

PSYCHIATRIE DE LA PERSONNE ÂGÉE



IMPRESSUM**Editeur**

CURAVIVA Suisse, Domaine spécialisé personnes âgées
Zieglerstrasse 53
Case postale 1003
3000 Berne 14

Téléphone +41 (0)31 385 33 33

info@curaviva.ch

www.curaviva.ch

Auteurs:

Dr. Marie-Thérèse Clerc, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie de la personne âgée, CHUV, Lausanne ; Prof. Armin von Gunten, spécialiste FMH en psychiatrie et psychothérapie de la personne âgée, CHUV, Lausanne

Copyright photo de couverture: Martin Glauser, <http://www.martinglauser.ch/>

Layout: CURAVIVA Suisse

Editeur: août 2015

Pour des raisons de compréhension, il peut arriver que ne figurent dans le texte que la forme féminine ou masculine. Les deux genres sont cependant toujours concernés.

Sommaire

1. Abstract	4
2. Définition de la psychiatrie de la personne âgée	4
3. Identification des besoins psychogériatriques en EMS	4
4. Gamme de services psychogéraitriques en EMS	5
5. Financement	6
6. Recommandations et <i>guidelines</i>	6
7. References et Sources	8
8. Liens	10

1. Résumé

La psychiatrie de la personne âgée est une branche de la psychiatrie, partie intégrante de l'organisation multidisciplinaire des soins en santé mentale destinés aux personnes de plus de 65 ans. Ces dernières présentent souvent une combinaison de problèmes psychiques, somatiques et sociaux. L'étendue des besoins en psychogériatrie dans les EMS, ainsi que la gamme de services disponibles, sont décrites ci-dessous. En l'absence de directives nationales sur le sujet, les recommandations et les *guidelines* proposées sont inspirées de celles qui existent dans d'autres pays occidentaux.

2. Définition de la psychiatrie de la personnes âgées

L'évolution démographique et l'accroissement de l'espérance de vie ont favorisé l'émergence d'une médecine de la personne âgée. Dans ce contexte et selon le consensus émis par l'OMS¹, la psychiatrie de la personne âgée (ou psychogériatrie ou gérontopsychiatrie ou psychiatrie gériatrique) est définie comme une branche de la psychiatrie, partie intégrante de l'organisation multidisciplinaire des soins en santé mentale destinés aux personnes âgées de plus de 65 ans.

Elle s'occupe du diagnostic et du traitement de l'ensemble des maladies psychiatriques et de leurs conséquences. Elle diffère de la psychiatrie du jeune adulte notamment par la combinaison fréquente de troubles mentaux, somatiques et sociaux, ainsi que par les particularités de l'expression sémiologique, du rapport thérapeute-patient et de la maturation de l'appareil psychique avec l'âge. En Suisse, la spécialisation en psychiatrie de la personne âgée est une formation reconnue par la FMH depuis 2006. Des informations supplémentaires peuvent être obtenues sur le site internet de la société suisse de psychiatrie et psychothérapie de la personne âgée (www.sgap-sppa.ch).

3. Identification des besoins psychogériatriques en EMS

La prévalence des troubles psychiatriques chez les résidents en EMS est très élevée^{2,3}. La démence, la dépression et l'anxiété sont les troubles les plus fréquents. En moyenne, 58% des résidents d'EMS souffrent d'une démence, dont 78% présentent des troubles comportementaux et psychologiques liés à cette démence. 10% des résidents remplissent les critères diagnostiques d'une dépression majeure, auxquels s'ajoutent 29% de résidents ayant un syndrome dépressif. La prévalence des troubles anxieux a été moins étudiée et s'élève entre 11 et 38%. Les autres pathologies psychiatriques semblent plus rares : abus de substances 1-18%, schizophrénie 3-7%, trouble bipolaire 1-3%, delirium 6-14%. L'utilisation de médicaments psychotropes est, sans surprise, également importante. En effet, 50-80% des résidents en EMS en reçoivent au moins un⁴.

Le personnel de soins et d'accompagnement, ainsi que les directions des EMS, sont généralement conscients de ces besoins et de leurs difficultés à y répondre⁵⁻⁶. Les principaux obstacles identifiés sont le manque de professionnels qualifiés, les problèmes de recrutement et le rationnement des soins.

Il n'existe pas, à notre connaissance, d'enquête de satisfaction des usagers d'EMS. Une étude basée sur la théorie de l'auto-détermination a démontré que le bien-être psychologique des résidents dépend de la satisfaction de certains besoins psychologiques de base (sentiment d'autonomie, but dans la vie, interactions sociales de qualité, sentiment d'accomplissement personnel), mais pas de caractéristiques socio-démographiques (âge, niveau d'éducation, etc)⁷. Ces conclusions sont confirmées dans un rapport de l'Observatoire suisse de la santé, qui souligne en outre le rôle prépondérant de la santé psychique sur la qualité de vie⁸.

4. Gamme de services psychogériatriques en EMS

Les soins en santé mentale peuvent être fournis aux résidents par des professionnels extérieurs et par le personnel de l'EMS⁹.

Les ressources internes des EMS permettent souvent de gérer une grande partie des problèmes de santé mentale sans avoir recours aux psychogérites. Les médecins responsables des établissements possèdent parfois une expérience en psychogériatrie, comme c'est le cas des gérites. Dans d'autres cas, une infirmière ou un autre membre du personnel formé en santé mentale peut être désigné dans l'EMS pour transmettre ses connaissances aux équipes, discuter des problèmes rencontrés dans la prise en charge des résidents, proposer des mesures, faciliter les contacts avec le médecin responsable de l'EMS et solliciter, si nécessaire, l'intervention d'un spécialiste externe.

Les services spécialisés en psychogériatrie comprennent :

- **la consultation** : le consultant est un psychogérite qui travaille sur mandat du médecin responsable de l'EMS ou du médecin privé du résident. Le consultant peut intervenir ponctuellement ou assurer le suivi régulier d'un ou plusieurs résidents.
- **la liaison** : le consultant-psychogérite rencontre l'équipe soignante, discute de l'attitude de soins à l'égard d'un résident ou au sujet d'un problème particulier, fournit des informations, propose des interventions, participant ainsi au soutien et à la formation du personnel de l'EMS en matière de santé mentale.
- **l'équipe mobile** : il s'agit d'une forme de consultation-liaison assurée par une équipe formée d'un psychogérite et d'une infirmière en psychiatrie de la personne âgée qui travaillent dans un secteur géographique déterminé (contrairement au consultant qui est rattaché à un établissement particulier).

- **la télépsychiatrie** : la consultation-liaison par internet peut être utile pour les EMS isolés ou dans les régions sous dotées en psychogériatres.

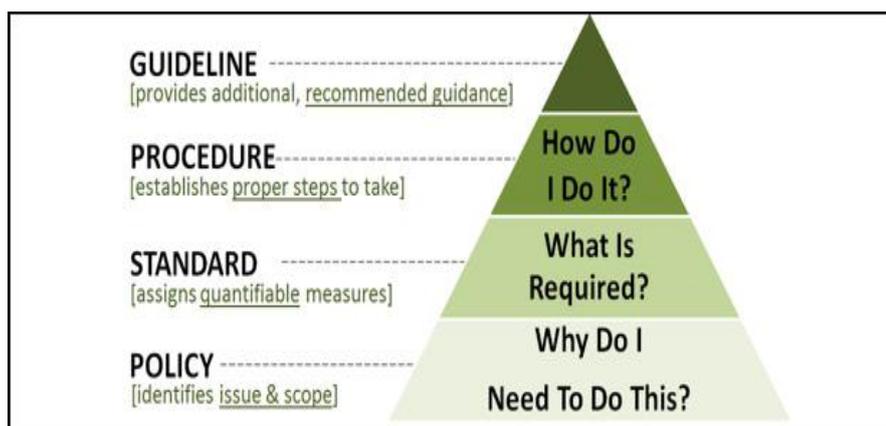
Compte tenu de la spécificité de chaque établissement et des diverses réglementations cantonales, l'offre globale dépendra de la disponibilité en services spécialisés en psychiatrie de la personne âgée, du degré de formation du personnel, de facteurs économiques, de la philosophie des soins dans l'EMS et du soutien de sa hiérarchie.

5. Financement

Les consultations psychogériatriques, y compris les interventions par l'équipe mobile et par télépsychiatrie, et les traitements pharmacologiques sont remboursées par l'assurance-maladie de base du résident.

Les interventions de liaison font l'objet d'un contrat négocié au cas par cas entre le consultant et l'EMS, et sont facturées à l'EMS.

6. Recommandations et guidelines



Les termes recommandations et *guidelines* sont souvent utilisés comme synonymes. Les recommandations sont généralement émises par un groupe d'experts et fondées sur des preuves scientifiques (*evidence-based*). Les *guidelines* sont issues des recommandations et visent à harmoniser et améliorer les pratiques cliniques. Ni les recommandations, ni les *guidelines* n'ont de pouvoir contraignant.

Il n'existe pas de *guidelines* suisses concernant la santé mentale des personnes âgées en EMS. Il existe cependant deux consensus d'experts sur le diagnostic et le traitement de la démence et des symptômes comportementaux et psychologiques qui l'accompagnent^{10,11}.

L'inadéquation entre les besoins psychogériatriques en EMS et l'offre est attestée par deux enquêtes nationales^{12,13}. En effet, une moyenne de 69% des résidents souffrent d'au moins un trouble affectant leur santé mentale alors que seuls 27% reçoivent un traitement pour des problèmes psychiques, dont 60% par des généralistes et 35% par des psychiatres. Comme il n'existe pas d'études nationales sur l'efficacité des différents types de prise en charge, la première recommandation porte sur la nécessité d'organiser et de financer de telles études.

Sur la base de la littérature internationale^{9,14-17}, les recommandations additionnelles suivantes peuvent être faites :

- Chaque EMS devrait nommer un ou plusieurs membres du personnel comme responsable(s) des questions de santé mentale.
- Une évaluation régulière de tous les résidents devrait être instaurée dans le but d'identifier les problèmes psychiatriques. Des questionnaires brefs ou d'autres instruments simples de dépistage ou de mesure (grilles d'observation, échelles analogiques, etc.) peuvent être utilisés par l'ensemble de l'équipe soignante.
- La formation des équipes soignantes en matière de santé mentale est capitale pour la compréhension de la maladie et de la prise en charge des résidents. Le soutien et l'encouragement à la formation et à l'amélioration des pratiques cliniques de la part des responsables de l'EMS y jouent un rôle-clé.
- Des ressources suffisantes en personnel devraient être fournies pour assumer les tâches de screening psychiatrique, prise en charge, suivi de la réponse au traitement, discussion avec les référents de l'institution, le médecin traitant et les consultants.
- Les pathologies psychiatriques des résidents devraient faire l'objet d'une prise en charge multidisciplinaire dans l'EMS, concrétisée par un programme écrit où figurent les objectifs des traitements pharmacologiques et non pharmacologiques. Ce plan de traitement individualisé doit tenir compte des besoins de chacun, résident, famille et équipe soignante.
- La qualité des soins en EMS sur le plan psychogériatrique devrait répondre à des standards nationaux et pouvoir être évaluée par des spécialistes indépendants.

Le traitement des résidents en EMS est également régi par le Code civil (CC) suisse. L'entrée en vigueur de la nouvelle révision du CC en 2013 favorise le droit de la personne à disposer d'elle-même (promotion de l'autonomie) tout en lui assurant le soutien et la protection nécessaires (renforcement de la solidarité familiale). Les directives anticipées permettent à une per-

sonne capable de discernement de déterminer les traitements médicaux auxquels elle entend consentir ou non au cas où elle deviendrait incapable de discernement. Elles lui permettent aussi de désigner un représentant thérapeutique (art.370 CC). Lorsqu'un résident incapable de discernement doit recevoir des soins médicaux sur lesquels il ne s'est pas déterminé dans des directives anticipées, le médecin établit le plan de traitement avec la personne habilitée à le représenter dans le domaine médical (représentant thérapeutique, curateur, conjoint ou autre proche désigné dans les dispositions légales, art.378 CC). Les souhaits du résident doivent, dans la mesure du possible, être pris en considération (art.382 CC). En cas de placement à des fins d'assistance, le médecin a l'obligation d'établir un plan de traitement écrit avec le résident et sa personne de confiance (art.433 CC).

Dans les autres pays occidentaux, on peut citer la *Canadian Coalition for Seniors' Mental Health* (CCSMH) qui a développé quatre documents téléchargeables gratuitement sur le site www.ccsmh.ca. Il s'agit de *guidelines* nationales concernant l'évaluation et le traitement du delirium, de la dépression, du risque suicidaire et de la prévention du suicide, et enfin des problèmes de santé mentale en EMS (avec un focus sur les symptômes thymiques et comportementaux).

L'Australie a aussi émis des *guidelines* nationales, accessibles sur le net :

Sur la démence et ses manifestations psychologiques et comportementales :

- <http://www.racgp.org.au/your-practice/guidelines/silverbook/common-clinical-conditions/dementia/>
- www.dementiaresearch.org.au/images/dcrc/output-files/328-2012_dbmas_bpsd_guidelines_guide.pdf

sur le delirium :

- [http://docs.health.vic.gov.au/docs/doc/A9F4D074829CD75ACA25785200120044/\\$FILE/delirium-cpg.pdf](http://docs.health.vic.gov.au/docs/doc/A9F4D074829CD75ACA25785200120044/$FILE/delirium-cpg.pdf)

7. Références et Sources

Les consensus suisses (références 10 et 11) sont disponibles en PDF dans la section « Documents » à la fin de cet article.

¹ WHO (World Health Organization). Psychiatry of the elderly : A consensus statement. Geneva, 1996. WHO/MNH/MND/96.7

² • Seitz D et al. Prevalence of psychiatric disorders among older adults in long-term care

homes : A systematic review. *Int Psychogeriatr* 2010 ;22(7) :1025-39.

³ von Gunten A et al. A longitudinal study on delirium in nursing homes. *Am J Geriatr Psychiatry* 2013;21(19):963-72.

⁴ Lustenberger I et al. Psychotropic medication use in Swiss nursing homes. *Swiss Med Wkly* 2011;141:w13254.

⁵ Zuniga F et al. Rapport final de l'enquête relative au personnel de soins et d'accompagnement dans les établissements médico-sociaux en Suisse. Université de Bâle, 2013. [allemand, voir <http://nursing.unibas.ch/shurp>]

⁶ Purandare N et al. Perceived mental health needs and adequacy of service provision to older people in care homes in the UK: a national survey. *Int J Geriatr Psychiatry* 2004;19:549-53.

⁷ Ferrand C et al. Psychological need satisfaction and well-being in adults aged 80 years and older living in residential homes: Using a self-determination theory perspective. *J Aging Stud* 2014;30:104-11.

⁸ Zimmermann-Sloutskis D et al. [Comparaison de la qualité de vie des personnes âgées vivant à domicile ou en institution. Observatoire suisse de la santé, rapport 54 \(2012\)](#). (texte en allemand)

⁹ • Snowdon J. Mental health service delivery in long-term care homes. *Int Psychogeriatr* 2010 ;22(7) : 1063-71.

¹⁰ •• Monsch AU et al. Consensus 2012 sur le diagnostic et le traitement des patients atteints de démence en Suisse. *Rev Med Suisse* 2013 ;9 :838-47.

¹¹ •• Savaskan E et al. Empfehlungen zur Diagnostik und Therapie der behavioralen und psychologischen Symptome der Demenz (BPSD). *Praxis* 2014;103(3):135-48.

¹² Kaeser M et al. Santé des personnes âgées vivant en établissement médico-social. Office Fédéral de la Statistique, 2012. [voir www.bfs.admin.ch]

¹³ Schuler D et al. La santé psychique en Suisse: Monitorage 2012. [Observatoire suisse de la santé, rapport 52 \(2012\)](#). [voir texte en allemand]

¹⁴ Gibson MC et al. Principles of good care for long-term care facilities. *Int Psychogeriatr* 2010 ;22(7) :1072-83.

¹⁵ Moyle W et al. Recommendations for staff education and training for older people with mental illness in long-term aged care. *Int Psychogeriatr* 2010 ;22(7) :1097-1106.

¹⁶ Pachana NA et al. Screening for mental disorders in residential aged care facilities. *Int Psychogeriatr* 2010 ;22(7) :1107-20.

¹⁷ Conn DK et al. Advances in the treatment of psychiatric disorders in long-term care homes. *Curr Opin Psychiatry* 2010 ;23 :516-21.

• à lire

•• à lire absolument

8. Liens

Société suisse de psychiatrie et psychothérapie de la personne âgée

www.sgap-sppa.ch

Formation d'accompagnateur en psychiatrie de l'âge avancé, dispensée dans plusieurs cantons par diverses institutions :

- Croix-Rouge (VS, FR, GE)
<http://www.croix-rouge-valais.ch/organisation-aide/formation-accompagnateur-psychiatrie-avance-72.html>
<http://www.croix-rouge-fr.ch/fr/formations/accompagnateur-en-psychiatrie-de-l-age-avance-cours-fap/formation-fap>
<http://www.croix-rouge-ge.ch/uploads/documents/Formation%20Sante/programme%20formations%202014.pdf>
- Arpege (Association pour la Recherche et la Promotion en Etablissements Gérontopsychiatriques), VD
<http://www.arpege-vd.ch/fap/>

Autres formations existantes :

- DAS (diploma of advanced studies) en santé des populations vieillissantes, CAS (certificate of advanced studies) en psychogériatrie
<http://www.sgg-ssg.ch/cms/pages/fr/manifestations/formation-continue.php>
- Formation continue non certifiante
<http://www.ecolelasource.ch/nos-formations/formations-postgrades/modules-de-formation.html>

Texte approuvé par le comité directeur de la Société suisse de psychiatrie et psychothérapie de la personne âgée : www.sgap-sppa.ch

Juin 2015