risques reconsidéré, notamment pour les neuroleptiques et les antipsychotiques.
- La concertation multidisciplinaire guide les adaptations thérapeutiques.

Prise en charge non médicamenteuse

Elle s'appuie sur les besoins et désirs du sujet âgé en général, de celui-ci en particulier.

On distingue plusieurs modes d'interventions :

- centrées sur la relation aidant-patient avec le soutien psychologique, des actions de formation psycho-éducatives, des réseaux de soutien et d'aide aux aidants ;

- axées sur la relation à l'environnement avec, outre les adaptations architecturales, le respect des rythmes de vie, l'aide à se resituer dans le temps, le renforcement des rythmes veille-sommeil ;
- les approches socio et/ou psychothérapeutiques, orientées sur les comportements, les émotions, la stimulation externe sensorielle, motrice ou cognitive...

De nombreuses méthodes ont été utilisées, telles lumino-thérapie (*bright light therapy*), *Reminiscence therapy*®, *Validation affective*® ; méthode Gineste-Marescotti (« capture sensorielle », « humanitude », « toucher tendresse », conduites de diversion)... avec des résultats parfois délicats à évaluer.

Elles font intervenir différents professionnels : d'une part les aides soignants et les AMP sont souvent en première ligne de ces stimulations, d'autre part et avec eux, ergothérapeute, orthophoniste, kinésithérapeute, animateur, psychologue et psychomotricien, plus ou moins spécialisés (Art thérapie, musique, zoothérapie...). Avec, comme toujours, le médecin coordonnateur comme chef d'orchestre, mais parfois tellement seul...(32)

En pratique

D'une façon générale, le traitement non médicamenteux est privilégié en première intention, avec une approche qui utilise la parole pour apaiser, maintient un environnement calme et tranquille, réoriente les intérêts, dédramatise, et utilise *avec réflexion* le toucher. Puis vient le traitement médicamenteux. C'est un savoir faire certes incomplet, mais il progresse en privilégiant l'action sur les facteurs déclenchants : il s'agit de prévenir l'agitation et les troubles du comportement. Pour être pragmatique, le maître mot de ces troubles nous paraît être : ANTICIPER ! Pour cela, la formation des soignants aux troubles comportementaux et à leur prise en charge est une nécessité absolue

Prise en charge des personnes âgées atteintes de troubles psychiatriques : des questions sans réponse pour le médecin coordonnateur.

Déments et psychotiques ont tous besoin de considération et de valorisation. Les prendre en charge suppose de décoder leurs troubles, de les rassurer, tant l'inquiétude ou l'angoisse aggravent leur état clinique. Mais n'est-ce pas là le lot commun de tout malade, voire de tout citoyen ? Les soignants de gériatrie et de psychiatrie partagent évidemment ces principes, à travers une réflexion d'équipe, où les relais s'effectuent sans difficulté quand un des soignants est « dépassé ».

Néanmoins, ces principes qui relèvent autant de la médecine que du bon sens sont-ils suffisants pour une prise en charge spécifique et de qualité ? Nous ne le pensons pas, en première intention, car cela signifierait que chacune des disciplines est, pour l'autre, « science infuse ». Il y a, en effet, bien des différences, comme le précise, par exemple, J. Belmin : le dément ne croit pas vraiment ou surtout pas longtemps à son délire, alors que le délire psychotique est vécu en totale conviction. Sa prise en charge doit alors plutôt aider le patient à aménager le délire pour mieux s'intégrer à la réalité.

Mieux vaut avoir anticipé car, si l'on en croit J. Pellerin, les troubles psychiatriques ont de bonnes raisons d'être décompensés en institution, du fait de la rupture avec le milieu habituel, de l'isolement affectif, de la vie collective. Le psychotique croît y reconnaître un environnement hostile. Comment savoir ce qui est considéré comme péjoratif parce que l'ignorant trop ou au contraire stimulant en excès ? quel effet produit sur lui les images du vieillissement que lui renvoie l'institution ?

D'où nos multiples questions quant à la prise en charge des psychotiques vieillissants, d'autant qu'il nous paraît que les choix sont parfois plus guidés par l'empirisme que les études.

Ce qui est commun

Reconnaissons d'abord une communauté de moyens :

Architecture spécifique,

« Arsenal thérapeutique » identique,

Interventions des mêmes professionnels (ergothérapeutes, psychologues, psychomotriciens...).

Et aussi une communauté d'objectifs :

Maintien ou développement de l'autonomie

Aide à l'hygiène

Activités psychomotrices, stimulations...

En revanche, il n'est pas certain que nous utilisions de façon analogue les techniques pour répondre aux questions fondamentales qui se posent.

Quels lieux d'accueil pour les personnes âgées atteintes de troubles psychiatriques ?

Bien que les données sur les lieux de vie des personnes schizophrènes ou bipolaires en France soient rares, on constate de fait « les grands mouvements de transferts de schizophrènes âgés, le plus souvent après 55 ans, des services de psychiatrie vers les maisons de retraite ou les longs séjours. » (24). De fait, le risque d'isolement social est sans doute plus grand encore pour les psychotiques que pour l'ensemble des personnes âgées, alors que la socialisation est le garant essentiel de la qualité de l'évolution. Cela justifie encore l'entrée dans un établissement. Mais lequel ? C'est bien ce qui nous pose problème.

L'architecture qui est prônée en EHPAD est-elle adaptée au milieu psychiatrique ? Sur un plan théorique, le dément a besoin d'un espace vaste, sans enfermement, avec un axe partant de l'intérieur vers l'extérieur, parce qu'il ne comprend pas son environnement ; il faut lui donner des repères pour favoriser les échanges. C'est ce qui prévaut actuellement pour la construction des EHPAD. Inversement, le patient psychiatrique, se sentant agressé par l'environnement, a besoin d'une unité de lieu, des espaces de type « contenant », calmes et tranquilles, avec des « filtres de protection » le mettant à l'abri d'un excès de stimulations : les structures EHPAD y répondent-elles ? Si non, peut-on les concevoir d'emblée ou secondairement afin qu'elles soient modulables et aménageables, pour répondre aux besoins des populations psychiatriques ?

Qu'est-ce que la liberté d'aller et venir pour un dément ? pour un psychotique ?

Le consensus de l'ANAES sur ce sujet (2005), qui précise de ne pas aborder le problème par diagnostic médical, mais par évaluation des capacités, aide-t-il à résoudre cette question ?

L'entourage quotidien, les activités et stimulations sont-ils communs aux uns et aux autres ?

La maladie d'Alzheimer est une maladie de l'encodage, où les troubles dominants grèvent l'orientation et l'attention. La thérapeutique repose sur des stimulations multiples, qui font resurgir des souvenirs et utilisent les capacités restantes.

Sur un plan théorique, chez les patients psychotiques (7), les approches non pharmacologiques visent à donner du sens au symptôme, en le resituant dans l'histoire et le contexte de la vie du sujet. Ils s'accompagnent d'une action sur l'environnement et l'hygiène de vie. Sur un plan plus pratique, le psychotique peut être agressé par les stimulations trop vives, ou mal adaptées. D'un côté, l'on peut espérer que multiplier les activités participe à la préservation de ses capacités intellectuelles et valorise ses capacités, d'un autre côté, il doit d'abord être encadré, préservé, canalisé. D'ailleurs, les tentatives de créer des liens peuvent s'avérer décevantes car les psychotiques tentent de maintenir des barrières ou des clivages dans leur vie psychique. Le discours doit être empathique, mais un discours préservateur à mauvais escient les infantilise et leur est nuisible. Tout comme une prise en charge totale leur porte préjudice. Il faut donc savoir les laisser en paix, en veillant néanmoins au maintien de l'hygiène et au contrôle des médicaments.

Une approche multidisciplinaire (gériatrique et psychiatrique, associant tous les professionnels) pourrait peut-être permettre de définir si ces approches peuvent être analogues à celle des déments ? ou partagées ?

Les réseaux de prise en charge sont-ils les mêmes ?

La réponse est « pas vraiment », si nous en croyons ce que nous vivons au CAS de la ville de Paris.

Si les médicaments sont les mêmes, qu'en est-il de leurs indications ?

On pourra arguer que, comme pour les spécialités d'organes, on peut faire appel à des spécialistes. Les médecins traitants n'auraient qu'à appeler les psychiatres, qui prescrivent au demeurant les mêmes produits que dans les démences. L'argument est recevable, pour la mise en route des traitements au long court, sous réserve de recours en cas de problème, et évidemment pas dans les circonstances de décompensation aiguë.

En revanche, le traitement psychiatrique ne se concevant pas en dehors de l'organisation de la vie quotidienne (ce qui ne se pose pas pour les maladies somatiques) on comprend le désarroi des médecins coordonnateurs.

Des problèmes spécifiques mais incontournables.

La question de l'âge

L'âge des personnes est un problème majeur, car les patients psychiatriques qui sont proposés pour l'entrée en EHPAD ont 65 ans, parfois même moins, tandis que nos résidents habituels ont pour la plupart 80 ans et plus. La cohabitation n'est pas facile, les plus jeunes sont réticents devant l'idée de vivre avec des « vieux » et de partager leurs activités.

Une autre prise en charge médicale est nécessaire, du domaine de la médecine générale, imposant une veille des facteurs de risque cardiovasculaires, du cancer du sein..... Ce n'est pas le plus difficile. La question de la sexualité se posera non de façon plus aigüe et sera plus délicate à résoudre.

Et de la durée...

Enfin, quelles sont les attentes de personnes qui peuvent légitimement envisager de vivre 25 à 30 ans dans nos établissements ? Cela suppose une autre prise en charge non seulement des soins, mais aussi de la vie sociale : plus de sorties, plus d'ouverture vers l'extérieur... tout en se rappelant que la sortie génère l'angoisse, parfois chez les résidents, souvent chez les soignants, a fortiori lorsque l'équipe soignante éprouve des difficultés pour apprécier les risques encourus. D'où la nécessité d'établir des partenariats avec les structures sociales des quartiers, les accueils de jour.

La sectorisation

Ces difficultés sont renforcées par la sectorisation, notamment pour les personnes isolées ou de milieu social peu favorisé (et c'est bien souvent le cas ici). Leur situation les conduit en EHPAD loin de leur domicile initial, leur ancien secteur ne peut pas toujours les suivre de façon rapprochée, et le nouveau, lui-même débordé, rechigne à les prendre en charge à ce stade de l'évolution de leur maladie. S'y ajoute un attachement fréquent pour leur médecin traitant, lui-même soumis à des complications géographiques analogues.

La cohabitation

Les conditions du soin psychique, selon Pellerin, nécessitent le respect des différences, des places, des exigences, et des limites de chacun. La gestion des affects doit se garder de toute séduction ou d'excitation excessive, doit éviter le mépris ou le rejet affiché.

Cependant, l'EHPAD est une situation obligatoire de vie collective, où le contact avec les personnes atteintes de maladie d'Alzheimer est inévitable. Est-elle bénéfique ou nuisible aux personnes âgées atteintes de troubles psychiatriques ? Il est possible de penser qu'ils supportent avec difficulté et agressivité qu'on pénètre dans leur domaine privé, qu'ils se sentent agressés par les déments manifestant des troubles du comportement, et aussi d'ailleurs par les soignants habitués à « toucher » les malades pour faciliter le contact. Outre le risque de mauvaise prise en charge, cela expose au risque de maltraitance voire à des problèmes médico-légaux.

La précaution contre le quotidien : qui soutient qui ?

Dans certaines EHPAD, le règne du principe de précaution impose des normes drastiques en terme d'hygiène ou de sécurité... Elles conduisent parfois à supprimer des activités considérées comme à risque que sont le jardinage, la cuisine, le lavage... Au « risque » de priver les personnes de multiples activités de la vie quotidienne (celles que testent les échelles IADL OU AVQ), fussent-elles mineures pour l'examinateur externe, qui participent à leur « unité » et à leur bien être, et souvent leur confère une des rares fonctions sociales qui leur restent.

Pragmatique

Enfin nous aborderons un problème qui nous semble également important dans notre fonction, c'est celui du GIR : la plupart des psychotiques ont un GIR 5 ou 6, qui rend discutable actuellement leur entrée en EHPAD. S'ils sont acceptés, ils ne sont guère comptabilisés en terme de prise en charge de soignants, alors qu'ils nécessitent un encadrement important. C'est un problème certes moins noble, mais auquel l'institution ne saurait se soustraire.

Principes et propositions

Le minimum à respecter

La multidisciplinarité

Atteints de troubles psychiatriques ou démentiels, tous les sujets âgés doivent faire l'objet d'interventions multidisciplinaires... « Il faut réassurer et occuper le patient en lui donnant un cadre simple et chaleureux, identifier et faire disparaître les facteurs aggravants. Cela nécessite une association et une interdisciplinarité dans l'équipe de traitement . » (28)

Les réseaux

Tous les articles que nous avons lus insistent sur la nécessité des **réseaux**, au sens médico-psycho-sociaux, l'une des préoccupations majeures du médecin coordonnateur. A prendre en compte avec les questions du secteur psychiatrique, déjà évoquées.

Formation des personnels, y compris le médecin coordonnateur...

Il n'existe pas de savoir universel, la compétence passe par la formation des personnels. L'une de nos réticences majeures à l'accueil des psychotiques est liée à l'absence de formation spécifique des personnels, qui ne possèdent pas la « culture » pour accueillir des psychotiques. C'est l'exemple, cité plus haut, de la sensation tactile comme outil de communication et de réassurance avec les personnes démentes. Pour l'avoir observé à plusieurs reprises lors des visites de pré admission notamment, nous savons bien que les psychotiques sont parfois effrayés, agressés (et par suite agressifs) par cette habitude de « toucher » qu'ont nos soignants.

Le médecin coordonnateur

Ces questions font partie intégrante de nos missions de Médecin coordonnateur qui :

7 Contribue à la mise en œuvre d'une politique de formation et participe aux actions d'information des professionnels de santé exerçant dans l'établissement

11 Collabore à la mise en œuvre de réseaux gérontologiques coordonnés, d'autres formes de coordination prévues à l'article L. 312-7 du présent code et de réseaux de santé mentionnés à l'article L. 6321-1 du code de la santé publique.

Nous sommes donc bien dans notre métier, mais il nous faut apprendre à le mettre en pratique pour des résidents psychiatriques... ou bien à ne pas les accepter.

Hypothèses

Plusieurs propositions sont plausibles pour le maintien ou la ré-insertion de psychotiques, auxquelles il paraît urgent de réfléchir. Palmer, cité par Frémont (34) propose de prévoir une augmentation importante des structures sociales, ou de prévenir et limiter la dépendance, proposition qui vaut pour les Etats-Unis comme pour la France, proposition surtout qui devrait faire l'objet de travaux de la part d'un groupe international créé en 2000.

Plus humblement, pour ce qui concerne notre réflexion, nous envisagerions trois hypothèses :

- Créer des unités spécifiques pour les psychotiques en EHPAD, à l'instar des unités Alzheimer. Elles auraient une architecture particulière avec notamment une salle « contenante », un personnel formé spécifiquement, un psychiatre référent.
- -Disposer de lieux de vie spécifiques dans une résidence commune à tous : les psychotiques partageant les lieux communs, éventuellement avec des personnes atteintes de démence peu sévère. Ils disposeraient, outre leur chambre individuelle, d'une salle spécifique, préservant leur intimité, où ils pourraient se retirer et être protégés. Cette solution ne nous paraît envisageable que dans un contexte où il n'y aurait pas de démences sévères (MMS > 12 ou 14) dans l'établissement.
- Imaginer d'autres structures, comme les résidences services, avec un personnel formé, une convention avec le secteur psychiatrique, des lieux ressource extérieurs, l'intervention d'équipes mobiles gériatriques. Cette solution rappelle, à vrai dire, les appartements thérapeutiques réactualisés à l'aune de l'augmentation de la durée et de la qualité de vie. Elle nécessite une surveillance tout particulière des facteurs de fragilité (isolement, âge, dénutrition, iatrogénie...) qui conduisent les psychotiques à vieillir moins bien afin de limiter les séquences décompensation-hospitalisation.

Dans toutes ces propositions, on perçoit d'emblée l'importance du secteur psychiatrique et on peut se demander si sa présence serait suffisante, non pas par mauvaise volonté mais du fait de la pénurie actuelle du système psychiatrique. A moins qu'il ne faille inventer une sectorisation en gérontopsychiatrie ?

Notre projet

Nous sommes loin d'avoir les réponses à toutes nos interrogations ; en attendant, nous sommes sollicités pour prendre des psychotiques et proposons de pousser plus avant la réflexion et de tenter de trouver des réponses à quelques questions, dans les mois à venir :

- Que représente l'accueil des psychotiques en EHPAD ?
- Comment pouvons-nous déceler et évaluer les troubles psychiatriques dès la visite de pré admission ? Faut-il, par exemple, multiplier les soignants présents ?
- Comment pouvons-nous travailler avec le secteur, et assurer la continuité des soins ?
- Pouvons-nous définir un contenu à la démarche de soins pour ces personnes, reposant sur un support, et lequel ? Quelles sont leurs fragilités particulières ?
- Existe-t-il des supports d'animation spécifique pour les psychotiques vieillissants ?
- Certains ateliers adaptés aux personnes atteintes de maladie d'Alzheimer peuvent-ils être partagés, ou évités, ou adaptés pour les psychotiques ?
- Peut-on imaginer que les psychotiques suivent certaines formations, par exemple au sommeil ou à la nutrition, que leurs capacités intellectuelles leur permettent d'appréhender, et qui leur fourniraient un « projet ».

Valider des outils

Il s'agira pour nous de valider des outils nous permettant d'accepter et de suivre les résidents « psychotiques vieillissants » de façon pertinente et d'évaluer nos résultats dans leur prise en charge :

- pour le diagnostic psychiatrique et/ou des troubles du comportement,
- pour l'évaluation des besoins et désirs de patient psychotiques, qui serait un équivalent des trois gérontes, outil pertinent pour les démences mais qui ne fonctionne pas pour la maladie psychiatrique.

Les critères de ces outils seraient étudiés, en fonction de chacun, pour la visite de pré-admission et /ou pour les réunions de synthèse ou le suivi.

Par la suite, nous élaborerons des procédures pour la prise en charge au long cours et les différents épisodes évolutifs de la pathologie psychiatrique.

Plus théorique

Sur un plan plus théorique, nous souhaitons poursuivre notre réflexion à travers la bibliographie et des consultations d'experts ou d'intervenants de terrain pour définir quel type de lieu paraît le plus favorable à une prise en charge de qualité.

Travailler en collaboration EHPAD-secteur

Nous proposons ce travail commun dans deux établissements du CAS-VP au moins, Résidence Julie Siegfried (Paris 14^{ème}) et Résidence Hérold (Paris 19^{ème}) avec les secteurs de Paris 14^{ème} et Saint Anne, de Paris 17^{ème} et Henry Ey, la psychogériatrie (hôpital St Joseph et peut-être Bretonneau), les équipes mobiles de gériatrie Paris Nord (qui disposent d'un psychiatre) et la Fondation Nationale de Gérontologie (Geneviève Laroque).

Des pistes de collaboration

Nous avons déjà entamé des collaborations.

La résidence Julie Siegfried, dont Martine Soudani est médecin coordonnateur, a entamé depuis plusieurs années un travail avec des résidents psychiatriques ; il y en avait 2 en 2005, ils sont une trentaine à l'heure actuelle. Ils disposent d'un suivi psychiatrique vrai (souvent assuré grâce à la présence régulière dans l'établissement du Dr Jacques Gauillard, psychiatre à Saint Anne). Certains bénéficient d'hospitalisations séquentielles à l'hôpital de semaine (Dr Smaghe, Saint Anne). Inversement, M. Soudani, qui est gériatre, réalise les évaluations gériatriques standardisées en hôpital de jour à l'hôpital Saint Joseph.

Plus modestement, pour ce qui concerne notre établissement, ouvert depuis deux mois, une première proposition de travail en commun a été faite avec le CMP du 17^{ème}, l'hospitalisation étant à Henry Ey (dépendant de Perray Vacluse, situé Porte de Choisy). La visite de préadmission était largement ouverte aux soignants des deux établissements, médecins, infirmières, psychologue et assistante sociale. La permanence des soins était garantie et proposée d'emblée par le Dr Bonafos (psychiatre). Des rencontres sont programmées dès maintenant pour permettre une adaptation et une connaissance respective des équipes de la résidence Hérold. Les activités suivies antérieurement par la future résidente peuvent être reconduites lors de son séjour. Se pose néanmoins le problème récurrent des transports pour se rendre au CTTAP ou au CMP. Cette question n'est d'ailleurs pas spécifique des résidents

psychiatriques. Nous avons la chance de disposer d'une équipe mobile de gériatrie qui sera opérationnelle en janvier 2008 et espérons pouvoir mettre en place un travail commun.

Conclusion

Autrefois, dans les institutions psychiatriques ou gériatriques, il y avait déjà des « vieux psychotiques » qui assuraient des fonctions sociales a minima, certains tenant le bar, d'autres le jardin. Il semble bien que les normes actuelles aient mis fin définitivement à ces fonctions. Nous ne sommes pas omniscients et n'avons pas la prétention de connaître la psychiatrie. Nous sommes conscients de nos responsabilités face à nos résidents et face à la société. Nous souhaitons donc travailler avec la psychiatrie et la gériatrie pour établir un projet de soins et de vie pour ces résidents psychotiques, ce que nous ne savons pas faire actuellement. Cependant, le médecin coordonnateur et l'équipe des EHPAD n'ont pas vocation à pallier l'ensemble des déficits de la société, et notamment ici la misère des moyens en psychiatrie, surtout si c'est au détriment des résidents.

BIBLIOGRAPHIE

- (1) Loi de santé publique, 9 août 2004 disponible sur www.legifrance.gouv.fr et www.sante.gouv.fr
- (2) Les bonnes pratiques de soins en EHPAD
<http://www.sante.gouv.fr/htm/actu/alzheimerpresse/ehpad.pdf>
- (3) Études et Résultats n° 379, 380, 485, 494, 515 - Janvier-mars 2003 – n°515, août 2006 La Documentation Française
- (4) PAQUID <http://www.isped.u-bordeaux2.fr>
- (5) Benoit M, Staccini P, Brocker P, Benhamidat T, Bertogliati C, Lechowski L, Tortrat D, Robert PH. Behavioral and psychologic symptoms in Alzheimer's disease: results of the REAL.FR study Rev Med Interne. 2003 Oct;24 Suppl 3:319s-324s
- (6) Rubin EH, Morris JC, Berg L. The progression of personality changes in senile dementia of the Alzheimer's type. J Am Geriatr Soc 1987 Aug;35(8):721-5).
- (7) Gérontologie pour le praticien, J.Belmin et coll., Ed Masson
- (8) Cohen CI. Practical geriatrics : directions for research and policy on schizophrenia and older adults : summary of a GAP committee report. Psychiatr Serv 2000 ;51(3) :299-302)
- (9) Galland F, Vaille-Perret E, Jalenques I. Les troubles bipolaires chez le sujet âgé. Psychol Neuropsychiatr Vieil, vol3, n°2, juin 2005
- (10) Pancrazi MP, Métais P. Maladie d'Alzheimer, diagnostic des troubles psychologiques et comportementaux. Presse médicale 2005 ; 34(9) : 661-6.
- (11) Ropacki SA, Jeste DV. Epidemiology of and risk factors for psychosis of Alzheimer's disease : a review of 55 studies published from 1990 to 2003. Am J Psychiatry 2005; 162:2022-30.
- (12) Desrouené Ch, Troubles psychotiques et maladie d'Alzheimer, Psychol Neuropsychiatr Vieil, vol4, n°1, mars 2006).
- (13) La Revue de Gériatrie, Tome 32, n°6 Juin 2007
- (14) Patrice Brocker et coll. Les symptômes psychologiques et comportementaux de la démence : description et prise en charge. La Revue de Gériatrie, Tome 30, N°4 Avril 2005
- (15) Cummings JL, Mega MS, Gray K, Rosenberg-Thompson S, Gornbein T. The Neuropsychiatric Inventory : comprehensive assessment of psychopathology in dementia. *Neurology* 1994;44:2308-14.
Et Robert PH, Médecin I, Vincent S, Staccini P, Cattelin F, Goni S. L'inventaire Neuropsychiatrique: validation de la version française d'un instrument destiné à évaluer les troubles du comportement chez les sujets déments. *L'Année Gériatologique* 1998;5:63-87.
- (16) Finkel SI, Lyons JS, Anderson RL. Reliability and validity of the Cohen-Mansfield agitation inventory in institutionalized elderly. **I. J. Geriatr. Psy.** 1992;17:487-490.
- (17) Sclan SG, Saillon A, Franssen E, Hugonot-Diener L, Reisberg B. The behavior pathology in Alzheimer's disease rating scale (behave-ad) : reliability and analysis of symptom category scores. **I. J. Geriatr. Psy.** 1996;8 (Suppl):301-308)
- (18) Patel V, Hope RA. A rating scale for aggressive behaviour in the elderly-The RAGE. **Psychol.Med** 1992,22(1):211-221)
- (19) Zarit S, Zarit J. The memory and behavior problems checklist and the burden interview. Department of Individual and Family Studies. The Pennsylvania State University, University Park, PA 16802, USA Copyrighted and published by the author ; 1983.
- (20) Conn D, Thorpe L. Assessment of behavioural and psychological symptoms associated with dementia. [Can J Neurol Sci.](http://www.legifrance.gouv.fr) 2007 Mar;34 Suppl 1:S67-71.

- (21) Léger JM et coll. Validation d'un score d'alerte d'agitation chez les personnes âgées. La Revue de Gériatrie, Tome 31, N°5 MAI 2006
- (22) Rigaud AS. Les troubles délirants tardifs dans les classifications psychiatriques internationales. La Revue de Gériatrie, Tome 26, n°6, Juin 2001
- (23) Bazin N. Le diagnostic de schizophrénie tardive : les questions qu'il pose. . Psychol NeuroPsychiatr Vieil, vol2, n°1, mars 2004
- (24) Fremont P, Schizophrénie et vieillissement. Neurologie Psychiatrie Gériatrie. Année 4 – Mars-Avril 2004.
- (25) Place des neuroleptiques et anti-psychotiques chez le sujet âgé, P. Frémont, <http://www.longuevieetautonomie.com/ww/1142453761037009.pdf>
Et <http://www.chups.jussieu.fr/polys/capacites/capagerontodocs/annee1therapeutique/antipsychotiques2007.pdf>
- (26) Galland F, Vaille-Perret E, Jalenques I. Les troubles bipolaires chez le sujet âgé. Psychol NeuroPsychiatr Vieil, vol3, n°2, juin 2005
- (27) Bazin N. Troubles bipolaires et vieillissement. L'Encéphale, 2006 ;32 :1099-101, cahier4
- (28) Lombertie ER et coll. Troubles psychotiques et délirants de l'âge. La Revue de gériatrie, tome 29, n°1, Janv 2004
- (29) Jalenques I, Cours du CNUP
- (30) Vellas B. Amouyal-Barkate K. Les unités spécialisées pour malades déments <http://www.gerosante.fr/IMG/pdf/unites-specialisees.pdf>
- (31) www.afssaps.fr
- (32) Brocker P. et coll. Les SCPD de la démence : description et prise en charge. La Revue de gériatrie, Tome 30, n°4 avril 2005
- (33) http://www.has-sante.fr/portail/upload/docs/application/pdf/Liberte_aller_venir_court.pdf
- (34) Palmer BW, McClure FS, Jeste DV. Schizophrenia in late life : findings, challenge traditional concepts. Harv Rev Psychiatry 2001;9(2): 51-58

Bibliographie complémentaire

On lira avec intérêt

AS Rigaud, Approche clinique des troubles du comportement des patients souffrants de démence http://www.hippocampes.net/docs/support/presentation_tc_as_rigaud_12.pdf
Capacité de gériatrie (O. Saint Jean) : www.longuevieetautonomie.com

PLOTON, Louis. La personne âgée : son accompagnement médical et psychologique et la question de la démence. Chronique sociale, 1990. Et sa présentation sur le site canadien <http://www.fep.umontreal.ca/violence/dossiers/ploton.html#s34>

ANZIEU, Didier. Le Moi-Peau. Ed DUNOD

De nombreuses grilles d'évaluation sont disponibles sur les sites

De la capacité de gériatrie : www.longuevieetautonomie.com

Des Centres Mémoire de Ressources et de Recherche : <http://cm2r.enamax.net>

Et bien sûr sur le site du DIU : www.ehpad.org

GLOSSAIRE

AFSSAPS : agence française de sécurité sanitaire des produits de santé

CAS –VP : Centre d'action sociale de la ville de Paris

COPARTAGE : association de médecins ayant pour objet d'améliorer la prise en charge des personnes âgées résidant dans des EHPAD situées à Paris ou rattachées à la ville de Paris, en mettant en commun leurs compétences et les expériences de médecins coordonnateurs.

DGS : Direction générale de la santé

DGAS : Direction générale de l'action sociale

DREES : Direction de la recherche, des études, de l'évaluation et des statistiques (du Ministère de la santé)

EHPAD : établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes

NPI : échelle Inventaire Neuropsychiatrique

SCPD Symptômes comportementaux et psychologiques de la démence

Résumé

Il est régulièrement demandé aux médecins coordonnateurs, au moins dans les EHPAD territoriales, d'accepter comme résidents des personnes atteintes de troubles psychiatriques anciens, ou récemment diagnostiqués. Cette demande concerne aussi bien les secteurs ouverts à tous les résidents que, le cas échéant, les structures spécialisées Alzheimer. Ce mémoire fait un point bibliographique sur les différences cliniques entre les troubles du comportement dans les démences (SCPD) et les troubles psychotiques chez les personnes âgées. Il esquisse les spécificités de traitement médicamenteux et non médicamenteux des uns, souvent âgés de plus de 80 ans, et des autres, candidats à l'institution dès 65 ans. Il propose des pistes de travail communes aux médecins coordonnateurs, psychiatres, et gériatres, au sein des EHPAD de la ville de Paris, pour préciser les principes de prise en charge des « psychotiques vieillissants. » L'objectif est, dès la visite de pré admission, de trouver dans quelles conditions et dans quelles structures ils bénéficieront du meilleur projet de vie.

Mots clefs : SCPD, démence, psychotique, schizophrène, bipolaire, délirants.