



Douleur et Fin de vie

Place de l'Équipe Mobile et de Liaison
de Psychiatrie de la Personne Âgée

Le Dispositif

L'unité de Psychiatrie pour Personne Âgée (U.P.P.A.) est dédiée aux personnes de plus de 65 ans présentant des troubles d'apparition tardive tels que troubles de l'humeur, troubles anxieux, troubles délirants, troubles psycho-comportementaux.

Le Dispositif

L'U.P.P.A. est composé de:

- Un service d'hospitalisation à temps complet « Archambault » de 15 lits.
- Un hôpital de jour – CATTP « Pasteur » de 10 places et 3 places de prises en charges soutenues.
- Une Équipe Mobile et de Liaison de Psychiatrie de la Personne Âgée (E.M.L.P.P.A.).

Le Dispositif

L'équipe pluridisciplinaire de l'U.P.P.A. est composée de : médecin psychiatre, médecin généraliste, cadre de santé, psychologue, infirmiers, aide-soignants, assistante sociale, ergothérapeute et secrétaire médicale.

Le Dispositif

L'E.M.L.P.P.A. propose l'intervention de ses différents professionnels de santé (médecin psychiatre, infirmier(e)s, psychologue et assistante sociale) à domicile, en EHPAD, en foyer résidence, SSR et services de soins somatiques.

Le Dispositif

Qui peut solliciter l'E.M.L.P.P.A. ?

- Le médecin traitant.
- Les médecins coordonnateurs.
- Les partenaires de la filière de soins.
- Les partenaires sociaux.
- Les services de soins somatiques de la Communauté Urbaine du Grand Nancy.

Le Dispositif

Les missions de l'E.M.L.P.P.A. ?

- Évaluation psychiatrique des patients vivant à domicile ou hospitalisés en service de soins somatiques.
- Assurer des soins psychiatriques et/ou un suivi.
- Repérage des situations de fragilité psychique, physique, sociale et environnementale.
- Favoriser le maintien à domicile par le repérage et la prévention des risques de perte **d'autonomie**.
- Apporter un soutien aux aidants naturels et/ou institutionnels.
- **S'inscrire** dans un travail de partenariat avec tous les acteurs intervenant auprès de la personne âgée (réseau gérontologique, gériatre, médecin traitants, aidants à domicile, paramédicaux, Lien ville-hôpital, services mandataires, juge des tutelle, Conseil Général....)
- Optimiser la coordination entre les acteurs du parcours de soins.
- **S'inscrire** dans une approche et une prise en charge globale.

Le sujet de la Douleur et de la fin de vie donne-t-il d'autres missions à L'E.M.L.P.P.A. ?



Vignette Clinique (1)

Madame A.

- 78 ans, hospitalisée pour prise en charge d'une insuffisance respiratoire aigüe secondaire à une pneumocystose pulmonaire.
- Biographie : veuve, 4 enfants.
- ATCDs : BPCO, PR, varices opérées, tumorectomie gauche 2008, cataracte bilatérale opérée 2016. Pas d'atcds psy.
- Au cours de l'hospitalisation, annonce d'un diagnostic de K du pancréas.
- Demande d'évaluation d'un syndrome

Vignette Clinique (1)

Madame A.

- Évaluation concluant à un syndrome « de la poignée de porte ».
- Décèdera à son domicile 6 mois après la première rencontre.

Vignette Clinique (2)

Monsieur B. 83 ans

- **Biographie** : Vit seul avec son épouse. Le couple n'a pas d'enfants mais madame à 2 enfants d'un précédent mariage, habitants la région. 1 frère identifié.
- **ATCDs non psychiatriques**: hernie inguinale, amygdalectomie, troubles cognitifs évoquant un syndrome démentiel, insuffisance mitrale de faible grade.
- **ATCDs psychiatriques**: syndrome délirant hypochondriaque (2014) - Suivi par EMLPPA depuis sa sortie d'hospitalisation en décembre 2015.

Vignette Clinique (2)

Monsieur B.

- Plusieurs ré-hospitalisations pour résurgence de la symptomatologie délirante, nécessitant le changement du traitement à visée psychiatrique.
- Début 2018, arrêt traitement à visée psychiatrique pour cause d'effets secondaires préjudiciables.
- Suivi à domicile : dégradation somatique de M. B. + résurgence troubles psy + épouse troubles cognitifs +++ et contexte familiale tendu.

Vignette Clinique (2)

Monsieur B.

- Nouvelle hospitalisation 04/2018, dégradation sur le plan cardiaque avec prise en charge palliative dans le service avant décès.
- Lien avec son frère, lien intrafamiliale restauré.
- Décès à l'hôpital psychiatrique 3 ans après sa prise en soin.

Vignette Clinique (3)

Madame C. 71 ans

- **Biographie** : Divorce >30 ans, 4 filles, deux jumelles qui vivent à Lyon, 4 petits enfants (Pas de contact), 1 frère décédé, 2 sœurs (Pas de contact).
- **ATCDs** : Épilepsie depuis l'âge de 22 ans, AVP avec fracture fémur gauche, tabagisme sevré. Hypothyroïdie.
- **ATCDs psychiatriques**: Dépression chronique avec plusieurs H, TS en 2002, éthylisme sevré.

Vignette Clinique (3)

Madame C.

2010 Premier contact avec la structure pour syndrome confusionnel dans contexte d'hyponatrémie.

Prise en soin alternant les hospitalisations, l'hôpital de jour Pasteur et le suivi ambulatoire.

Vignette Clinique (3)

Madame C.

De contact angoissée, manifeste beaucoup d'émotions quant à ses enfants et petits enfants, ruminations permanentes, tantôt, investit le rôle de « soignante », tantôt s'isole « car ne supporte pas la souffrance d'autrui ».

(« Répertoriée » comme « démonstrative »)

Souffre d'isolement social, solitude ++, évoque souvent une douleur morale « inconsolable ».

Vignette Clinique (3)

06/2014 : Nouvelle hospitalisation pour décompensation anxio-dépressive. Bilan somatique initial sans particularités.

Tableau à double entrée avec asthénie ++, douleurs +++ épaules, hanches et pariétales (EN=8) et repli sur soi, propos sombres, discours interprétatif.

A contrario, moment de « mieux-être » aléatoire avec quelques passages en HdJ Pasteur.

Vignette Clinique (3)

08/2014 : Hospitalisation en gériatrie révélant un cancer au stade métastatique sur le plan osseux.

Protocole de soins palliatifs mis en place.

Décès à l'hôpital général le 15/08/2014 après 4 ans de prise en soins.

Place de l'équipe de liaison

Points communs entre ces trois vignettes?

- Problème de relation au corps.
- Les difficultés de communication.
- **Comment prendre soin de ceux que l'on ne peut soigner ?**

Place de l'équipe de liaison

Revue de littérature



La place de l'équipe de liaison

Revue de littérature

- > **Les équipes mobiles sont nécessaires dans le travail en réseau.**
- > Les EMPP sont les seules à être encadrées par un cahier des charges officiel (circulaire du 23/11/2005)
- > Rapport ARS Pays de la Loire – décembre 2015 :

Les outils actuels de mesure de l'activité psychiatrique ne rendent pas compte assez finement de l'activité de liaison.

La place de l'équipe de liaison

Revue de littérature

>Rapport ARS Pays de la Loire –
décembre 2015 :

Les plus-values des équipes mobiles sont nombreuses telles que l'approche globale des situations, le travail en réseau, l'optimisation du parcours du patient en terme de fluidité...

La place de l'équipe de liaison

Revue de littérature

>Rapport ARS Pays de la Loire –
décembre 2015 :

La difficulté récurrente : Quand arrêter et passer le relais ? Peut-on parler de relais où nous sommes sollicité de nouveau lorsqu'il y a rupture de prise en charge ? Comment totalement passer le relais à des aidants et/ou des partenaires qui l'appréhendent ?

La place de l'équipe de liaison

La place de l'équipe de liaison commence-t-elle ou s'arrête-t-elle à toutes les dimensions « réglementaires, réglementées (et en cours de réglementation) » ?

OU BIEN

La place de l'équipe de liaison commence-t-elle ou s'arrête-t-elle en fonction de l'identité et « la place que prend » chaque soignant de cette équipe dans chaque situation ?

La place du soignant

Le soignant en position d'équilibriste

Le soignant se trouve en équilibre instable : « ne pas prendre la place de... mais trouver sa place dans ..., ne pas déplacer la dépendance du patient mais rester un maillon parmi d'autres, être force de proposition pour ne pas devenir une solution par défaut ».

La place du soignant

Le soignant en position invisible

Le soignant aspire à « conceptualiser » sa pratique pour aspirer le collectif et mener le travail d'équipe vers une équipe qui travaille.

Singularité du soignant dans sa temporalité d'exercice, qui s'essaie, s'ajuste, recommence, répète...oscille dans le non palpable...et donc le non quantifiable.

Dilemme chiffrer les actes de soin et produire du prendre soin, de l'attention, de la bienveillance.

La place du soignant

Le soignant en miroir avec lui-même

Cette lutte permanente entre ses émotions et sa raison.

Ses émotions variées et évolutives, marqueurs de son ressenti, son impuissance, son envie, ses représentations.

Sa raison capable de comprendre non pas ce que le patient est encore capable de faire mais ce qu'il est surtout encore capable d'être...**pour rester en lien.**

Conclusion (essai !)


La place du soignant dans les situations de douleur et de fin de vie oscille « Entre celle qu'on veut bien lui donner et celle qu'il veut bien prendre ».

Conclusion (essai !)

La rencontre et la relation « à l'autre » ne se ne dosent pas, ne se calibrent pas, elles se vivent à chaque fois dans « l'ici et maintenant ».

Conclusion (officielle)

Pour développer l'offre de soins psychiatriques aux personnes âgées, il est impératif, pour que l'EMLPPA consolide sa place, de mieux s'articuler avec les équipes de soins palliatifs dans le partage d'expérience, un échange de savoir-faire et des compétences cliniques.



"Mettre tout en
équilibre, c'est bien.
Mettre tout en
harmonie, c'est mieux."
Victor Hugo



Merci pour votre attention