

---

**Inspecteur de l'action sanitaire et  
sociale**

Promotion : **2014-2016**

Date du Jury : **mars 2016**

---

**Quelle prise en charge des troubles  
psychiques des personnes âgées ?  
L'exemple du territoire de santé de la Dordogne**

---

**Clémence BOUVET**

---

# Remerciements

---

Je tiens tout d'abord à remercier l'ensemble des personnes qui ont accepté de me rencontrer dans le cadre de ce mémoire et de me consacrer un peu de temps malgré des vies professionnelles souvent chargées. Leur accueil chaleureux et leurs judicieux conseils ont grandement facilité mon travail d'investigation.

Je remercie tout particulièrement le Docteur Demoures, pour son enthousiasme et pour ses précieux éclairages en psycho-gériatrie.

Je tiens également à remercier ma maître de stage, Sylvie Boué, inspectrice principale et responsable du pôle territoires et parcours de santé à la Délégation territoriale de la Dordogne de l'Agence régionale de santé d'Aquitaine. Son implication constante dans le déroulement de mon stage et sa bienveillance à l'égard de mon travail m'ont permis d'effectuer les investigations nécessaires à la réalisation de ce mémoire dans des conditions optimales. Nos nombreux échanges m'ont permis d'enrichir ma vision du travail de l'inspecteur et d'étayer mes réflexions de manière fructueuse.

Je remercie également l'ensemble du personnel de la Délégation territoriale de la Dordogne pour son accueil et sa disponibilité. Les inspecteurs du pôle se sont toujours montrés à l'écoute de mes interrogations et ont grandement contribué au bon déroulement de mon stage.

---

# Sommaire

---

Introduction.....	6
1 Repères populationnels et organisationnels de la prise en charge des personnes âgées présentant des troubles psychiques en Dordogne .....	12
Diagnostic populationnel et territorial .....	12
Diagnostic populationnel : le contexte national.....	12
La Dordogne : un territoire rural et vieillissant, présentant une forte prévalence des troubles mentaux au sein de la population âgée.....	16
La prise en charge des troubles psychiques des personnes âgées en Dordogne : état des lieux de l'offre existante .....	19
La prévention des troubles psychiques des personnes âgées en Dordogne : une démarche partenariale nécessitant davantage de coordination .....	19
Un diagnostic des troubles psychiques encore insuffisant au regard des besoins .....	22
Une offre géronto-psychiatrique hospitalière perfectible .....	25
L'offre géronto-psychiatrie extra hospitalière : un développement des alternatives à l'hospitalisation complète à poursuivre .....	27
2 La nécessité d'un parcours de santé coordonné au service de la personne âgée atteinte de troubles psychiques.....	29
Promouvoir l'accès à un diagnostic adapté aux besoins des personnes âgées atteintes de troubles psychiques .....	29
L'enjeu du repérage des troubles psychiques des personnes âgées à domicile : les apports attendus du Groupement de coopération sanitaire en santé mentale .....	30
L'évaluation gériatrique à domicile, véritable outil au service du diagnostic des troubles psychiques de la personne âgée .....	33
L'opportunité d'une fonction d'appui à la coordination pour les professionnels de premier recours, et en particulier du médecin généraliste .....	36
La pertinence du dispositif d'appui au médecin traitant .....	36
Une dynamique territoriale inégale en termes de dispositifs territoriaux d'appui à la coordination en Dordogne impliquant une réponse adaptée de la part de la Délégation départementale de l'ARS.....	38
Le nécessaire développement d'outils au service d'une meilleure communication entre professionnels de soins.....	40
3 Le rôle de l'ARS dans l'animation des dispositifs innovants au service de la qualité de la prise en charge des troubles psychiques de la personne âgée .....	43
Repenser le rôle de l'hôpital en matière de géronto-psychiatrie .....	43

Les bénéfices attendus de l'équipe mobile géronto-psychiatrique.....	44
Le Groupement hospitalier de territoire de la Dordogne, vecteur d'une amélioration de l'offre de soins géronto-psychiatrique.....	47
Le renforcement de l'attractivité du territoire de la Dordogne au service d'une réduction des inégalités d'accès aux soins pour les personnes âgées atteintes de troubles psychiques	48
Les maisons de santé pluridisciplinaires, outils en faveur d'une meilleure accessibilité aux soins .....	48
La perspective d'un GCS « santé mentale » employeur pour renforcer l'accès aux professionnels rares.....	50
Le conseil local de santé mentale : une nécessaire articulation avec les autres dispositifs pour agir efficacement sur la prise en charge des troubles psychiques chez les personnes âgées.....	52
Conclusion .....	55
Bibliographie .....	57
Liste des annexes .....	61

---

## Liste des sigles utilisés

---

ALD : affections de longue durée

APA : allocation personnalisée autonomie

ARS : agence régionale de santé

ASEPT : association santé éducation prévention sur les territoires

ASV (loi) : loi relative à l'adaptation de notre société au vieillissement

CATTP : centre d'accueil thérapeutique à temps partiel

CCAS : centre communal d'action sociale

CH : centre hospitalier

CHS : centre hospitalier spécialisé

CHT : communauté hospitalière de territoire

CIAS : centre intercommunal d'action sociale

CLIC : centre local d'information et de coordination

CMP : centre médico-psychologique

DMP : dossier médical personnel

DT : Délégation territoriale

EHPAD : établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes

EMOG : équipe mobile gériatrique

HPST (loi) : loi du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires

INSEE : institut national de la statistique et des études économiques

INSERM : Institut national de la santé et de la recherche médicale

GCS : groupement de coopération sanitaire

GHT : groupement hospitalier de territoire

MAIA : maison pour l'autonomie et l'intégration des malades d'Alzheimer

MAMA : maladies d'Alzheimer et maladies apparentées

MONALISA : mobilisation nationale contre l'isolement des âgés

ORSA : observatoire régional de la santé en Aquitaine

PRS : projet régional de santé

## Introduction

La France vieillit. D'après les projections de l'Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques (INSEE), les personnes de plus de 75 ans devraient représenter 13,6% de la population en 2053 contre 8,5% en 2007, et le nombre de personnes dépendantes s'établirait à 1,55 million (contre 1,15 million en 2007). Ce vieillissement accru de la population pose de nouveaux défis pour notre société et notre système de santé, comme l'illustre le projet de loi relatif à l'adaptation de notre société au vieillissement, adopté le 14 décembre 2015. Outre les problématiques liées à la perte d'autonomie due au grand âge, le processus de vieillissement s'accompagne également de troubles mentaux chez le sujet âgé, qu'il convient de prendre en compte. La multiplication des plans Alzheimer, initiés par le président Chirac au début des années 2000 et l'actuel plan « maladies neurodégénératives » (2014-2019) témoignent d'une véritable prise de conscience de la part des pouvoirs publics de la nécessité d'apporter une réponse adaptée à ces affections chroniques et invalidantes d'origine neurologique, bien que celles-ci ne touchent pas uniquement la population âgée. Néanmoins, la question de la santé mentale des personnes âgées ne saurait se cantonner aux maladies d'Alzheimer et maladies apparentées (MAMA), et recouvre également les troubles psychiques, ce qui suppose une prise en charge globale et articulée entre le sanitaire et le médico-social. Dans cette perspective, le plan « psychiatrie et santé mentale » 2005-2008 met en exergue la forte prévalence de la souffrance psychique chez les personnes âgées et encourage le développement de réponses adaptées et coordonnées. Il convient de rappeler que des avancées réglementaires ont vu le jour à ce titre au début des années 2000 : la circulaire du 18 mars 2002 relative à l'amélioration de la filière de soins gériatrique encourage une prise en charge décloisonnée et intégrée des personnes âgées, et les schémas régionaux de l'offre de soins (SROS) de troisième génération des agences régionales de santé (ARS) inscrivent la prise en charge psychiatrique des personnes âgées comme une priorité. Par ailleurs, le plan « psychiatrie santé mentale » (2011-2015) réaffirme la compétence territoriale des ARS, issue de la loi du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé, et aux territoires, concernant l'organisation de l'offre sanitaire-et notamment psychiatrique- afin de définir de territoires de santé et des modalités de prise en charge permettant d'éviter des ruptures de parcours de santé, de lutter contre les inégalités territoriales et de consolider la gouvernance locale en psychiatrie. D'ailleurs, cet ancrage territorial de la santé mentale est prévu par l'actuel projet de loi de modernisation de notre système de santé, qui affirme à l'article 13 la nécessité de renforcer la sectorisation de la psychiatrie de service public et d'adopter *une approche décloisonnée de la politique de promotion de la santé mentale*.

Pour autant, il apparaît que la souffrance psychique de la personne âgée (dépression, angoisse, troubles délirants, syndromes confusionnels...) demeure généralement sous-diagnostiquée<sup>1</sup>. Une des difficultés réside dans le fait que « ces troubles peuvent se manifester chez la personne âgée sous des formes atypiques, et sont difficilement différenciés du vieillissement physiologique ou d'une maladie somatique »<sup>2</sup>. Il n'en demeure pas moins que leur prise en charge constitue un véritable enjeu de santé public. En effet, ces troubles, généralement peu pris en compte ou considérés comme une manifestation naturelle de l'avancée en âge, constituent un terreau fertile à l'apparition de démences séniles. En d'autres termes, les syndromes dépressifs masqués s'apparentent à de véritables facteurs de risque et peuvent constituer une porte d'entrée dans une maladie neurodégénérative<sup>3</sup>. On le voit, la frontière est donc extrêmement ténue entre les troubles psychiatriques du grand âge (mélancolie, dépression, délires tardifs) et les troubles d'origine neurologique (maladies d'Alzheimer et apparentées).

Un frein à une prise en charge adaptée des troubles psychiques de la personne âgée réside aussi dans la persistance de cloisonnements entre la filière psychiatrique et la filière gériatrique, qui nie le caractère poly-pathologique de la personne âgée alors même que la prise en charge du sujet âgé suppose un travail pluri-professionnel, comme l'ont montré les travaux du professeur Léger, un des premiers à plaider en faveur du développement de la psycho-gériatrie. Comme le rappelle Louis Ploton, psychiatre et professeur émérite de gérontologie à l'université Lyon 2, et président de l'association pour favoriser le développement de la gérontopsychiatrie<sup>4</sup>, « les filières de psychiatrie gériatrique sont essentielles (...) mais beaucoup trop rares. Peu d'hôpitaux ont mutualisé leurs moyens pour la mise en place d'unités protégées à destination des personnes âgées. Ce qui pose deux sortes de problèmes : les malades mentaux vieillissants (...) et les décompensations psychiques du grand âge (dépressions, psychoses)<sup>5</sup> ». Ce constat souligne donc l'importance d'une détection précoce de ces troubles ainsi que la promotion d'une prise en charge décloisonnée entre l'hôpital et le médico-social (EHPAD), mais aussi entre l'hôpital et le domicile, conformément aux recommandations du rapport Robiliard<sup>6</sup>.

L'Aquitaine n'échappe pas aux tendances démographiques nationales et s'avère être une des régions de France les plus touchées par le vieillissement : les personnes âgées de plus de 75 ans représentent 10% de la population régionale, et à l'horizon 2030, plus d'un

---

<sup>1</sup> Rigaud, A-S et al : *Troubles psychiques des personnes âgées*, in « EMC Psychiatrie », Volume 2, Issue 4, Novembre 2005, Pages 259–281

<sup>2</sup> Ibid

<sup>3</sup> Entretien avec le Dr Demoures, psycho-gériatre

<sup>4</sup> La géronto-psychiatrie désigne la psychiatrie du patient âgé, tandis que la psycho-gériatrie soigne et accompagne les patients âgés souffrant d'un trouble psychologique ou psychiatrique.

<sup>5</sup> Cordier, C ; Moret A : *L'offre de soins géronto-psychiatrique, à fort potentiel, apparaît largement perfectible* in Hospimedia, juin 2014

<sup>6</sup> , *La santé mentale et l'avenir de la psychiatrie*, rapport d'information n°1662 enregistré le 18 décembre 2013 à la présidence de l'Assemblée nationale.

aquitain sur quatre aura plus de 65 ans<sup>7</sup>. Cette hausse du vieillissement de la population s'accompagne d'une augmentation du nombre de personnes âgées dépendantes et des pathologies associées au grand âge, mais aussi d'une progression annoncée du nombre de personnes atteintes de démences. De la même manière, la Dordogne est, avec le Lot-et-Garonne, le territoire de santé d'Aquitaine le plus marqué par le vieillissement de sa population. Selon l'Observatoire Régional de la Santé en Aquitaine (ORSA), la part des personnes âgées de 75 ans et plus (13,2%) est nettement plus élevée qu'en France (8,7%). Les projections démographiques confirment d'ailleurs cette tendance : en 2030, près d'un tiers de la population devrait avoir au moins 65 ans. De plus, une part importante de la population âgée vit en milieu rural (près de 60% en 2006 selon l'ORSA), ce qui suppose des prises en charge tenant compte de ces spécificités, puisque la ruralité engendre des problématiques liées à l'isolement, en particulier au nord et à l'est du département. De plus, près de 90% des personnes de plus de 65 ans habitant en Dordogne vivent à domicile. Chez les plus de 80 ans, cette part reste importante puisqu'elle s'élève à 40%. La volonté de nos aînés de rester le plus longtemps possible chez eux implique une réponse institutionnelle adéquate, et suppose le développement d'une prise en charge en ambulatoire adaptée et à la hauteur des enjeux, afin de retarder au maximum l'entrée en établissement.

Par ailleurs, plusieurs données illustrent le sous-diagnostic des troubles de la population âgée de ce territoire de santé. En effet, l'étude « PAQUID » de l'INSERM a estimé à plus de 100 000 le nombre de personnes âgées de plus de 75 ans atteintes de troubles démentiels à l'horizon 2020.

Rappelons par ailleurs que le territoire de santé de la Dordogne bénéficie d'un contexte favorable à la prise en compte des problématiques liées à la santé mentale des personnes âgées, grâce au déploiement en 2014 du Groupement de coopération sanitaire<sup>8</sup> (GCS) en santé mentale, subdivisé en deux groupes de travail, dont un dédié spécifiquement aux troubles mentaux des personnes âgées. De plus, trois territoires de proximité ont bénéficié d'une pré-labellisation « parcours personnes âgées » à la suite de l'appel à projets lancé par l'ARS Aquitaine en janvier 2015 afin de coordonner les interventions et fluidifier les prises en charge. Enfin, des réflexions sont en cours pour installer des conseils locaux de

---

<sup>7</sup> ORSA

<sup>8</sup> Dispositif issu de la loi du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires, le groupement de coopération sanitaire est une structure de coopération permettant de faciliter, d'améliorer et de développer l'activité de ses membres. De nature juridique souple, le GCS permet notamment de mutualiser des moyens.



santé mentale<sup>9</sup> dans chaque contrat local de santé<sup>10</sup> qui aurait au préalable défini un axe « santé mentale ». En Dordogne, les trois contrats locaux de santé existants (Nord Dordogne, Grand Périgueux, Bergeracois) sont concernés.

Pour autant, en dépit de ces différentes avancées, le constat d'une demande croissante d'interventions dans le domaine de la psycho-gérontologie est partagé par l'ensemble des professionnels<sup>11</sup>. Cette demande recouvre principalement deux types d'attente : un besoin d'expertise dans la détermination d'un diagnostic clinique et du dépistage des troubles psychiatriques et/ou démentiels chez la personne âgée, et des attentes en matière de formation et de soutien des professionnels du secteur social et médico-social car la prévention de l'épuisement de ces professionnels constitue une préoccupation majeure de ces établissements.

Ce constat souligne l'intérêt du métier d'inspecteur de l'action sanitaire et sociale sur un sujet tel que la prise en charge des troubles psychiques de la personne âgée. En effet, cela suppose une réflexion sur la coordination et l'animation des différents dispositifs à l'échelle d'un territoire de santé, mais aussi une connaissance globale de la politique populationnelle afin de mettre en cohérence les actions existantes et de promouvoir la complémentarité et l'articulation des dispositifs plutôt que leur empilement. A cela s'ajoute la coordination inhérente à la politique « personnes âgées », dont la compétence est partagée entre l'ARS et le Conseil départemental. Il revient notamment au Département la gestion des établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes – les EHPAD (volet « hébergement » et « dépendance », tandis que l'ARS est chargée du volet « soin »), mais aussi la politique de maintien à domicile, à travers notamment la gestion de l'allocation personnalisée d'autonomie (APA). La loi portant nouvelle organisation territoriale de la République du 7 août 2015 (dite Loi NOTRe) réaffirme d'ailleurs le rôle du département en tant que promoteur des solidarités et de la cohésion sociale, et la loi de modernisation de l'action publique territoriale et d'affirmation des métropoles (dite loi MAPTAM) du 27 janvier 2014 fait du département le chef de file en matière d'aide sociale, d'autonomie des personnes et de solidarité des territoires.

Aussi, la question qui guidera ce mémoire professionnel sera la suivante : comment améliorer la prise en charge des troubles psychiques des personnes âgées en Dordogne ?

---

<sup>9</sup> Le conseil local de santé mentale est une plateforme de concertation et de coordination entre les élus locaux d'un territoire, le secteur psychiatrique, les professionnels de santé, les acteurs sociaux et médico-sociaux, les usagers, les aidants, et tous les acteurs locaux concernés : bailleurs, éducation, justice, police..., pour promouvoir des actions d'accès à la citoyenneté, aux soins et aux droits en matière de santé mentale.

<sup>10</sup> Nouvel outil de contractualisation issu de la loi du 21 juillet 2009, le contrat local de santé est signé entre l'ARS et les collectivités territoriales afin de mettre en adéquation les objectifs du PRS et les initiatives de santé promues au niveau local.

<sup>11</sup> Dans le cadre des travaux engagés par les membres du groupe « santé mentale et lutte contre les addictions » de la Communauté Hospitalière de Territoire de Dordogne

**Sous-question n°1** : quels sont les besoins de cette population en termes de santé mentale ?

**Sous-question n°2** : l'offre déployée sur le territoire de santé est-elle adaptée et suffisante pour répondre à ces besoins ?

**Sous-question n°3** : comment permettre une meilleure adéquation de l'offre aux besoins sanitaires et médico-sociaux en privilégiant une approche en termes de parcours ?

**Sous-question n°4** : comment l'ARS peut-elle favoriser la complémentarité des différents projets ou dispositifs existants pour éviter les effets de doublons, dans un triple objectif de qualité, d'efficience et d'efficacité de la prise en charge ?

Le travail d'investigation et d'analyse de ce mémoire professionnel s'est d'abord appuyé sur un travail documentaire de recherche pour s'appropriier le sujet et délimiter le champ de l'étude. Ainsi, il ne s'agira pas de traiter des malades psychiatriques vieillissants, mais bien de la prise en charge des troubles psychiques liés au grand âge (phénomènes de décompensation, dépression, psychose) qui entretiennent de fortes interactions avec l'apparition de troubles démentiels. Les éléments relatifs au diagnostic (populationnel, territorial, organisationnel) ont été obtenus à partir de l'étude de documents tels que les rapports de l'ORSA, les données de l'Assurance maladie, le Projet Régional de Santé (PRS) et les schémas de planification de l'ARS Aquitaine, qui mettent en exergue les manques et les objectifs à atteindre pour améliorer la prise en charge des personnes âgées. Dans un second temps, la participation active à des réunions et des groupes de travail a été l'occasion de s'approprier les enjeux des différents dispositifs existants (conseils locaux de santé mentale, groupes de travail du groupement de coopération sanitaire en santé mentale etc...). Parallèlement, des entretiens semi-directifs ont été réalisés avec différents acteurs<sup>12</sup>, à partir d'une grille d'entretien travaillée en amont<sup>13</sup> afin de recueillir les points de vue des professionnels sur les besoins populationnels (entretiens auprès d'une psychogéronte, d'un médecin inspecteur, de directeurs de structures ...), les apports des dispositifs existants (entretiens auprès des acteurs de terrain tels que les pilotes des « méthodes d'actions pour l'intégration des services d'aide et de soin dans le champ de l'autonomie »- les MAIA, l'administratrice du Groupement de coopération sanitaire en santé mentale, le Conseil départemental de la Dordogne...) et les manques constatés. Tout au long du stage, les échanges avec les collègues inspecteurs et les élèves de promotion ont été des vecteurs d'enrichissement de la réflexion et l'occasion d'étayer l'investigation menée.

---

<sup>12</sup> Voir annexe 1 : liste des personnes interrogées en entretien

<sup>13</sup> Voir annexe 2 : grille des questions pour l'entretien semi-directif des pilotes de MAIA

Aussi, l'analyse de ce mémoire professionnel se déroulera en trois temps. Il s'agira tout d'abord de mettre en lumière quelques données relatives à la prise en charge des troubles psychiques chez la personne âgée en Dordogne (repères populationnels et organisationnels) en proposant un diagnostic de l'état de l'offre existante au regard des besoins. La deuxième partie sera consacrée aux leviers existants pour encourager la mise en œuvre d'un parcours de soins de la personne âgée présentant des troubles psychiques, articulé autour du médecin traitant, et basé sur un repérage et un diagnostic précoce des troubles. Enfin, une troisième partie sera consacrée au rôle de l'ARS dans l'animation des dispositifs et projets innovants, dans la perspective d'une recomposition de l'offre gériatrique-psychiatrique, mais également dans la lutte pour un meilleur accès aux soins, afin de promouvoir une prise en charge de qualité des troubles psychiques chez les personnes âgées.

# **1 Repères populationnels et organisationnels de la prise en charge des personnes âgées présentant des troubles psychiques en Dordogne**

Pour commencer, il s'agit de présenter quelques éléments de contexte pour mesurer les principales caractéristiques de la population des personnes âgées de plus de 60 ans en France, afin de se saisir des différentes facettes de la politique mise en œuvre à destination des personnes âgées. Le territoire de santé de la Dordogne présente quant à lui des caractéristiques plaidant en faveur d'une réponse globale et adaptée à la prévalence des troubles mentaux chez les personnes âgées : vieillissement marqué de la population, sous-diagnostic des troubles psychiques, dans un contexte de forte ruralité où une démographie médicale affaiblie menace de plus en plus l'accessibilité aux soins. En dépit de ce constat, l'état des lieux de l'offre laisse apparaître une forte disparité territoriale et une faiblesse de l'offre géro-psycho-geriatrique au regard des besoins.

## **Diagnostic populationnel et territorial**

Maintien tardif à domicile, lutte contre l'isolement relationnel, adaptation des lieux de vie à l'allongement de la durée de la vie : les enjeux d'une réponse institutionnelle adaptée au vieillissement de la population sont multiples. Au regard de la santé mentale de nos aînés, il semble que les dispositifs à destination des maladies neurodégénératives supplantent la prise en compte des troubles psychiques comme enjeu majeur du bien-être des seniors.

### **Diagnostic populationnel : le contexte national**

D'après l'INSEE, la part des personnes âgées de plus de 60 ans atteindra 31% de la population en 2035. Les enjeux posés par ce bouleversement démographique sont pluriels : outre l'adaptation des lieux de vie de nos aînés, il s'agit également de développer une filière de services gérontologiques adéquate avec une montée en compétences des professionnels, mais aussi de prendre en compte le défi que représente la hausse de la dépendance. A ce titre, la loi d'adaptation de la société au vieillissement (dite loi ASV), adoptée le 14 décembre 2015, prévoit une revalorisation de l'allocation personnalisée autonomie (APA) de près de 375 millions d'euros. De plus, le développement de situations poly-pathologiques fréquentes chez la personne âgée implique une vision globale du parcours de soins de ces patients. C'est dans cette perspective que le gouvernement a initié l'expérimentation « Paerpa » (personnes âgées en risque de perte d'autonomie), afin

de promouvoir une prise en charge mieux coordonnée et d'éviter toute rupture dans les parcours de santé pour les personnes âgées de plus de 75 ans.

Le maintien tardif à domicile des personnes âgées constitue un autre trait saillant du diagnostic populationnel. En effet, le recensement de la population par l'INSEE en 2010 fait apparaître une augmentation de la part des personnes vivant seules après 80 ans : entre 60 et 69 ans, cette part s'élève à 20%. A partir de 80 ans, la proportion passe à 40%<sup>14</sup>. Ce mode de vie implique de nouveaux besoins et un réajustement de l'offre médico-sociale et sanitaire à destination de la population âgée. Rappelons que ce retardement de l'entrée en institution répond à la fois à une volonté des usagers qui souhaitent rester chez eux le plus longtemps possible, mais aussi à des contraintes d'ordre financier qui incitent le gouvernement à favoriser le maintien à domicile au regard du coût de l'hébergement en établissement. D'ailleurs, la loi ASV prévoit dans cette perspective un plan national d'adaptation de près de 80 000 logements privés d'ici 2017.

Néanmoins, les efforts consentis par le législateur pour améliorer les conditions de maintien au domicile de nos aînés ne doivent pas masquer l'isolement engendré par ce mode de vie. Certaines personnes âgées n'ont ainsi que très peu d'interactions sociales et de stimulations des fonctions cognitives au quotidien, passant ainsi plusieurs journées entières sans voir personne. L'étude « Les solitudes en France » menée par la Fondation de France montre que la génération des 75 ans et plus est la plus menacée par l'isolement relationnel : une personne âgée sur quatre est seule, soit 27% en 2014 contre 16% en 2010. Cet isolement, terreau propice à l'apparition de troubles psychiques, constitue par ailleurs un frein non négligeable à la détection des premiers troubles.

Il convient tout de même de rappeler que la lutte contre l'isolement fait l'objet d'un programme national spécifique, initié par Michèle Delaunay (ministre déléguée aux personnes âgées et à l'autonomie en 2012), via la mobilisation nationale contre l'isolement des âgés (MONALISA) et son comité national qui rassemble des institutions, des citoyens et des associations. Comme le souligne le site Internet de l'association, parmi les personnes victimes de l'isolement relationnel, près d'un quart sont des personnes âgées de plus de 75 ans. C'est à ce titre que la loi ASV détaille à son article 2 l'importance de la lutte contre l'isolement en tant que prévention de la perte d'autonomie, et précise les missions de MONALISA dans ce cadre (réduction de la fracture numérique, mobilisation des jeunes dans la lutte contre l'isolement etc).

Concernant la santé mentale des personnes âgées, le plan Maladies neurodégénératives (MND) 2014-2019 qui succède aux différents plans Alzheimer montre la forte préoccupation gouvernementale au regard de ces affections d'origine neuronale. Ces maladies<sup>15</sup> qui

---

<sup>14</sup> Données de l'ORSA

<sup>15</sup> Les MND visées par le plan sont au nombre de cinq : Alzheimer et apparentées, Parkinson et apparentées, sclérose en plaques et apparentées, sclérose latérale amyotrophique, maladie d'Huntington

touchent près de 1 080 000 personnes en France<sup>16</sup>, se caractérisent par la destruction de cellules nerveuses du système neuronal central, et se traduisent par une forte invalidité pour les patients, sans véritable traitement curatif, même si des traitements médicamenteux permettent d'atténuer certains symptômes. Les progrès de la recherche scientifique des 50 dernières années ont permis de distinguer les maladies neurodégénératives du vieillissement physiologique, dans un contexte où l'allongement de la durée de la vie favorise une hausse du nombre de patients atteints d'une MAMA. Rappelons tout de même que si le vieillissement constitue un facteur de risque<sup>17</sup>, les maladies neurodégénératives ne touchent pas uniquement des personnes âgées. La priorité donnée au cours de la dernière décennie à la prise en charge de la maladie d'Alzheimer par les pouvoirs publics s'est traduite par de nombreuses mesures et dispositifs spécifiques tels que la création des consultations mémoire<sup>18</sup>, des unités cognitivo-comportementales<sup>19</sup>, mais aussi des maisons pour l'autonomie et l'insertion des malades d'Alzheimer (MAIA)<sup>20</sup> (aujourd'hui rebaptisées méthodes d'action pour l'intégration des services d'aide et de soin dans le champ de l'autonomie) et du développement de l'aide aux aidants afin de prévenir l'épuisement de l'entourage des patients. A la lumière de ces constats, force est de constater que la maladie d'Alzheimer et maladies apparentées ont bénéficié d'une véritable réponse des pouvoirs publics, qui s'explique sans doute par le désarroi provoqué par les conséquences comportementales des MAMA : troubles de l'humeur, perte de mémoire, disparition progressive des fonctions cognitives qui peuvent bouleverser intégralement la personnalité du patient et désespérer son entourage<sup>21</sup>. En revanche, les troubles d'origine psychique, quant à eux moins visibles, sont moins pris en compte. Pour autant, leur prise en charge constitue un défi majeur.

En premier lieu, la prise en charge et le diagnostic précoce des troubles psychiques de la personne âgée constitue une condition *sine qua non* à un recul de la maladie d'Alzheimer, et ce pour deux raisons. D'une part, les troubles psychiques tels que l'anxiété, la dépression, l'irritabilité peuvent constituer des signes avant-coureurs de l'apparition d'une maladie neurodégénérative telle qu'une MAMA. D'autre part, ces troubles peuvent être considérés comme des accélérateurs du développement d'une MAMA. En d'autres termes,

---

<sup>16</sup> Données issues du plan maladies neuro-dégénératives 2014-2019

<sup>17</sup> ORSA, *La maladie d'Alzheimer et les démences apparentées en Aquitaine*, 2014

<sup>18</sup> Les consultations mémoire ont été créées suite au premier plan Alzheimer de 2001. Ces consultations permettent d'évaluer les pertes de mémoire après un repérage par le médecin généraliste. Lors de la consultation, un bilan complet est réalisé : tests de mémoire, examen clinique et psychique.

<sup>19</sup> Mesure 17 du plan Alzheimer 2008-2012, l'unité cognitivo-comportementale est une unité de lits dédiés en Soins de suite et de réadaptation (SSR) aux personnes atteintes d'une MAMA présentant des troubles du comportement et nécessitant une rééducation cognitive à l'issue d'une crise et/ou d'une hospitalisation

<sup>20</sup> Mesure phare du plan Alzheimer 2008-2012, les MAIA répondent à la volonté du gouvernement de promouvoir une prise en charge sociale, médico-sociale et sanitaire coordonnée et personnalisée des malades d'Alzheimer en apportant notamment une réponse aux situations les plus complexes.

<sup>21</sup> Entretien avec le Dr Jamet, médecin inspecteur de santé publique à l'ARS Aquitaine

les troubles psychiques et les troubles démentiels (dégénérescence neuronale), à première vue d'origine différente, entretiennent entre eux de nombreuses interactions. A titre d'exemple, la frontière est souvent extrêmement ténue entre un symptôme dépressif à forme démentielle qui peut s'accompagner de pertes de mémoire, et une démence (trouble neurologique) à laquelle une dépression est associée la plupart du temps. Or, si les troubles de la mémoire sont bien connus, leur association à des troubles anxieux ou dépressifs est généralement sous-estimée (Emery, 1992). Il convient de rappeler que 20% des dépressions chez la personne âgée s'accompagnent de troubles cognitifs (Alexopoulos GS, 2000). Aussi, dans la mesure où les manifestations comportementales et cognitives de la dépression et de la démence sont similaires (troubles de la mémoire, apathie), il s'avère particulièrement difficile de poser le bon diagnostic<sup>22</sup> et de proposer une prise en charge adaptée.

Outre la forte interaction existante entre certains troubles psychiques et des troubles d'ordre neurologique tels que la maladie d'Alzheimer, le sous-diagnostic de la dépression de la personne âgée, trouble insuffisamment connu et traité, constitue un enjeu majeur de santé publique (Mulsant BH, Ganguli M, 1999), et l'une des principales causes de l'hospitalisation des seniors<sup>23</sup>. La dépression serait en effet le trouble psychiatrique le plus fréquent chez les personnes âgées de plus de 65 ans : « la prévalence de la dépression est comprise entre 2 et 61 %, avec 43,9 % de symptômes dépressifs, 25,7 % de dépressions mineures et 15,5 % de dépressions majeures » (Rigaud, 2005 :264). L'étude PAQUID évalue quant à elle le taux de dépression à 13%. Il convient de souligner qu'une des principales difficultés de son diagnostic réside dans les formes atypiques qu'elle peut revêtir chez la personne âgée (dépression mélancolique, dépression mélancolique délirante associée à des hallucinations, anxiété masquant la dépression etc...).

Mais les troubles psychiques de la personne âgée ne se cantonnent pas à la dépression, et recouvrent également les troubles délirants, les troubles névrotiques et anxieux ainsi que les syndromes confusionnels (décompensations cérébrales aiguës) qui nécessitent généralement une hospitalisation d'urgence. Même si le développement de la psychogériatrie a permis d'améliorer la prise en charge de ces troubles en considérant la personne âgée dans sa globalité, le sous-diagnostic prégnant de ces troubles reste un problème majeur au regard des répercussions sur l'état de santé des personnes âgées et de leur entourage, et de la forte interaction qui existe entre les troubles d'ordre psychique et les troubles démentiels.

---

<sup>22</sup> Seul un tep-scan permet de diagnostiquer une dégénérescence cellulaire éventuelle

<sup>23</sup> D'après le site Internet du programme PAERPA expérimenté dans la ville de Paris

## La Dordogne : un territoire rural et vieillissant, présentant une forte prévalence des troubles mentaux au sein de la population âgée

D'après les données de l'ORSA reprises dans le schéma social et médico-social « personnes âgées » 2014-2019 du Conseil départemental de la Dordogne, ce département se caractérise par un vieillissement prononcé de sa population, particulièrement en zone rurale. Actuellement, les personnes âgées de 60 ans et plus sont déjà sur-représentées au sein de la population départementale, car leur part s'élève à 33% environ, contre 26% au niveau régional et 23% au niveau national. Si l'on compare aux autres territoires de la grande région, il est intéressant de souligner que la région Limousin et Poitou-Charentes se distinguent par une part élevée des plus de 60 ans (30,7% en Limousin et 27,34% en Poitou-Charentes) comparativement à l'Aquitaine<sup>24</sup>. Toutefois, la ventilation par département pointe le vieillissement plus marqué en Dordogne et en Creuse<sup>25</sup>, au regard de l'ensemble des autres départements de la grande région.

Les données statistiques concernant les personnes âgées de plus de 75 ans confirment cette tendance : leur part est, à l'instar des plus de 60 ans, plus élevée en Dordogne qu'en France et en Aquitaine, faisant ainsi de la Dordogne le territoire de santé d'Aquitaine où le vieillissement est le plus prononcé, et l'un des cinq départements de France le plus vieillissant. Si l'on s'attarde sur les données populationnelles des territoires de la grande région, la Creuse, département limitrophe de la Dordogne, se présente comme le département le plus âgé de France avec une hausse attendue de près de 30,1% du nombre de personnes âgées de 75 à 84 ans entre 1999 et 2030<sup>26</sup>. Les projections démographiques pour la Dordogne estiment l'accroissement de la part des 70-79 ans à 5 points, passant ainsi de 10 à 15% en 2025, ainsi qu'une forte progression des plus de 80 ans qui représenteront dans dix ans 9,1% de la population du département<sup>27</sup>. De la même manière, la population de Poitou-Charentes se caractérise aussi par un vieillissement prononcé, avec un doublement annoncé des personnes âgées de plus de 80 ans entre 2010 et 2030, qui représenteront ainsi 182 000 personnes en 2030, soit 9,7% de la population. On constate donc que le processus de vieillissement observé en Dordogne connaît une progression similaire dans les autres territoires vieillissants de la grande région (et en particulier en Creuse, en Corrèze et en Charente-Maritime), montrant ainsi la nécessité d'adopter une vision stratégique et globale pour répondre de manière adaptée aux défis posés par cette évolution démographique majeure. Pour revenir au contexte périgourdin, les données de

---

<sup>24</sup> Voir Annexe 3, Figure 1 : « Part des personnes de 60 ans ou plus en 2008, exprimée en % par région »

<sup>25</sup> Voir Annexe 3, Figure 2 : « Part des personnes de 60 ans ou plus en 2008, exprimée en % par département »

<sup>26</sup> D'après les projections de l'INSEE selon la méthode Omphale, scénario U

<sup>27</sup> D'après les données de l'INSEE et de l'ORSA, reprises dans le schéma social et médico-social « personnes âgées » 2014-2019 du département de la Dordogne



l'ORSA permettent de mettre en lumière le vieillissement plus marqué que connaissent les territoires ruraux du Nord Dordogne et du Ribéracois<sup>28</sup> (ouest du département).

Il semble par ailleurs que ce vieillissement de la population s'accompagne d'une forte prévalence des troubles mentaux au sein de la population âgée de plus de 60 ans en Dordogne. En effet, les données disponibles sur les motifs d'admission en affections de longue durée (ALD) permettent d'estimer à 8% les admissions concernant des maladies d'Alzheimer ou maladies apparentées entre 2009 et 2011 en Aquitaine<sup>29</sup>, alors que les études menées par l'INSERM (et notamment l'étude PAQUID menée en Dordogne et en Gironde<sup>30</sup>) montrent que le nombre de personnes atteintes de démences est bien supérieur au nombre de personnes suivies. Par ailleurs, l'étude des Trois cités de l'INSERM<sup>31</sup> estime à 80% le nombre de personnes âgées de plus de 85 ans atteintes de troubles démentiels qui n'auraient eu accès à aucun spécialiste, ce qui souligne l'importance du sous-diagnostic de ces troubles et l'absence de suivi médical et médico-social adapté pour ces patients. Enfin, les personnes âgées de Dordogne sont particulièrement touchées par la problématique du suicide. Toutes structures d'âge confondues, le département se distingue en effet par une surmortalité<sup>32</sup> par suicide : l'indice comparatif de mortalité s'élevait en 2009 à 139.4, contre 100 au niveau national et 101.8 en Aquitaine<sup>33</sup>. Selon l'ORSA, le nombre annuel moyen de décès par suicide de personnes âgées de 60 ans et plus s'élève à 44 sur 94, soit 46% des décès par suicide sur la période 2009-2011, témoignant ainsi d'un certain mal-être psychique des personnes âgées, plus prégnant dans ce territoire de santé que dans le reste de l'Aquitaine.

Afin de mieux appréhender le territoire de santé de la Dordogne, il convient désormais de préciser ses grandes caractéristiques. Pour rappel, la Dordogne se présente comme un des territoires les moins urbanisés d'Aquitaine, avec une des plus faibles densités de population (45 habitants/km<sup>2</sup> contre 78 en Aquitaine) selon l'ORSA. Par ailleurs, la Dordogne se caractérise par sa grande superficie (3<sup>ème</sup> département métropolitain le plus étendu), avec près de 150 km du nord au sud et de l'est à l'ouest. Cette particularité implique un enclavement de certaines zones du département, telles que le territoire de proximité du Nord-Dordogne par exemple, souvent synonyme d'isolement pour les habitants de ces zones rurales, dont sont surtout victimes les personnes âgées à la mobilité restreinte. La ruralité périgourdine engendre également une pénurie de l'offre médicale,

---

<sup>28</sup> Voir Annexe 4 : Carte des territoires de proximité de la Dordogne

<sup>29</sup> ORSA, « Les personnes âgées en Aquitaine », mars 2010

<sup>30</sup> Cette étude de cohorte a été menée en population générale depuis 1989 sur des personnes âgées de 65 ans et plus en Gironde et en Dordogne afin d'estimer la prévalence des démences.

<sup>31</sup> Etude de cohorte menée sur 9294 personnes vivant à Bordeaux, Dijon et Montpellier pour identifier les facteurs de risque et de protection dans la survenue de la maladie d'Alzheimer

<sup>32</sup> La surmortalité par suicide désigne un excès du taux de mortalité comme suicide par rapport aux autres taux

<sup>33</sup> ORSA : Le suicide en Aquitaine, février 2009

tant des médecins généralistes que des spécialistes. En moyenne, depuis 2007, la Dordogne a subi la baisse la plus importante au niveau régional du nombre de médecins généralistes (environ 12,3 %), contre une baisse de 6,5 % au niveau national<sup>34</sup>. En 2015, la Dordogne présente une densité médicale de 0,98 généralistes pour 1000 habitants contre 1,52 au niveau national<sup>35</sup>. Cette faiblesse de la démographie médicale pose des problèmes majeurs d'accès aux soins de premier recours, alors même que les besoins accroissent avec l'avancée en âge de la population. Le non-remplacement de la plupart des départs à la retraite de ces professionnels constitue un autre problème de taille, sachant que 54,33% des médecins généralistes et spécialistes actuellement en exercice en Dordogne sont âgés de plus de 55 ans et cesseront prochainement leur activité. Si l'on compare aux autres territoires de la grande région Aquitaine-Limousin-Poitou-Charentes, on constate que seules la Creuse et la Charente voisine présentent une démographie médicale encore plus vieillissante que la Dordogne, avec respectivement 59,33% et 54,78% des professionnels médicaux âgés de plus de 55 ans<sup>36</sup>.

Les chiffres concernant les spécialistes ne sont pas meilleurs : à titre d'exemple, la Dordogne comptabilisait 35 psychiatres en 2014, contre 417 en Gironde. De surcroît, 59,36% des spécialistes installés en Dordogne ont entre 55 et 70 ans<sup>37</sup>, ce qui place la Dordogne juste derrière la Creuse (67,26% des spécialistes âgés de plus de 55 ans) en termes de vieillissement de ses spécialistes au sein de la grande région<sup>38</sup>.

La situation du territoire de santé de la Dordogne plaide en faveur d'une réponse globale et adéquate aux troubles psychiques des personnes âgées. Le vieillissement marqué et croissant de la population périgourdine, doublé d'une forte prévalence des troubles mentaux au sein de la population âgée soulignent l'importance d'un tel enjeu. Par ailleurs, la ruralité du territoire et la pénurie médicale creusent encore le sous-diagnostic de ces troubles, qui peuvent avoir des conséquences dommageables pour les patients et leurs familles.

---

<sup>34</sup> Mila Ta Ninga, « Déserts médicaux : la Dordogne de plus en plus sinistrée » *France Bleu Périgord*, juin 2014

<sup>35</sup> Données issues de l'article « Démographie médicale : les départements les plus touchés d'ici 5 à 10 ans » par Romain Mazon, in *La Gazette des communes*, publié le 23 février 2015 et mis à jour le 16 juin 2015, d'après les données du Répertoire partagé des professionnels de santé publiées par la DREES.

<sup>36</sup> D'après les données du Répertoire partagé des professionnels de santé publiées par la DREES et exploitées par la Gazette des communes

<sup>37</sup> *ibid*

<sup>38</sup> Voir annexe 5 : Carte des spécialistes âgés de plus de 55 ans

## **La prise en charge des troubles psychiques des personnes âgées en Dordogne : état des lieux de l'offre existante**

La prise en charge des troubles psychiques des personnes âgées doit s'envisager dans un continuum allant de la prévention, au diagnostic facilité par un repérage précoce des troubles, avant de proposer en aval un suivi sanitaire, et souvent, un accompagnement médico-social. Une attention particulière doit être accordée à la prévention de la perte d'autonomie sous toutes ses formes (activités physiques, stimulation des fonctions cognitives et sociales). Il s'agit avant tout de favoriser le « bien vieillir » en changeant l'image véhiculée par la vieillesse dans la société civile, à l'instar d'évènements tels que la Semaine bleue impulsés par le niveau national, qui cherche à favoriser l'inclusion sociale et la participation des plus âgés à la vie de la cité. La part croissante des personnes âgées vivant à domicile doit encourager un suivi renforcé en ambulatoire, basé sur un diagnostic précoce des troubles, sous peine de voir augmenter davantage le nombre de personnes âgées hospitalisées en situation de crise au sein des services hospitaliers.

### **La prévention des troubles psychiques des personnes âgées en Dordogne : une démarche partenariale nécessitant davantage de coordination**

En amont de la prise en charge, les actions de prévention de l'apparition des troubles d'ordre psychique, telles que la lutte contre l'isolement des personnes âgées et le développement d'activités susceptibles de favoriser du lien social et de stimuler les fonctions cognitives sont essentielles<sup>39</sup>. La politique de prévention à destination des seniors fait partie intégrante des missions dévolues au Conseil départemental au titre de sa politique « personnes âgées », et plus particulièrement du programme « Bien vieillir ». Le bilan du précédent schéma départemental médico-social et social « personnes âgées » rappelle le rôle des centres locaux d'information et de coordination (CLIC)<sup>40</sup> en matière de prévention et d'information : les 5 CLIC de Dordogne<sup>41</sup> ont ainsi été encouragés par le Conseil départemental à se recentrer sur ces missions, et ont donc à ce titre organisé des rendez-vous d'informations sur le thème du vieillissement, et notamment des ateliers mémoire en partenariat avec l'association santé éducation et prévention sur les territoires (ASEPT) de Dordogne, comme par exemple dans le Nord Dordogne. L'association Cassiopea, qui gère le CLIC du Grand Périgueux depuis 2002 par délégation de service public, joue également un rôle important en termes de prévention et de lutte contre

---

<sup>39</sup> Entretien avec le Dr Demoures, psycho-géronte au Verger des Balans

<sup>40</sup> Les CLIC sont financés aux deux tiers par le Conseil départemental de la Dordogne et pour un tiers par la mutualité sociale agricole

<sup>41</sup> Voir annexe 6 : cartographie des dispositifs territoriaux d'appui en Dordogne

l'isolement des personnes âgées en Dordogne, dans le cadre de son programme « Cassiopea Prévention Seniors » créé en 2012. Le bilan du précédent schéma départemental médico-social et social « personnes âgées » souligne cependant le manque de lisibilité de ces actions de prévention auprès du public-cible, dont la portée apparaît limitée par la multiplicité des acteurs et des financements. Fort de ce constat, le schéma 2014-2019 contient une mesure dédiée à l'articulation des acteurs de la prévention à l'échelle départementale (ARS, caisses de retraite, assurance maladie, institut régional d'éducation et de prévention en santé, ASEPT), au sein de laquelle les CLIC seront confortés dans leur rôle de coordination, d'information et de lisibilité auprès des usagers en fonction de leurs besoins.

La prévention des troubles psychiques passe également par des actions permettant de stimuler les fonctions cognitives et les interactions sociales des seniors. A ce titre, le schéma départemental et médico-social « personnes âgées » 2014-2019 prévoit dans sa mesure 7 la poursuite des actions déjà engagées pour favoriser les activités physiques et sportives des retraités, mais aussi l'accès à la culture et aux loisirs, notamment avec les événements « Seniors, soyons sport » qui permettent de diffuser les bienfaits de l'activité physique auprès des personnes âgées.

Outre le Département, il convient de rappeler que l'ARS joue également un rôle majeur en termes de prévention, notamment grâce aux contrats locaux de santé (CLS), dispositif issu de la loi du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires (dite loi HPST). Le contrat local de santé, signé entre l'ARS et les collectivités territoriales permet d'agir sur la réduction des inégalités sociales et territoriales de santé en déclinant notamment les objectifs du projet régional de santé aquitain au plus près des besoins des territoires. En termes de prévention, force est de constater que le CLS constitue un outil contractuel intéressant permettant de fédérer et rendre visibles les actions de santé au sein des territoires. Trois territoires de Dordogne sont ainsi dotés d'un CLS (Grand Périgueux, Nord Dordogne, Communauté d'agglomérations du Bergeracois) et un projet est en cours de réflexion pour le territoire du sarladais. Si les actions recensées dans ces trois CLS ne sont pas directement destinées à la prévention du mal-être psychique des personnes âgées, la plupart des mesures prévues permettent indirectement de favoriser l'épanouissement de la personne âgée et de retarder l'apparition de fragilités d'ordre psychique<sup>42</sup> : prévention de l'obésité, transports, bilans de santé, ateliers mémoire...

Les expérimentations d' « EHPAD centre ressource » constituent un autre outil important de la politique de prévention menée par l'ARS. Conformément au cahier des charges défini par l'ARS, cet appel à candidatures médico-social vise à faire émerger depuis les EHPAD des idées innovantes afin de renouveler les modes de prises en charge, et d'adapter l'offre de services aux besoins des usagers. L'objectif de l'expérimentation consiste aussi à

---

<sup>42</sup> Entretien avec Violaine Veyriras, pilote de la MAIA du Nord Dordogne

développer de manière significative les actions de prévention de la perte d'autonomie physique, sociale et cognitive par des activités à destination des personnes âgées à domicile : ateliers mémoire, activités physiques adaptées etc. Il convient de noter que le territoire de santé de la Dordogne bénéficie déjà de deux EHPAD centre ressources, à Périgueux et à Lanouaille, à l'est du territoire de proximité du Nord-Dordogne<sup>43</sup>. L'EHPAD Beaufort Magne du centre hospitalier (CH) de Périgueux a en effet été retenu pour une expérimentation de trois ans à compter du 1<sup>er</sup> juillet 2014 et s'est vu allouer un budget annuel de 100 000 euros pour mener à bien son projet qui prévoit notamment la mise en place d'un centre d'évaluation des fragilités de la personne âgée grâce à une consultation infirmière. Le projet porté par l'EHPAD de Lanouaille a quant à lui été partiellement retenu au titre de deux thématiques : la mise en place d'une expertise gériatrique et gérontologique, et son programme de stimulation de l'autonomie de la personne âgée à visée préventive. Notons qu'un second appel à candidature lancé en 2014 a permis de faire émerger deux autres projets similaires pour 2015 (durée expérimentale de trois ans) : un projet porté par l'EHPAD de La Madeleine situé à Bergerac (territoire de proximité du Bergeracois) portant sur l'expérimentation d'un accueil de nuit, et le projet co-porté par l'EHPAD de la Roche-Chalais, des CH de Ribérac, de Saint Aulaye et de la Meynardie, situés dans le territoire de proximité du Ribéracois (extrême ouest du département). Celui-ci propose pour sa part un certain nombre d'actions ayant pour but de maintenir le lien social des personnes âgées de l'infra-territoire, à travers la construction d'une maison d'accueil et de relais. Ce projet se présente donc comme un véritable levier pour l'ARS Aquitaine afin de mener une politique de prévention à destination des personnes âgées, et d'apporter une réponse aux situations les plus difficiles (isolement social et géographique, situations de maltraitance), notamment par la mise en place de visites de convivialité, en partenariat avec le CLIC et les services d'aide à domicile. Outre ces visites, la maison d'accueil et de relais, cœur de l'expérimentation, se présente comme un « lieu ressource » pour lutter contre l'isolement et la solitude des seniors en instaurant un lieu d'interactions sociales (animations d'ateliers, jardin botanique, lieux de convivialité)<sup>44</sup>, permettant ainsi de prévenir l'apparition de symptômes dépressifs, et de retarder le déclin des capacités cognitives, physiques et psychiques des personnes âgées de l'infra-territoire.

On le voit, la dynamique du territoire de la Dordogne en matière de prévention des troubles psychiques des personnes âgées reste relativement inégale d'un territoire de proximité à l'autre. La politique de prévention des troubles psychiques de la personne âgée constitue une prérogative importante du Conseil départemental à travers les CLIC, mais aussi de l'ARS. Si des outils existent, la multiplicité des acteurs et des financements constitue un frein à la lisibilité des actions menées. Toutefois, la mise en œuvre de la préfiguration

---

<sup>43</sup> Voir annexe 4 : carte des territoires de proximité de la Dordogne

<sup>44</sup> D'après le dossier de candidature 2014 déposé par les co-porteurs du projet à l'ARS Aquitaine

relative à la conférence des financeurs, prévue dans la loi ASV, chargée de coordonner le financement des actions de prévention à destination des personnes âgées<sup>45</sup>, permet d'espérer des améliorations en la matière. Par ailleurs, les leviers utilisés par l'ARS dans sa politique de prévention tels que les CLS et les expérimentations EHPAD centre ressources sont précieuses au niveau des infra-territoires concernés, tant pour l'expertise gériatrique que pour la prévention du déclin des fonctions cognitives, sociales et physiques. La jeunesse de ce dispositif ne permet pas encore de le généraliser à l'ensemble du territoire, mais les actions menées semblent prometteuses.

### Un diagnostic des troubles psychiques encore insuffisant au regard des besoins

Concernant le diagnostic et la prise en charge en ambulatoire des troubles psychiques des personnes âgées, le territoire de la Dordogne bénéficie du large rayonnement de l'EHPAD du Verger des balans, centre de soins en psycho-gériatrie appartenant au groupe de la clinique Francheville, situé dans le territoire du Grand Périgueux et spécialisé dans l'accueil des personnes atteintes de maladies d'Alzheimer ou maladies apparentées. La psycho-géronte de l'établissement intervient dans 14 EHPAD de Dordogne, pour des diagnostics de troubles cognitifs, mais aussi pour le suivi de patients ou des sessions de formation à destination des équipes soignantes<sup>46</sup>. L'établissement se présente donc comme une véritable référence en matière de diagnostic et de suivi psycho-gériatrique, disposant d'un centre de jour, d'une consultation d'évaluation psycho-gériatrique, d'une consultation pré-opératoire et de l'unité cognitivo-comportementale du territoire de santé, en sus des places d'hébergement permanent à destination des patients atteints d'Alzheimer. Par ailleurs, la psycho-géronte assure également des consultations au centre médico-psychologique (CMP) de Périgueux. De plus, le centre hospitalier (CH) de Bergerac bénéficie également d'une consultation mémoire labellisée, au sein même du centre hospitalier, mais également à l'EHPAD de la Madeleine de Bergerac. La consultation mémoire constitue une porte d'entrée indispensable dans la filière de soins, moins stigmatisante qu'une consultation chez un psychiatre pour les personnes âgées, permettant ainsi d'entamer un travail thérapeutique au long cours. Comme le rappelle le Dr Demoures, la consultation mémoire a toute sa légitimité dans la prise en charge des troubles psychiques des personnes âgées, car les problèmes d'origine psychiatrique du grand âge (mélancolie, dépression, délires

---

<sup>45</sup> « Après l'élaboration d'un diagnostic des besoins en matière de prévention des personnes âgées de soixante ans et plus et un recensement des initiatives locales, un programme coordonné de financement des actions individuelles et collectives de prévention sera réalisé. [...] La CNSA attribuera aux départements un concours de 180 millions d'euros par an. » d'après le site de la CNSA.

<sup>46</sup> D'après le schéma social et médico-social « personnes âgées » 2014-2019 du Conseil départemental de la Dordogne

tarifs) ont de fortes interactions avec les problèmes de mémoire et « d'histoires de vie ». Il convient donc de pouvoir accorder du temps aux patients : en cela, l'équipe multidisciplinaire de la consultation mémoire (psychiatre, psycho-gériatre, psychologue) et les outils d'évaluation dont les professionnels disposent (tests neuropsychologiques) répondent véritablement aux besoins des patients.

Au niveau régional, on dénombre ainsi 30 consultations mémoire (dont 4 en Dordogne), ce qui permet de considérer que l'objectif d'une consultation mémoire pour 15 000 habitants de 75 ans et plus est atteint en prenant en compte les consultations non labellisées en Dordogne et en Gironde<sup>47</sup>, conformément à la circulaire DGOS/DGS/DSS/R4/MC3 n° 2011-394 du 20 octobre relative à l'organisation de l'offre diagnostique et de suivi pour les personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer ou apparentées. Toutefois, il ressort des entretiens que ce ratio régional ne suffit pas pour couvrir les besoins croissants du territoire, comme le soulignent également le schéma départemental de l'action sociale et médico-sociale « personnes âgées » 2014-2019 du Conseil départemental, et le diagnostic du groupe de travail « santé mentale et lutte contre les addictions » de la CHT de Dordogne. Les expérimentations « EHPAD centre ressources » évoquées précédemment constituent cependant des outils non négligeables en la matière, puisque certains ont permis de renforcer l'expertise gériatrique au sein du territoire (évaluation des fragilités à l'EHPAD Beaufort-Magne de Périgueux et expertise gérontologique et gériatrique à l'EHPAD de Lanouaille). Néanmoins, force est de constater que la dynamique territoriale reste inégale en termes de diagnostic et d'accès à l'expertise gériatrique. Le territoire de proximité de Périgueux, ainsi que le Bergeracois bénéficient ainsi d'une forte concentration de l'offre psycho-gériatrique.

Les manques identifiés par les acteurs de terrain, et la prévalence des troubles mentaux chez les personnes âgées, révélée par les études précitées poussent à s'interroger sur les apports de la psychiatrie de secteur. En effet, rappelons que la sectorisation de la psychiatrie issue de la loi n°85-1468 du 31 décembre 1985 a permis un maillage territorial en centres médico-psychologiques<sup>48</sup>, ce qui signifie qu'en théorie, tous les moyens existent au sein d'un secteur pour prendre en charge les patients présentant des troubles d'ordre psychiatrique, et notamment les personnes âgées. Cependant, un certain nombre d'obstacles expliquent la moindre pertinence des CMP dans la prise en charge des troubles psychiques des personnes âgées. En premier lieu, la consultation au sein de ces structures reste stigmatisante et davantage connotée qu'une consultation chez un gériatre<sup>49</sup>. Par

---

<sup>47</sup> ORSA, La maladie d'Alzheimer et les démences apparentées en Aquitaine,

<sup>48</sup> Le centre médico-psychologique regroupe une équipe de professionnels pluridisciplinaires dans une structure ambulatoire de référence sur un secteur de psychiatrie

<sup>49</sup> Entretiens avec le Dr Demoures, A-M Conseil et H. Delamare

ailleurs, la consultation en CMP se fait sur rendez-vous, et reste subordonnée à la volonté du patient de se déplacer et de se rendre à une consultation psychiatrique. Or, la plupart des entretiens réalisés dans le cadre de ce mémoire soulignent la nécessité d'aller à la rencontre de la personne âgée, c'est-à-dire d'intervenir dans son lieu de vie, et de créer un premier contact rassurant avant d'envisager une consultation à l'extérieur ou un suivi sur le plus long terme.

Par ailleurs, il convient de mettre en exergue le rôle majeur du médecin traitant, pierre angulaire de la démarche de dépistage des troubles. En effet, c'est à lui que revient le soin d'adresser la personne âgée à un spécialiste et de l'adresser à la consultation mémoire afin que le patient bénéficie des compétences pluridisciplinaires de ces structures. Cependant, les spécificités du patient âgé (interactions médicamenteuses, poly-pathologies) nécessitent, par définition, un appui spécialisé auprès du médecin généraliste en gériatrie. Par ailleurs, un travail de sensibilisation reste à faire pour éviter que les symptômes d'une souffrance psychique ne soient assimilés trop rapidement au processus inéluctable du vieillissement physiologique<sup>50</sup>. Comme le rappelle le Dr Demoures, la perte d'autonomie (cognitive, psychique, physique) ne doit pas être banalisée, mais prise en compte comme le signe avant-coureur d'une pathologie.

Outre le diagnostic des troubles psychiques de la personne vivant à domicile, le diagnostic de troubles mentaux à l'entrée en établissement est également indispensable. L'évaluation psycho-gérontologique repose sur le MMS (mini mental score), « test d'évaluation des fonctions cognitives et mnésiques »<sup>51</sup> pratiqué par le médecin coordonnateur en EHPAD ou par le psychologue. Toutefois, tous les résidents ne peuvent bénéficier de cette évaluation : 12 EHPAD de Dordogne<sup>52</sup> sont dépourvus de médecin coordonnateur. Cette pénurie médicale peut constituer un frein dans l'accès aux soins et au diagnostic pour les personnes âgées du territoire. Pourtant, il est important de souligner que la Dordogne présente un fort taux d'équipement en EHPAD, supérieur à la moyenne régionale et à la moyenne nationale<sup>53</sup>. On dénombre en effet un EHPAD par ex-canton, ce qui constitue un outil intéressant pour le repérage des besoins des populations, tant en établissement qu'à domicile.

---

<sup>50</sup> Rigaud, A-S et al : *Troubles psychiques des personnes âgées*, in « EMC Psychiatrie », Volume 2, Issue 4, Novembre 2005, Pages 259–281

<sup>51</sup> Schéma social et médico-social « personnes âgées » 2014-2019 du Conseil départemental de la Dordogne, p. 23

<sup>52</sup> Ibid

<sup>53</sup> D'après les données de l'ORSA reprises dans le schéma social et médico-social « personnes âgées » 2014-2019 du Conseil départemental de la Dordogne, le taux d'équipement en EHPAD (nombre de lits pour 100 000 personnes âgées de 75 ans et plus) en Dordogne au 1<sup>er</sup> janvier 2013 s'élevait à 100,8, contre 94,1 en France et 93,1 en Aquitaine.



## Une offre géronto-psychiatrique hospitalière perfectible

Le rôle majeur des centres hospitaliers dans l'organisation de la filière gériatrique a été rappelé par les pouvoirs publics avec la circulaire DHOS/02 n° 2007-117 du 28 mars 2007 relative à la filière de soins gériatriques. Celle-ci pose les jalons de l'organisation de la filière gériatrique, afin de renforcer l'accès aux soins de proximité, de promouvoir le développement des courts séjours gériatriques, des équipes mobiles et des filières d'admission courtes, mais aussi de structurer l'aval de l'hospitalisation de courte durée (soins de suite et de réadaptation, hospitalisation à domicile). Il incombe à la filière gériatrique trois missions principales : les hospitalisations non programmables (en associant les services d'urgence, les services de court séjour gériatrique et l'équipe mobile gériatrique), les hospitalisations programmables et les bilans qui relèvent de l'hôpital de jour et de la consultation gériatrique. Par ailleurs, la circulaire rappelle que la filière gériatrique doit s'articuler avec les structures psychiatriques dans le but de proposer une prise en charge graduée et adéquate aux besoins de la personne âgée, et de mettre fin au cloisonnement entre la gériatrie et la psychiatrie.

En Dordogne, la prise en charge des troubles psychiques des personnes âgées par les services hospitaliers de psychiatrie est assurée par trois établissements du territoire. En effet, l'offre de soins en psychiatrie est structurée en 5 secteurs de psychiatrie adulte<sup>54</sup> répartis entre les CH de Périgueux, de Sarlat (désormais en direction commune avec le CH de Périgueux) et le Centre hospitalier spécialisé (CHS) Vauclaire situé à Montpon-Ménéstérol sur le territoire de proximité du Bergeracois. Celui-ci couvre le secteur psychiatrique 24G01 de Bergerac d'une population de 116 790 habitants, et le secteur psychiatrique 24G03 dit des « deux vallées » d'une population de 116 034 habitants. Le CH de Périgueux regroupe pour sa part deux secteurs de psychiatrie adulte, à savoir les secteurs 24G04 et 24G07, pour un bassin de population de 121 372 habitants ainsi qu'un intersecteur de psychiatrie adulte dédié à la prise en charge des patients en hospitalisation sous contrainte. Le CH de Sarlat dispose quant à lui d'un secteur de psychiatrie adulte, le 24G05, pour une population de 59 953 habitants<sup>55</sup>.

On dénombre donc une unité d'hospitalisation complète de 20 lits, l'unité Ritti situé à Montpon, et une unité de psycho-gériatrie délocalisée au pôle d'hospitalisation psychiatrique du Bergeracois (PHPB), à Bergerac. Ce pôle comprend une unité de psychogériatrie de 15 lits, et 5 lits d'hospitalisation de jour depuis 2012, permettant ainsi de diversifier les modalités de prises en charge psycho-gériatriques. Aussi, bien que le CH de Périgueux et le site de Sarlat (désormais en direction commune avec le CH de Périgueux)

---

<sup>54</sup> Voir annexe 7 : cartographie de la sectorisation de la psychiatrie adulte en Dordogne

<sup>55</sup> D'après les travaux du groupe « santé mentale et lutte contre les addictions » de la communauté hospitalière de territoires de Dordogne

ne bénéficient pas d'unité géro-psycho-geriatrique dédiée, ces structures comptabilisent pourtant une part croissante de personnes âgées dans la file active de leurs services de psychiatrie<sup>56</sup> : la part des personnes âgées de plus de 74 ans représente pour les CH de Périgueux et de Vauclaire respectivement 10% et 11% de la file active des patients suivis en psychiatrie, pour les années 2012 et 2013. Pour le CH de Sarlat, les personnes âgées de plus de 70 ans représentaient 12% de la file active de psychiatrie en 2010, et avoisinaient les 16% en 2013. L'absence d'unité de géro-psycho-geriatrie<sup>57</sup> dédiée, excepté au CHS Vauclaire, en dépit d'une demande croissante liée au vieillissement de la population et au développement du nombre de personnes âgées atteintes de troubles psychiques et/ou démentiels constitue un obstacle à une prise en charge adaptée des patients souffrant de pathologies psychiatriques due à la crise du vieillissement<sup>58</sup>. La circulaire du 27 mars 2008 souligne à ce sujet le rôle essentiel de ces unités, maillons incontournables de la filière gériatrique destinés à «prendre en charge en milieu spécialisé et pour des durées courtes, les personnes [âgées] présentant une symptomatologie trop importante pour relever des seuls soins ambulatoires ».

La nécessité de réévaluer l'offre de soins géro-psycho-geriatrique fait d'ailleurs partie des priorités identifiées par le groupe de travail « santé mentale / lutte contre les addictions » de la CHT de Dordogne. Les acteurs impliqués dans cette réflexion mettent en lumière la demande croissante d'interventions dans le domaine géro-psycho-geriatrique, tant pour un diagnostic des troubles que pour soutenir les professionnels de structures médico-sociales d'hébergement telles que les EHPAD, souvent démunis, voire victimes d'épuisement professionnel, face à la prévalence des troubles d'ordre psychique et/ou démentiels de leurs résidents.

Toutefois, il convient de rappeler que l'offre géro-psycho-geriatrique de Dordogne s'est étoffée dernièrement, avec la mise en place du court séjour de gériatrie au CH de Bergerac (14 lits). Par ailleurs, le rapport de l'inspection menée à Vauclaire en septembre 2014 a donné lieu à des recommandations, dont une porte sur le volet stratégique de la recombinaison des secteurs de psychiatrie en lien avec le CH de Périgueux, aboutissant peut-être, *in fine*, à un opérateur unique en psychiatrie sur le territoire de la Dordogne.

---

<sup>56</sup> Ibid

<sup>57</sup> Les unités de géro-psycho-geriatrie ont pour mission principale de prendre en charge les phénomènes de décompensation aiguë liés au grand âge : névroses, phénomènes de glissement, crises suicidaires avec menaces de passage à l'acte etc

<sup>58</sup> Entretien avec Dominique Bélingard-Rebière

## L'offre géro-psycho-geriatrie extra hospitalière : un développement des alternatives à l'hospitalisation complète à poursuivre

Conformément aux orientations nationales et aux axes du PRS aquitain, la prise en charge proposée par les CH s'est davantage orientée vers l'ambulatoire, ou vers des structures se présentant comme des alternatives à l'hospitalisation complète telles que les hôpitaux de jour. Concernant le CH de Périgueux, l'offre extra-hospitalière proposée au sein de l'intersecteur de psychiatrie adulte et des deux secteurs de psychiatrie adulte (secteur 24 G04 et secteur 24G07) se répartit comme suit :

- Un centre médico-psychologique et un centre d'accueil thérapeutique à temps partiel (CATTP) pour le secteur 24G04 (patients domiciliés à Périgueux, Chancelade, Coulounieix-Chamiers, Champcevinel, Château l'évêque, Marsac et Trélissac)
- Un CMP pour le secteur 24G07 (patients domiciliés à Excideuil, Hautefort, Saint-Pierre de Chignac, Savignac les églises, Lanouaille, Thenon et Terrasson)

Concernant les modalités diversifiées de prise en charge proposées par le CHS Vauclaire, on dénombre :

- 75 places en hôpitaux de jour (25 pour le secteur de Bergerac, 40 places pour le secteur des deux vallées, et 5 places pour le pôle intersectoriel)
- 1 CMP et un CATTP,
- 8 CMP et 4 CATTP sur le secteur des Deux Vallées

Le secteur de psychiatrie 24G03 comptabilise 15 places d'hôpital de jour, un centre médico-psychologique et un CATTP.

Les dispositifs de maintien à domicile sont également essentiels, notamment dans le but de recourir le moins possible à l'hospitalisation, mais aussi de diversifier les modes de prise en charge en favorisant un maintien de la personne âgée dans son lieu de vie. En Dordogne, l'ensemble des territoires de proximité sont couverts par des services de soins infirmiers à domicile (SSIAD), même si des difficultés financières liées à leur taille subsistent. Un important travail a été effectué concernant la cartographie de l'hospitalisation à domicile (HAD), actualisée en 2015 afin de couvrir l'ensemble des territoires. Par ailleurs, la Délégation territoriale de Dordogne de l'ARS Aquitaine a impulsé la signature de l'ensemble des établissements médico-sociaux avec l'HAD.

Enfin, le GHT de Dordogne permet de poser le cadre d'une réflexion collégiale sur l'organisation de l'offre géro-psycho-geriatrie, et travaille notamment à la mise en place d'une équipe mobile psycho-gerontologique à vocation départementale afin d'améliorer le repérage des troubles psychiatriques des personnes âgées, d'éviter les hospitalisations en urgence mais aussi de favoriser au maximum le maintien à domicile en décloisonnant les

prises en charge et les modes d'intervention des acteurs. On le voit, une dynamique a été engagée. Tout l'enjeu est de rendre cette offre davantage visible pour la population, mais également plus décloisonnée, d'une part entre l'hospitalier et la médecine de ville, d'autre part entre le domicile et l'établissement.

## **2 La nécessité d'un parcours de santé coordonné au service de la personne âgée atteinte de troubles psychiques**

La prise en compte des troubles psychiques chez la personne âgée doit nécessairement s'inscrire dans le cadre plus global de la politique gériatrique d'aujourd'hui, qui s'est notablement étoffée ces dernières années : nouveaux dispositifs, nouvelles expérimentations dont par exemple le programme Paerpa (programme à destination des personnes âgées en risque de perte d'autonomie). L'idée qui prévaut désormais est de privilégier une approche en termes de parcours, non par pathologie mais par population. Les investigations menées ont permis d'identifier des points de rupture dans les parcours de la personne âgée présentant des troubles psychiques, en particulier lors du passage d'un secteur à l'autre (sanitaire vers le médico-social par exemple), mais aussi de l'hôpital vers le domicile. La réflexion doit donc s'inscrire dans une continuité repérage – diagnostic – suivi coordonné de la prise en charge, permettant ainsi de réduire le nombre d'hospitalisations évitables, sachant que la dépression figure parmi les quatre causes principales d'hospitalisation des seniors<sup>59</sup>, avec la dénutrition, la chute et la prise de médicaments.

### **Promouvoir l'accès à un diagnostic adapté aux besoins des personnes âgées atteintes de troubles psychiques**

Les investigations menées auprès des professionnels de terrain dans le cadre de ce mémoire ont permis de mettre en lumière l'existence de plusieurs obstacles à un repérage effectif des troubles psychiques des personnes âgées, et en particulier des personnes âgées vivant à domicile. L'enjeu du bon diagnostic est d'éviter un recours trop fréquent à l'hospitalisation. En effet, dans la plupart des cas, l'absence de repérage et de diagnostic aboutit à une hospitalisation (parfois même sans consentement) de la personne âgée en situation de crise. Comme le rappelle la circulaire du 18 mars 2002 relative à l'amélioration de la filière gériatrique, « une large proportion de personnes âgées entre à l'hôpital par le service des urgences. L'absence d'avis gériatrique peut conduire à des erreurs d'orientation, faute d'avoir pu conduire une évaluation globale de l'état de santé du patient et de son environnement social. De telles situations risquent d'entraîner des pertes de chance et un allongement injustifié des séjours, particulièrement péjoratif aux grands âges. »

---

<sup>59</sup> D'après le site de présentation de l'expérimentation PAERPA à Paris

L'enjeu d'un repérage réussi réside véritablement dans le fait d'aller « au-devant » de la personne âgée<sup>60</sup>, en raison de sa fragilité, mais aussi de la nécessité d'instaurer une relation de confiance avec elle avant d'envisager, le cas échéant, un suivi plus poussé sur le long terme.

Ce constat suppose de prendre en compte la diversité du public « personnes âgées », pour proposer un appui au repérage adapté en fonction du contexte mais aussi du lieu de vie, tant au domicile qu'en établissement.

### L'enjeu du repérage des troubles psychiques des personnes âgées à domicile : les apports attendus du Groupement de coopération sanitaire en santé mentale

Concernant les personnes âgées du domicile, les nombreux dispositifs déployés tant par l'ARS que par le Conseil départemental pour favoriser le maintien à domicile (intervention des aides-soignants du service de soins infirmiers à domicile, aides ménagères financées grâce à l'APA, visites de l'infirmière) permettent de faire intervenir des professionnels d'horizons et de formations divers, qui constituent des leviers incontournables du repérage des troubles psychiques de leurs patients. Toutefois, la croissance exponentielle du secteur de l'aide à la personne (aide-ménagère, auxiliaire de vie, portage de repas...) ne s'est pas accompagnée d'une formation adaptée à l'égard de ces professionnels, notamment au regard des troubles psychiques chez cette catégorie de la population<sup>61</sup>. De plus, l'entrée de plus en plus tardive des personnes âgées en établissement<sup>62</sup> implique un besoin de soins à domicile plus importants. A cet égard, les services de soins infirmiers à domicile constituent un acteur incontournable. Cependant, les infirmières sont confrontées à une augmentation des soins techniques à effectuer, auxquels s'ajoutent les soins en ambulatoire<sup>63</sup>. De fait, les aides-soignants et les auxiliaires de vie jouent désormais un rôle important dans le cadre du repérage des fragilités de la personne âgée au domicile, et en particulier à l'égard des troubles psychiques. L'enjeu est donc bien de développer une formation adaptée à destination de ces acteurs du domicile. En Dordogne, le déploiement du Groupement de coopération sanitaire (GCS) en santé mentale en 2014 à vocation départementale a permis d'amorcer une réflexion en la matière. La mise en place de cet outil de coopération s'inscrit dans le cadre de la politique régionale de l'ARS Aquitaine, afin de poser les jalons d'une approche en termes de filière pour la prise en charge de la santé

---

<sup>60</sup> Entretien avec Hugues Delamare, pilote de la MAIA du Bergeracois

<sup>61</sup> Le rapport du ministère du Travail intitulé « Les patients en service de soins infirmiers à domicile » place les affections neuro-psychiatriques en tête des syndromes des bénéficiaires de SSIAD (plus de 75% des bénéficiaires). Etude à caractère national conduite en 2007 sur les SSIAD et leurs patients, publié en 2009.

<sup>62</sup> La moyenne d'âge d'entrée en EHPAD public est de 87 ans pour les femmes et de 82,6 pour les hommes d'après l'Observatoire des EHPAD publié par KPMG (2014)

<sup>63</sup> Entretien avec Anne-Marie Conseil

mentale, en fédérant les acteurs du secteur social, médico-social et sanitaire autour d'une stratégie cohérente pour fluidifier les parcours et les prises en charge, éviter les situations de crise, apporter une réponse commune au manque de personnels « rares » (psychiatres par exemple) et favoriser les échanges de pratiques professionnelles.

Dans cette perspective, le groupe de travail « personnes âgées »<sup>64</sup> s'est attaché à formaliser un cahier des charges d'une action-formation à destination des intervenants du domicile intitulée « repérage des troubles mentaux chez la personne âgée »<sup>65</sup>. Partant du constat que de nombreux professionnels sont confrontés à une part croissante de personnes âgées souffrant de troubles psychiques et/ou cognitifs non diagnostiqués ou pour lesquels aucun suivi n'est mis en place, l'objectif est de doter ces professionnels de connaissances mais aussi d'outils afin d'adapter leur posture professionnelle en fonction des troubles présentés par l'usager. Il est important de souligner que la bonne représentativité et le dynamisme des acteurs de la politique gérontologique au sein du groupe de travail « personnes âgées » du GCS a notamment permis de mobiliser des moyens de financement pour que cette formation voit le jour, en partenariat avec l'Union départementale des centres communaux d'action sociale de la Dordogne. En effet, l'ARS a fait le choix d'un accompagnement méthodologique au déploiement du GCS auprès des acteurs sans accorder de financement spécifique.

Si cette formation constitue une voie de progrès intéressante, il convient cependant de conserver une vigilance particulière à l'égard de certains points.

En premier lieu, il s'agit de garder à l'esprit que certaines personnes âgées isolées ne bénéficient pas de visites ou de services réguliers comme les services de soins infirmiers à domicile ou les auxiliaires de vie (aide-ménagère, portage de repas etc). L'enjeu posé par l'isolement de ces « invisibles » est double : outre une potentialité exacerbée de développer des troubles psychiques voire de graves pathologies mentales, il s'agit d'identifier les « personnes ressources » de proximité susceptibles de jouer le rôle de lanceur d'alerte en repérant l'apparition voire le développement de troubles. Si les proches et les aidants sont des maillons incontournables du repérage, beaucoup ne reçoivent que de ponctuelles visites, en raison de l'éloignement géographique fréquent des familles<sup>66</sup>. Toutefois, certaines catégories de professionnels peuvent constituer, de par leur proximité quotidienne avec les personnes âgées isolées, des appuis pertinents : les postiers par exemple<sup>67</sup>, les personnels de mairie<sup>68</sup> ou encore les pharmaciens<sup>69</sup>. Tout l'enjeu est donc d'étendre la formation impulsée par le GCS à ces professionnels, sous peine de n'atteindre que les

---

<sup>64</sup> Voir annexe 8 : composition du groupe de travail « personnes âgées » du GCS santé mentale de la Dordogne

<sup>65</sup> Voir annexe 9 : cahier des charges de l'action-formation du GCS santé mentale de la Dordogne

<sup>66</sup> Entretien avec Anne-Marie Conseil

<sup>67</sup> Entretien avec Violaine Veyriras, pilote de la MAIA du Nord Dordogne

<sup>68</sup> Entretien avec Hugues Delamare, pilote de la MAIA du Bergeracois

<sup>69</sup> Entretien avec Anne-Marie Conseil

personnes âgées qui s'inscrivent déjà dans le cadre d'une prise en charge, aussi minime soit-elle.

Si la formation proposée par le GCS répond à un véritable besoin des professionnels intervenant au domicile des personnes âgées, un travail important reste à faire concernant la transmission de cette information à un interlocuteur susceptible de relayer ce « primo-repérage ». En ce sens, deux priorités se dessinent : d'une part, un approfondissement de la formation des professionnels du domicile autour de ce travail de transmission<sup>70</sup>, qui ne fait pas nécessairement partie de leur culture professionnelle : hiérarchisation des informations à transmettre, distinction entre l'essentiel et l'anecdotique, respect du secret professionnel... D'autre part, une véritable interrogation subsiste quant à l'interlocuteur à contacter en cas de repérage de troubles psychiques, comme les acteurs l'ont exprimé au cours des entretiens réalisés. Dans cette perspective, la proposition d'une évaluation psycho-gériatrique émise par les trois projets de labellisation « parcours personnes âgées » de Dordogne constitue un outil incontournable pour une détection précoce des troubles psychiques à domicile, au plus près des besoins des territoires. Suite à l'appel à candidature lancé par l'ARS le 8 janvier 2015, trois territoires de Dordogne<sup>71</sup> (Nord Dordogne<sup>72</sup>, Grand Périgueux<sup>73</sup> et Bergeracois<sup>74</sup>) bénéficient de cette labellisation, qui s'inscrit dans le cadre de la Stratégie nationale de santé. Le but est « d'accorder une reconnaissance spécifique et une lisibilité des organisations et des coordinations d'acteurs qui favorisent le maintien à domicile des personnes âgées dans les meilleures conditions<sup>75</sup>. » Le diagnostic de ces trois territoires effectué par les co-porteurs au début de l'année 2015 a ainsi permis de faire émerger des fiches actions dont une spécifiquement dédiée au repérage global des fragilités de la personne âgée, dans lequel doit s'inscrire le repérage des troubles psychiques. Le travail des pilotes de MAIA est, en ce sens, fondamental. Rappelons que l'objectif de ces maisons pour l'autonomie et l'intégration des personnes atteintes d'Alzheimer<sup>76</sup>, désormais rebaptisées « méthodes d'action pour l'intégration des services d'aides et de soins dans le champ de l'autonomie », est de favoriser l'articulation des interventions du secteur social, médico-social et sanitaire autour de la personne âgée en risque de perte d'autonomie fonctionnelle et de ses aidants<sup>77</sup>. Ainsi, la MAIA se présente

---

<sup>70</sup> Entretien avec Anne-Marie Conseil

<sup>71</sup> Les trois projets sont coportés par des acteurs du sanitaire (dont un établissement de santé disposant d'une filière gériatrique), du médico-social, de la prévention, de l'ambulatoire, ainsi que les instances de coordination du territoire (MAIA, CLIC, réseau) conformément au cahier des charges de l'ARS Aquitaine

<sup>72</sup> Projet représenté par la MAIA du Nord Dordogne

<sup>73</sup> Projet représenté par la MAIA du Grand Périgueux

<sup>74</sup> Projet représenté par la MAIA du Bergeracois

<sup>75</sup> Conformément au cahier des charges de l'appel à candidature « labellisation parcours personnes âgées en Dordogne et en Gironde » de l'ARS Aquitaine, p.5-6

<sup>76</sup> Ce dispositif a fait l'objet d'une expérimentation prévue au titre de la mesure 4 du plan Alzheimer 2008-2012 entre 2009 et 2011, avant de se généraliser à l'ensemble du territoire.

<sup>77</sup> Conformément au décret n°2011-1210 du 29 septembre 2011 relatif au cahier des charges des maisons pour l'autonomie et l'intégration des malades d'Alzheimer, le public MAIA inclut désormais



comme un véritable outil de réduction des ruptures de parcours, ayant vocation à mettre en œuvre un processus d'intégration autour des personnes intervenant dans la prise en charge de la personne âgée en risque de perte d'autonomie à domicile, en repérant l'acteur le plus susceptible d'apporter une réponse adaptée et pertinente à la difficulté signalée.

On le voit, les outils pour promouvoir une meilleure détection des troubles psychiques de la personne âgée, et l'accès au diagnostic, sont nombreux. La Délégation territoriale (DT) de l'ARS a ici un véritable rôle à jouer en faisant le travail permanent d'articulation entre le projet GCS et le projet de labellisation des parcours personnes âgées. Plusieurs professionnels ont regretté, au cours des entretiens, que seule la MAIA du Bergeracois soit membre du groupe de travail « personnes âgées » du GCS santé mentale : cet état de fait s'explique par la difficulté de concilier la représentativité du territoire et des acteurs intervenant au titre de la prise en charge des personnes âgées avec la nécessité de garder un nombre restreint de participants pour plus d'efficacité.

L'idée est de favoriser la complémentarité entre les deux dispositifs : à cet égard, le rôle du GCS concernant l'organisation de la formation des professionnels doit se poursuivre, d'autant qu'une bonne dynamique sur la recherche de financement a été impulsée par les acteurs. En parallèle, le travail initié dans le cadre de la labellisation des parcours personnes âgées sur les aspects relatifs à la coordination doit bénéficier d'une grande visibilité auprès des membres du GCS, afin d'être relayé auprès des professionnels formés, pour leur permettre de connaître de manière claire et précise la marche à suivre et la personne ressource à contacter en cas de repérage.

### L'évaluation gériatrique à domicile, véritable outil au service du diagnostic des troubles psychiques de la personne âgée

Les problématiques spécifiques liées au grand âge (isolement, difficultés de déplacement) exacerbées dans un territoire rural tel que la Dordogne, implique de proposer des solutions adéquates permettant de réduire le fossé entre le domicile et l'institution. Il s'agit, comme déjà évoqué précédemment, d'aller à la rencontre de la personne âgée. La plupart des entretiens menés dans le cadre de ce mémoire mettent en lumière la difficulté de déplacer la personne âgée pour lui faire faire les tests adéquats. Outre une stigmatisation évidente, il convient de garder à l'esprit que certaines personnes peuvent être dans le déni de leur situation, d'autant plus que certains troubles psychiques concernent des

---

les personnes atteintes d'une maladie neuro-générative, et plus généralement « les personnes de plus de 60 ans en situation de perte d'autonomie fonctionnelle, quelle que soit la nature de leurs besoins. »

aidants<sup>78</sup> (conjoint.e d'une personne atteinte d'un syndrome démentiel en situation d'épuisement pouvant conduire à une dépression sévère par exemple). Toutefois, des leviers existent afin d'apporter des solutions permettant d'assurer un diagnostic adapté en fonction des besoins.

En s'appuyant sur le primo-repérage effectué par les professionnels intervenant au domicile que nous avons déjà évoqué, il s'agit dans un second temps d'organiser la venue à domicile d'un acteur susceptible de faire une première évaluation et d'adresser, le cas échéant, le patient à un spécialiste. L'intérêt de cette évaluation à domicile est de créer un lien avec la personne âgée, et d'instaurer une relation de confiance pour poser, le cas échéant, les jalons d'un suivi plus poussé. La mise en place d'une évaluation géronto-psychiatrique à domicile répondrait ainsi à un véritable besoin, tant des professionnels du domicile que des patients eux-mêmes. Comme le souligne Hugues Delamare, pilote de la MAIA du Bergeracois, il n'existe pas, pour le moment, d'interlocuteur identifié en cas de besoin d'une évaluation psychiatrique d'un patient âgé à domicile : *« l'acteur [...] qui aura fait cette analyse, ce repérage, il va falloir qu'il envoie quelqu'un pour une évaluation spécialisée. Aujourd'hui [...], s'il y a un problème psychiatrique, qui est ce qu'on envoie ? Personne. Donc tant qu'on n'aura pas cet acteur-là, on sera en difficulté »*<sup>79</sup>.

En premier lieu, il s'agit d'effectuer un travail d'identification de la personne susceptible de jouer ce rôle de canal de transmission, maillon incontournable d'un diagnostic qui s'inscrit dans une continuité d'interventions d'acteurs, en aval du primo-repérage du professionnel du domicile, et en amont d'un diagnostic spécialisé (psycho-gériatre, psychiatre, neurologue). Pour ce faire, il convient de garder à l'esprit la pluralité d'acteurs qui interviennent dans le champ de la prise en charge de la personne âgée à domicile : outre le personnel des services intervenant à domicile (infirmière coordinatrice de SSIAD, aides-soignants, etc) et les infirmières libérales, le gestionnaire de cas de la MAIA<sup>80</sup>, qui intervient sur les situations les plus complexes<sup>81</sup>, est aussi un acteur important. Toutefois, il est

---

<sup>78</sup> L'entretien avec Hugues Delamare, pilote de la MAIA du Bergeracois a permis de mettre en évidence l'augmentation du nombre d'aidants présentant eux-mêmes des troubles psychiques sur le territoire.

<sup>79</sup> Entretien avec Hugues Delamare, 16 septembre 2015

<sup>80</sup> Inspirée du modèle québécois, l'organisation des MAIA s'appuie sur trois piliers : les tables de concertation stratégique (espaces de collaboration réunissant les financeurs et les décideurs) et tables de concertation tactique (espaces de collaboration réunissant les acteurs locaux coresponsables), le guichet intégré (partage d'outils et d'informations entre les différents intervenants afin de fluidifier les parcours de soin) et la gestion de cas. Cette dernière repose sur la notion de « cas complexe »<sup>80</sup>, désignant la personne âgée de plus de 60 ans souffrant d'une perte d'autonomie très lourde à laquelle s'ajoute des problématiques de différente nature (sociales, familiales etc) nécessitant une réponse individualisée et adaptée.

<sup>81</sup> Trois critères discriminants ont été retenus par la CNSA afin de définir précisément la notion de cas complexe qui justifie l'intervention du gestionnaire de cas :

1. un maintien à domicile compromis en raison de problèmes d'autonomie fonctionnelle, décisionnelle et de problèmes médicaux,
2. les aides et soins mis en place sont inadaptés
3. personne dans l'entourage du patient n'est à même d'assurer la coordination des soins de manière intensive et dans la durée

important de rappeler que le gestionnaire de cas n'a pas la compétence médicale, psychiatrique et/ou gériatrique nécessaire pour réaliser cette évaluation à domicile<sup>82</sup>, ce qui plaide en faveur d'un professionnel suffisamment formé et légitime<sup>83</sup> pour se livrer à ce genre d'exercice.

Les projets de labellisation « parcours personnes âgées » contiennent des propositions intéressantes à ce sujet. Le projet porté par la MAIA du Nord Dordogne prévoit ainsi la possibilité de solliciter la consultation d'une infirmière à domicile, susceptible, le cas échéant, d'adresser le patient vers un spécialiste pour un diagnostic plus pointu (gériatre, psychiatre)<sup>84</sup>. De la même manière, le projet porté par la MAIA du Bergeracois propose dans sa fiche action n°8 une « évaluation gériatrique standardisée », potentiellement réalisée par une infirmière libérale rémunérée à ce titre par l'Assurance maladie. En effet, une rémunération de l'acte de ce diagnostic à domicile doit être pensée et prévue, à la hauteur du temps passé, au risque que le projet ne soit voué à l'échec dès le départ.

Par ailleurs, considérant que le médecin traitant constitue la pierre angulaire du parcours de soins conformément aux dispositions issues de la loi du 21 juillet 2009, la personne chargée de réaliser l'évaluation gériatrique à domicile doit revêtir une certaine légitimité auprès du médecin généraliste<sup>85</sup>, afin que la communication se passe dans les meilleures conditions possibles entre les deux professionnels de santé. De plus, il est important de garder à l'esprit que les patients ont confiance dans le jugement de leur médecin traitant : si celui-ci les redirige vers un spécialiste pour un diagnostic approfondi après avoir été contacté par l'infirmière chargée de faire une primo-évaluation, il est plus probable que le patient accepte l'idée de franchir la porte du cabinet d'un psycho-gériatre ou d'un psychiatre<sup>86</sup>. Toutefois, force est de constater que le médecin traitant est souvent démuné en termes de coordination de la prise en charge de patients tels que des patients âgés atteints de troubles psychiques, qui nécessitent généralement l'intervention de différents professionnels, issus de plusieurs secteurs (sanitaire, médico-social, social). L'idée est donc de proposer un appui à la coordination pour le médecin traitant, et notamment de poser les jalons d'une communication plus fluide entre les différents professionnels. En ce sens, la mise en place d'un dispositif d'appui aux professionnels de premier recours constitue une réponse intéressante.

---

<sup>82</sup> Entretien avec Hugues Delamare

<sup>83</sup> Le rôle du gestionnaire de cas est de coordonner, en collaboration étroite avec le médecin traitant, les différentes interventions des acteurs du parcours de soin de ces patients, grâce à l'élaboration d'un plan de service individualisé basé sur une évaluation multidimensionnelle de la situation du patient, conformément à l'arrêté du 16 novembre 2012 modifiant l'arrêté du 8 novembre 2012 fixant les référentiels d'activités et de compétences pour exercer le rôle et les missions du gestionnaire de cas dans les maisons pour l'autonomie et l'intégration des malades d'Alzheimer

<sup>84</sup> Voir annexe 10 : schéma de la coordination territoriale d'appui issue du projet de labellisation du parcours personnes âgées du Nord Dordogne. Projet présenté par les co-porteurs à la délégation territoriale de Dordogne de l'ARS Aquitaine le 15 décembre 2015

<sup>85</sup> Entretien avec Anne-Marie Conseil

<sup>86</sup> Entretien avec Hugues Delamare

## **L'opportunité d'une fonction d'appui à la coordination pour les professionnels de premier recours, et en particulier du médecin généraliste**

Le paysage institutionnel de la prise en charge des personnes âgées se caractérise par une multitude de structures et d'acteurs, ce qui semble fortement compromettre la lisibilité du système pour les patients et leurs familles, mais également pour les professionnels de premier recours<sup>87</sup> (et en particulier le médecin traitant). Aux dispositifs dédiés à la coordination (CLIC, MAIA, CLS, réseaux) s'ajoutent des interventions d'acteurs (assistante sociale de secteur, infirmière, SSIAD, médecin traitant) issus de secteurs différents (médico-social, sanitaire, social), créant ainsi un terreau fertile à l'apparition de fragmentations et de ruptures dans les parcours de soins.

Une fonction d'appui efficace passe par une clarification du paysage institutionnel de la coordination des parcours, et notamment des parcours complexes. En effet, la coordination s'avère chronophage pour le médecin traitant, et ne fait pas véritablement l'objet d'une rémunération, même si les choses sont progressivement en train de changer avec la mise en place des NMR (nouveaux modes de rémunération) permettant de rémunérer des actes de coordination ou des actions de santé publique.

### La pertinence du dispositif d'appui au médecin traitant

La difficulté de poser le bon diagnostic d'une personne âgée présentant des troubles psychiques que nous avons déjà évoquée (formes multiples de la dépression, comportements similaires entre des patients atteints de troubles neurologiques et des patients souffrant de troubles psychiques) implique de pouvoir apporter au médecin généraliste un appui spécifique, tant d'un point de vue clinique (expertise gériatrique, expertise neurologique et/ou psychiatre) que d'un point de vue administratif dans l'organisation du parcours du patient âgé (suivi médico-social, social...). Comme le rappelle le Dr Demoures, il faut chercher à mettre en place un « diagnostic médico-psycho-social <sup>88</sup>» en favorisant au maximum les regards croisés : le diagnostic implique donc, outre l'aspect clinique, un bilan de la situation de la personne âgée de manière globale tant d'un point de vue familial (capacité de l'entourage familial à assurer le suivi de la coordination de la prise en charge), juridique (nécessité ou non d'une mesure juridique au regard de la gravité des troubles du patient) que médico-social (pertinence de la mise en place d'un service d'aide à domicile etc) et sanitaire (évaluation du suivi nécessaire en fonction du diagnostic posé). En cela, le parcours de la personne âgée présentant des troubles psychiques répond à la

---

<sup>87</sup> La loi du 21 juillet 2009 définit les professionnels de premier recours : les médecins généralistes, les dentistes, les kinésithérapeutes, les infirmiers et les pharmaciens

<sup>88</sup> Entretien avec le Dr Demoures

notion de « parcours complexe », défini dans le projet de loi de modernisation de notre système de santé<sup>89</sup>, comme un parcours nécessitant l'intervention de plusieurs catégories de professionnels sociaux, sanitaires et médico-sociaux en raison de l'état de santé, du handicap ou de la situation sociale du patient. De fait, le médecin traitant peut se trouver relativement démuné dans la coordination de ce type de parcours, ce qui plaide en faveur d'un appui à la coordination des soins. Le médecin traitant doit rester le pivot du parcours de la personne âgée présentant des troubles psychiques dans la mesure où la loi du 21 juillet 2009 le positionne comme la porte d'entrée dans le système de santé, le rendant ainsi responsable de l'orientation du patient dans le secteur sanitaire et le secteur médico-sociale, de la coordination des soins, de la synthèse des informations transmises par les professionnels de santé, mais aussi de la prévention et du dépistage.

De nombreux acteurs (réseaux de santé, Clic, Maia, CCAS, Ssiad) sont impliqués dans la coordination de l'aide et des soins aux patients en situation complexe. Mais leurs interventions, pilotées et financées par des institutions diverses, sont souvent cloisonnées, redondantes et peu lisibles. Il s'agit donc d'amener ces différents acteurs à adopter un mode d'organisation intégré permettant d'offrir un service global, cohérent et facilement identifiable par les professionnels de santé et les usagers du territoire. Le projet de loi de modernisation de notre système de santé prévoit donc la mise en place de la coordination territoriale d'appui, dans une logique de proximité pour répondre au plus près aux besoins des territoires et des patients. En d'autres termes, il s'agit de doter les professionnels de premier recours d'outils partagés afin de favoriser une prise en charge concertée et décloisonnée. Dans cette perspective, l'ARS Aquitaine promeut, conformément à l'objectif 3. 4 du SROS aquitaine 2012-2016, le déploiement des dispositifs territoriaux d'appui aux médecins traitants, en cohérence avec les autres réformes existantes, et notamment la labellisation des parcours « personnes âgées » qui contiennent un projet de mise en place d'un tel dispositif d'appui.

Ce dispositif constitue une véritable opportunité d'améliorer le repérage des troubles psychiques chez la personne âgée et d'organiser une chaîne de responsabilités partagées dans la détermination du diagnostic, en particulier au domicile. En effet, la coordination territoriale d'appui formalise la transmission d'information d'un acteur préalablement identifié à l'autre. Plus encore, elle rend possible la mise en œuvre d'un plan personnalisé de santé en collaboration avec l'ensemble des parties prenantes. De plus, elle répond à la nécessité de développer une approche territorialisée par la mise en œuvre d'un dispositif territorial adapté aux réalités locales. L'idée est de promouvoir davantage de clarté et de

---

<sup>89</sup> Adopté définitivement par l'Assemblée nationale le 17 décembre 2015, le texte a fait cependant l'objet d'une saisine du Conseil constitutionnel par au moins 60 députés et 60 sénateurs le 21 décembre 2015.

lisibilité en réfléchissant de manière concrète à une gouvernance simplifiée. Le rôle de la DT est en ce sens fondamental.

Une dynamique territoriale inégale en termes de dispositifs territoriaux d'appui à la coordination en Dordogne impliquant une réponse adaptée de la part de la Délégation départementale de l'ARS

En Dordogne, le déploiement de ces dispositifs s'appuie sur trois MAIA opérationnelles<sup>90</sup> : la MAIA du Grand Périgueux, la MAIA du Nord Dordogne et la MAIA du Bergeracois. Le maillage territorial en dispositifs territoriaux d'appui s'avère ainsi particulièrement dense dans un axe Nord/Sud du territoire de santé, avec des territoires moins dotés aux extrémités ouest et est. Toutefois, la MAIA du Ribéracois, déployée en 2015 constitue une première réponse à cette faiblesse territoriale.

Par ailleurs, le territoire de santé de la Dordogne est couvert par cinq centres locaux d'information et de coordination gérontologiques (CLIC) dont le financement relève de la compétence du Conseil départemental, qui ne coïncident pas exactement avec les territoires de proximité définis par l'ARS. Rappelons que la création des centres locaux de coordination et d'information gérontologiques, au début des années 2000<sup>91</sup> s'est justifiée par la nécessité de promouvoir davantage de cohérence dans la prise en charge des personnes âgées de plus de 60 ans, notamment dans le but de résoudre efficacement les situations complexes liées à une perte d'autonomie et à l'apparition des premières difficultés liées à la dépendance. Accueil, information, orientation et conseil, les missions des CLIC sont multiples, et s'additionnent en fonction du label qui leur a été attribué<sup>92</sup>. En Dordogne, le choix a été fait de doter le territoire de 5 CLIC labellisés de niveau II. Le Conseil départemental de la Dordogne a en effet tenu à conserver ses prérogatives relatives à l'évaluation de la dépendance en envoyant ses propres équipes d'évaluateurs sur le terrain.

---

<sup>90</sup> Voir l'annexe 6, cartographie des dispositifs territoriaux d'appui en Dordogne

<sup>91</sup> Inscrits dans la loi n° 2001-647 du 20 juillet 2001 relative à la prise en charge de la perte d'autonomie des personnes âgées et à l'allocation personnalisée d'autonomie, les CLIC ont vu leurs périmètres d'intervention définis par la circulaire DAS-RV 2 n° 2000-310 du 6 juin 2000 relative aux centres locaux d'information et de coordination

<sup>92</sup> Ainsi, les CLIC de niveau I sont chargés d'informer et d'orienter les personnes âgées dans leurs démarches. Les CLIC dits de niveau II sont en plus missionnés sur l'évaluation des besoins des personnes et l'élaboration d'un plan d'accompagnement. Enfin, les CLIC de niveau III constituent la forme la plus aboutie du dispositif, en établissant un plan d'aide et en assurant son suivi, tout en coordonnant les interventions de chacun pour asseoir une cohérence globale

Par ailleurs, le territoire de santé est doté d'un réseau polyvalent à vocation départementale et un réseau gérontologique<sup>93</sup> situé au sud-ouest du département<sup>94</sup>, le réseau gérontologique<sup>95</sup> de Bessède.

Ce dynamisme territorial inégal en termes de dispositifs de coordination implique, de la part de l'ARS, une réponse à deux niveaux dans la mise en œuvre du dispositif territorial d'appui. D'une part, dans les territoires de proximité dynamiques (Nord Dordogne, Grand Périgueux et Bergeracois), il s'agit d'impulser une intégration de l'ensemble des acteurs existants dans une plateforme unique au sein de laquelle les prérogatives et l'articulation des compétences de chacun sont clairement identifiées. Une réflexion sur la gouvernance doit ainsi être encouragée, dans le cadre d'une démarche partenariale menée avec le Conseil départemental, notamment sur la question des compétences partagées entre l'ARS et le département : la première finance la MAIA, le second finance les CLIC et l'APA. Il convient également de garder à l'esprit l'hétérogénéité des modes organisationnels et de portage des différents dispositifs à l'échelle du territoire de santé de la Dordogne.

L'intégration semble la plus aboutie dans le territoire du Nord Dordogne. En effet, avant même la réflexion engagée dans le cadre de la mise en place de la coordination territoriale d'appui, une porte d'entrée unique pour la coordination a été mise en place via l'association Point Virgule-CLIC Nord Dordogne, qui s'est engagée à œuvrer en faveur de la coordination avec les actions mises en place par le CLS Nord Dordogne. Cette association, créée en 2003 pour porter le CLIC a également reçu l'autorisation en juillet 2014 de porter la MAIA du Nord Dordogne. De plus, les locaux partagés à Thiviers avec le CLS Nord Dordogne permettent de favoriser un travail collectif et coordonné<sup>96</sup>. Fort de ce premier travail de simplification, le projet de coordination territoriale d'appui dans le cadre de la labellisation parcours « personnes âgées » du Nord Dordogne constitue une opportunité de poser les jalons d'une gouvernance simplifiée et davantage lisible, tant pour les usagers et leurs familles que pour les professionnels de santé et les établissements, à travers trois instances : le conseil territorial de santé à l'échelle du territoire de santé conformément au projet de loi de modernisation de notre système de santé, le comité de concertation professionnel (réunissant trois fois par an les professionnels de santé, les usagers et les établissements), et le conseil local de santé ouvert à la population du territoire de proximité. Concernant le territoire de proximité du Bergeracois, il est à noter qu'une dynamique de coordination et de rapprochement entre les acteurs et les institutions (CLIC, MAIA, CH de

---

<sup>93</sup> Issus de la loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé, les réseaux de santé ont été promus en tant que principaux outils de la coordination.

<sup>94</sup> Voir annexe 4, cartographie des dispositifs territoriaux d'appui en Dordogne

<sup>95</sup> Les réseaux gérontologiques regroupent les acteurs intervenant dans le cadre de la prise en charge de la personne âgée dépendante : professionnels de santé libéraux et médicaux et paramédicaux, une assistante sociale, un SSIAD et un centre hospitalier, afin d'articuler les interventions dans le cadre d'une prise en charge sanitaire, sociale et médico-sociale coordonnée.

<sup>96</sup> Entretien avec Mme Conseil

Bergerac, EHPAD de la Madeleine) existe depuis plusieurs années. Si l'EHPAD de la Madeleine a été retenu comme porteur de la MAIA en 2011, cela n'a pas empêché la mise en place d'une collaboration étroite au niveau territorial. Le pilote de la MAIA a été recruté par l'EHPAD et les gestionnaires de cas ont été mis à disposition des autres partenaires (le CH et le CLIC). Par ailleurs, la coordinatrice du CLIC de l'époque a été recrutée en tant que gestionnaire de cas tout en gardant 10% de son temps au CLIC, et l'assistante de la MAIA travaille deux demi-journées par semaine au CLIC, ce qui a permis de rapprocher naturellement les deux structures par des salariés communs.

D'autre part, une réponse spécifique doit être apportée dans les territoires moins dynamiques en s'appuyant sur les compétences des acteurs déjà présents (Ssiad, CCAS) conformément aux recommandations régionales. Concernant le territoire de proximité du Périgord noir, un projet est en cours de réflexion à la DT pour la mise en place d'une plateforme territoriale d'appui afin d'étoffer la coordination et relancer la dynamique territoriale. Dans cette perspective, le CLIC du Périgord noir constitue un atout, tout comme la présence de nombreux SSIAD et Centres Intercommunaux d'actions sociale (CIAS). De plus, il convient de mettre en lumière l'existence de trois centres hospitaliers (Belvès, Domme et Sarlat), ainsi que des 14 EHPAD au sein de ce territoire de proximité, qui constituent d'ores et déjà des maillons indispensables d'un parcours de soins coordonné pour la personne âgée atteinte de troubles psychiques.

On le voit, une réflexion sur le parcours de santé des personnes âgées atteintes de troubles psychiques ne saurait se passer d'un véritable travail d'articulation entre les nombreuses innovations et dispositifs promus par le législateur concernant la prise en charge des seniors de manière globale. La plus-value de la DT réside donc bel et bien dans l'organisation d'une cohérence territoriale globale permettant de faire entrer en synergie l'ensemble des projets relatifs au champ de la personne âgée, sous peine de recréer des sédimentations entre les acteurs et/ou les secteurs, alors même que la diminution des ruptures de prise en charge constitue un impératif de premier ordre.

Le nécessaire développement d'outils au service d'une meilleure communication  
entre professionnels de soins

La loi du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie avait prévu que chaque patient serait doté d'un dossier médical personnel (DMP). 12 ans après, le retard du DMP (en 2012, seulement 260 000 dossiers étaient ouverts<sup>97</sup>) constitue un obstacle à une bonne

---

<sup>97</sup> D'après le rapport de la Cour des comptes, tome II du rapport annuel 2013, *Les télé-services publics de santé : un pilotage toujours insuffisant*



information des professionnels intervenant dans la prise en charge du patient, clé de voute d'un parcours de santé fluide et sans rupture. En effet, chaque bénéficiaire de l'assurance maladie devait être titulaire d'un DMP, « constitué de l'ensemble des données de santé à caractère personnel, recueillies ou produites à l'occasion des activités de prévention, de diagnostic ou de soins..., et notamment des informations qui permettent le suivi des actes et des prestations de soins » conformément à l'article 3. En ce sens, cet outil se présentait comme le dispositif central d'un parcours coordonné par le médecin traitant, permettant d'éviter les redondances de soins et de savoir exactement de quels actes avait bénéficié le patient. Or, on constate aujourd'hui un manque d'informations entre professionnels de soins, vecteur d'un cloisonnement des prises en charge. Par exemple, les médecins traitants n'ont que très peu de retours sur la prise en charge de leurs patients une fois que ceux-ci entrent à l'hôpital<sup>98</sup>. Pour pallier ces manques, des outils existent et commencent à être utilisés en Dordogne. L'objectif est d'aboutir *in fine* à un véritable système d'informations partagé. Le travail initié au sein des différentes MAIA pour faciliter ce partage d'informations mérite d'être souligné. A titre d'exemple, la MAIA de Périgueux a mis en place la « mémoclé », sorte de carnet de soins numérique qui se présente comme un bracelet souple doté d'une clé USB. Ainsi, les professionnels de soins qui auraient à intervenir en urgence auprès du patient porteur de cette clé sauront très facilement et rapidement les personnes à contacter et les protocoles de soins dont il a déjà bénéficié. Si cette mémoclé s'adresse aux personnes atteintes d'une MAMA, ou d'affections pouvant provoquer des états de malaise, de chocs ou d'inconscience, elle constitue une avancée intéressante dans la réflexion sur la fluidité du parcours de la personne âgée atteinte de troubles psychiques, notamment dans la perspective d'une amélioration du lien hôpital/domicile ou hôpital/institution.

Par ailleurs, l'outil « PAACO » permettant le partage d'informations entre les professionnels intervenant dans le parcours de santé du patient, dans le respect du secret médical constitue une autre perspective intéressante. Cette « plateforme Aquitaine d'aide à la communication santé » est une plateforme régionale qui offre de nombreuses fonctionnalités telles qu'un chat sécurisé entre professionnels, un agenda multi-vues, des annuaires, des fiches métiers. Il peut par ailleurs être utilisé par les professionnels en mobilité via des smartphones ou des tablettes. Cet outil, qui sera généralisé au second semestre 2016 dans l'ensemble des MAIA de la Dordogne, s'inscrit dans la continuité de l'appel à projet national « territoire de santé numérique », pour lequel l'ARS Aquitaine fait partie des 5 ARS retenues pour une première expérimentation dans le territoire des Landes. Il s'agit concrètement de mettre à disposition des patients et des professionnels un bouquet de services accessibles par téléphone ou via Internet. Toutefois, il convient de garder à l'esprit certains points de vigilance. En premier lieu, PAACO est un outil de partage

---

<sup>98</sup> Entretien avec Hugues Delamare

d'informations intéressant, mais il lui manque la dimension –essentielle-, de l'évaluation multidimensionnelle. En d'autres termes, l'enjeu désormais est de permettre le partage d'un outil commun d'évaluation pour tous les acteurs<sup>99</sup> qui interviennent à ce titre (gestionnaire de cas, médecin traitant, équipes d'évaluation des caisses de retraite, du conseil départemental etc).

Dans le cadre de l'expérimentation PAERPA menée à l'échelle de la ville de Bordeaux, un certain nombre d'outils ont été mis en place, tels que par exemple l'installation d'une ligne directe à destination du médecin traitant, afin de lui permettre de bénéficier de l'expertise d'un gériatre de l'hôpital. Outre un outil constituant un appui au diagnostic, cette ligne directe permet de faciliter la communication entre la médecine de ville et l'hôpital, évitant ainsi les hospitalisations en urgence. Toutefois, les entretiens menés dans le cadre de ce mémoire ont mis en lumière le manque de connaissance de ce dispositif par les acteurs de terrain, alors même qu'il constitue une piste de réflexion intéressante et inspirante.

Le GCS santé mentale constitue également une véritable opportunité de mettre l'ensemble des acteurs du territoire autour de la table, de mieux se connaître et d'améliorer de manière générale la visibilité des missions de chacun. Sa plus-value réside dans sa vocation départementale, mais aussi dans la diversité du statut de ses membres signataires (5 établissements publics, 5 établissements privés). Ce besoin de meilleure connaissance de l'offre territoriale, tant des acteurs que des usagers, a été souligné à plusieurs reprises lors des entretiens comme la condition *sine qua non* d'une fluidification des parcours des personnes âgées souffrant de troubles psychiques.

---

<sup>99</sup> Entretien avec Hugues Delamare

### **3 Le rôle de l'ARS dans l'animation des dispositifs innovants au service de la qualité de la prise en charge des troubles psychiques de la personne âgée**

Le rôle de l'ARS est essentiel pour encourager une meilleure adéquation de l'offre aux besoins des personnes âgées en Dordogne, en prenant en compte la forte prévalence des troubles psychiques au sein de cette population. Un des premiers leviers réside dans une évolution du rôle de l'hôpital qui doit favoriser un décloisonnement entre la psychiatrie et la gériatrie, mais également entre le domicile ou la structure médico-sociale en permettant d'éventuels « allers-retours » dans le cadre d'un parcours fluide et coordonné. En cela, l'équipe mobile géronto-psychiatrique, complémentaire de l'équipe mobile gériatrique, constitue un outil incontournable, d'autant plus qu'une réflexion collective a été initiée dans ce sens dans le cadre du groupement hospitalier de territoire de la Dordogne. Par ailleurs, il s'agit de réduire les inégalités d'accès aux soins, par la promotion de dispositifs innovants tels que les maisons de santé pluridisciplinaires pouvant accueillir des spécialistes (psycho-gérialtres, géronto-psychiatres) dans le cadre de consultations avancées, mais aussi d'encourager le déploiement cohérent des conseils locaux de santé mentale au regard des autres dispositifs pour que ceux-ci soient vecteurs d'une réduction des troubles psychiques des personnes âgées.

#### **Repenser le rôle de l'hôpital en matière de géronto-psychiatrie**

L'enjeu est de renforcer les maillons de la filière gériatrique notamment en révisant le rôle de l'hôpital. Conformément aux orientations nationales et au PRS aquitain, l'objectif est d'encourager des actions « hors les murs » de la part de l'hôpital, et de mettre fin au cloisonnement persistant entre la médecine de ville et le secteur hospitalier. Dans cette perspective, le déploiement d'une équipe mobile géronto-psychiatrique semble être un outil incontournable. Une meilleure adéquation de l'offre géronto-psychiatrique prenant en compte les évolutions démographiques du territoire de santé de la Dordogne passe par ailleurs par une réorganisation de l'offre impulsée par l'ARS dans le cadre du groupement hospitalier de territoire (GHT) qui unit les treize établissements publics de santé de Dordogne autour d'un projet médical unique.

## Les bénéfices attendus de l'équipe mobile géro-psycho-psychiatrique

Comme nous l'avons déjà évoqué, l'enjeu d'une prise en charge de qualité des problèmes psychiques des personnes âgées se situe à deux niveaux. En amont de l'hospitalisation, il s'agit de favoriser un repérage et un diagnostic adéquat des personnes à domicile, avant de mettre en place un suivi en ambulatoire coordonné permettant d'éviter au maximum le recours à l'hospitalisation. En aval de l'hospitalisation, l'objectif est de fluidifier davantage la sortie de l'hôpital vers le domicile ou une structure médico-sociale (EHPAD par exemple). Face à cet impératif, le recours à une équipe mobile de psycho-gérontologie se présente comme un outil incontournable. Rappelons que le développement des équipes mobiles « internes » aux établissements hospitaliers a été fortement encouragé par les pouvoirs publics depuis une dizaine d'années. La circulaire du 18 mars 2002 relative à l'amélioration de la filière gériatrique préconisait initialement la mise en place d'une équipe mobile gériatrique interne à l'établissement, chargée d'apporter un éclairage gériatrique dans les différents services, et notamment aux urgences, mais aussi d'organiser la sortie de l'hospitalisation. Par la suite, la circulaire du 28 mars 2007 a ajouté l'obligation pour la filière gériatrique de faire bénéficier les patients et les équipes soignantes de l'avis gériatrique d'une équipe mobile, dès lors que le service d'hospitalisation ne comporte pas de compétence gériatrique en son sein. Aujourd'hui, outre un appui aux établissements hospitaliers, mais aussi médico-sociaux, l'intérêt de l'équipe mobile est aussi d'encourager des actions « hors les murs » des structures hospitalières, et notamment au domicile de la personne âgée.

Il est important de souligner qu'une équipe mobile psycho-gériatrique existe déjà en Dordogne : composée de professionnels du Verger des balans, elle intervient au sein des établissements des territoires de proximité du grand Périgueux et d'une partie du Nord Dordogne. Elle existe depuis 10 ans mais ne bénéficie pas de financements de la part de l'ARS. L'intérêt de cette équipe mobile est d'apporter un appui au diagnostic auprès des professionnels des structures médico-sociales, qui peuvent présenter des signes d'épuisement face aux problèmes comportementaux de certains résidents : la forte prévalence d'usagers souffrant de syndromes démentiels<sup>100</sup> peut générer un sentiment d'impuissance des équipes. Par ailleurs, les conclusions du groupe de travail « santé mentale » du GHT de Dordogne mettent en lumière les demandes croissantes d'interventions au titre de la psychiatrie de liaison auprès des équipes professionnelles des structures médico-sociales : à titre d'exemple, l'équipe de psychiatrie de liaison du secteur des « deux vallées » intervient auprès d'une vingtaine d'établissements médico-sociaux

---

<sup>100</sup> D'après le rapport établi par le groupe de travail « santé mentale » du GHT de Dordogne, dans la moitié des établissements médico-sociaux, la part des personnes souffrant de démences s'élève à plus de 70% des résidents accueillis (p. 15)

prenant en charge des personnes âgées<sup>101</sup>. On le voit, des besoins précis ont donc été identifiés par les acteurs de terrain.

Aussi, le centre hospitalier spécialisé Vauclaire avait pour projet la création d'une équipe mobile de géro-psycho-geriatrie intervenant sur le secteur de psychiatrie « les deux vallées » et de Bergerac. L'idée initiale était de favoriser au maximum le maintien à domicile des personnes âgées souffrant de pathologies psychiatriques liées au vieillissement, par une dynamique de prévention et détection précoce des troubles. Les modalités d'intervention étaient prévues soit directement au domicile de la personne âgée à la demande d'un professionnel, soit à la demande des professionnels des structures prenant en charge des personnes âgées, comme par exemple en EHPAD. Au titre des travaux engagés dans le cadre du Groupement hospitalier de territoire de la Dordogne (GHT), ce projet a servi de trame aux membres du groupe « santé mentale et lutte contre les addictions » piloté par le CH Vauclaire qui a ainsi proposé la création d'une équipe mobile de géro-psycho-geriatrie multidisciplinaire (psychiatre, infirmier, psychologue, assistante sociale) à vocation départementale.

Dans la perspective de la mise en place d'une telle équipe, tout l'enjeu résiderait dans son articulation avec les équipes mobiles gériatriques préexistantes, conformément aux recommandations de la circulaire DHOS/02/2007/176 du 30 avril 2007 relative à la prise en charge des troubles psychiatriques des personnes âgées, et du SROS d'Aquitaine. En effet, un travail collectif et concerté entre d'une part l'équipe mobile de gériatrie (gérées par les gériatres) du CH de Périgueux et d'autre part l'équipe mobile de géro-psycho-geriatrie (composée de psychiatres spécialisés dans la prise en charge de la personne âgée, ou de psycho-gériatre ayant acquis une compétence dans le domaine de la psychiatrie du patient âgé) serait un vecteur de décloisonnement entre la psychiatrie et la gériatrie<sup>102</sup>. Ainsi, l'équipe mobile géro-psycho-geriatrie constituerait une réponse à la pénurie de psychiatres et de gériatres à l'échelle du territoire, en améliorant l'accès aux soins et à un diagnostic pour les patients.

Par ailleurs, le projet d'équipe mobile géro-psycho-geriatrie doit nécessairement s'inscrire dans la continuité du dispositif mis en place dans le cadre de la labellisation des parcours « personnes âgées » de Dordogne. Les professionnels spécialisés de l'équipe mobile constituent les maillons d'une chaîne de professionnels permettant de favoriser l'accès à un diagnostic pour les personnes âgées à domicile, évitant ainsi une hospitalisation en cas de crise, c'est-à-dire sans repérage en amont. Suite à un premier repérage effectué par un auxiliaire de vie formé dans le cadre du GCS santé mentale, une infirmière se déplace à domicile afin d'effectuer une évaluation de la situation psychique du patient, et signale éventuellement la situation au médecin traitant. Ce dernier pourra ensuite solliciter via le

---

<sup>101</sup> D'après le rapport établi par le groupe de travail « santé mentale » du GHT de Dordogne, p. 15

<sup>102</sup> Entretien avec le Dr Jamet

dispositif territorial d'appui (numéro de téléphone unique) l'expertise de l'équipe mobile qui se déplace auprès de la personne âgée et établit un diagnostic, en lien avec le médecin traitant. La mobilité de l'équipe permet ainsi de résoudre les difficultés de déplacement des personnes âgées et répond à la nécessité précédemment évoquée d'aller à la rencontre de la personne dans son lieu de vie. Si une hospitalisation est nécessaire, ce premier lien établi avec le médecin traitant permet de poser les jalons d'une communication plus fluide entre les professionnels intervenant dans la prise en charge.

Par ailleurs, concernant les personnes âgées prises en charge en établissement, les modalités d'articulation entre l'EHPAD et l'équipe mobile doivent s'inscrire dans un partenariat formalisé, par le biais d'une convention par exemple, afin de permettre de véritables allers/retours entre la structure d'hébergement et l'hospitalisation en cas de crise<sup>103</sup>. De nombreux professionnels interrogés dans le cadre de ce mémoire ont mis en lumière le problème d'engorgement des services hospitaliers par des personnes âgées qui n'avaient aucune raison de s'y trouver, faute de places disponibles en établissement médico-social<sup>104</sup>. Cela peut notamment s'expliquer par la frilosité des directeurs de ces structures, qui craignent que le résident ne puisse être ré-hospitalisé en cas de crise. Au regard du coût engendré par une journée d'hospitalisation, et des dommages que cela peut causer sur l'état de santé d'une personne âgée déjà fragilisée par des troubles psychiques, il s'agit de proposer des solutions viables pour organiser la sortie de l'hospitalisation de ces patients vers une prise en charge plus adaptée.

A cet égard, l'équipe mobile serait une véritable réponse, en permettant de fluidifier la sortie de l'hôpital, notamment vers des structures d'hébergement type EHPAD, et d'améliorer véritablement la prise en charge des personnes âgées atteintes de troubles psychiques en permettant aux directeurs d'établissement d'avoir un référent à contacter en cas de crise d'un de leurs résidents.

Ainsi, on le voit, l'intérêt de l'équipe mobile géro-psycho-geriatrique est double. D'une part elle permet d'apporter un soutien au diagnostic et une expertise au sein des structures médico-sociales au sein desquelles nombre d'usagers sont atteints de troubles non diagnostiqués. En cela, la pluridisciplinarité de l'équipe mobile constitue une véritable valeur ajoutée en agissant au plus près des besoins, pour les personnes âgées en établissement. D'autre part, une équipe mobile géro-psycho-geriatrique composée de professionnels issus de l'hôpital permettrait de formaliser les liens entre l'hôpital et le domicile ou l'établissement en aval de l'hospitalisation.

---

<sup>103</sup> Entretien avec Philippe Laporte

<sup>104</sup> Une étude réalisée par le pilote de la MAIA du Bergeracois a estimé à 6 personnes sur 14 soit près de 43% le nombre de personnes âgées hospitalisées à l'UPG de Bergerac qui n'avaient aucune raison médicale d'y être

## Le Groupement hospitalier de territoire de la Dordogne, vecteur d'une amélioration de l'offre de soins géro-psycho-psychiatrique

La nécessité de recomposer l'offre psychiatrique pour prendre davantage en compte l'évolution démographique et les besoins des personnes âgées du territoire de santé de la Dordogne a été mise en avant par les acteurs de terrain, et notamment par le groupe de travail « santé mentale et lutte contre les addictions » du groupement hospitalier de territoire de Dordogne<sup>105</sup> dont la convention constitutive a été signée le 4 septembre 2015. Le GHT constitue une opportunité pour réorganiser l'offre psychiatrique, et notamment géro-psycho-psychiatrique de la Dordogne, puisque les 13 centres hospitaliers du territoire de santé partagent, dans ce cadre, un projet médical unique. Le GHT de Dordogne permet de poser les jalons d'une véritable réflexion partagée sur la structuration des filières de soin, et notamment de la filière gériatrique et psycho-gériatrique. Par ailleurs, il s'agit de proposer une réorganisation de l'offre psychiatrique sur le territoire. En effet, rappelons que le territoire de santé de la Dordogne se caractérise par la présence concomitante sur le territoire de plusieurs CH titulaires<sup>106</sup> de l'autorisation en psychiatrie. Dans de nombreux autres territoires de santé, il n'existe pourtant qu'un seul établissement spécialisé titulaire de l'autorisation, comme par exemple dans le Lot et Garonne ou en Béarn. Cela permettrait de créer une dynamique en termes de psychiatrie, par le biais de consultations et d'unités spécialisées, et d'améliorer également l'attractivité du territoire de la Dordogne pour les psychiatres, avec un centre hospitalier spécialisé référent au niveau territorial<sup>107</sup>. La psychiatrie, en Dordogne, souffre également d'un manque de lisibilité dans la mesure où la sectorisation de la psychiatrie infanto-juvénile ne recoupe pas celle de la psychiatrie adulte, et que l'agglomération de Périgueux est partagée entre le CH de Périgueux et le CHS Vauclaire. Une première voie de progrès a cependant été esquissée avec la création d'une unité en addictologie du CHS Vauclaire au CH de Périgueux.

L'ARS a ici un rôle important à jouer en tant qu'appui aux acteurs de la psychiatrie chargés de réfléchir à cette recomposition de l'offre. Les entretiens menés dans le cadre de ce mémoire ont mis au jour la difficulté pour les acteurs de mener l'ensemble des projets de front, en particulier pour le CHS Vauclaire, à la fois membre du CLS du Bergeracois, pilote du GCS santé mentale, et missionné par l'ARS pour réfléchir à des scénarii sur la

---

<sup>105</sup> Le groupement hospitalier de territoire prévu dans le projet de loi de modernisation de notre système de santé succède à la communauté hospitalière de territoire, innovation issue de la loi HPST du 21 juillet 2009. La finalité reste la même : permettre une stratégie commune entre les centres hospitaliers d'un territoire afin de mutualiser les moyens et de renforcer la cohérence de l'offre hospitalière, via un projet médical territorial

<sup>106</sup> Trois CH font ainsi de la psychiatrie en Dordogne : le CH de Périgueux, le CH de Sarlat et le CH Vauclaire de Montpon-Ménéstérol

<sup>107</sup> Entretien avec Philippe Laporte

réorganisation de l'offre psychiatrique conformément aux préconisations issues de la mission d'inspection diligentée en 2014, en partenariat avec le CH de Périgueux<sup>108</sup>.

En outre, le respect d'une cohérence territoriale globale avec les autres projets du territoire se doit d'être assuré, par une vigilance particulière de l'ARS concernant le projet médical du GHT. A ce titre, la proposition de mise en place d'une équipe de repérage des fragilités de la personne âgée et d'évaluation précoce portée par l'hôpital a été réorientée par l'ARS, afin de ne pas désinvestir le médecin traitant de ses prérogatives, mais aussi de permettre à l'hôpital de s'inscrire en cohérence avec la dynamique portée par la labellisation du parcours personnes âgées au niveau du Grand Périgueux, ce qui est facilité par le fait que le CH de Périgueux est l'un des porteurs du projet.

### **Le renforcement de l'attractivité du territoire de la Dordogne au service d'une réduction des inégalités d'accès aux soins pour les personnes âgées atteintes de troubles psychiques**

Une meilleure prise en charge des troubles psychiques chez la personne âgée passe aussi par l'animation des outils innovants dont dispose l'ARS. Les maisons de santé pluridisciplinaires, vecteurs d'une diffusion des nouveaux modes d'exercice de la médecine, davantage collectives et décloisonnées, permettent aussi de faciliter la venue de spécialistes, gériatres et psychiatres, en consultations avancées, c'est-à-dire au plus près des besoins des territoires. La perspective d'un GCS santé mentale « employeur » de professionnels rares constitue également une piste intéressante pour pallier une démographie médicale en berne et renforcer le dynamisme du territoire.

#### **Les maisons de santé pluridisciplinaires, outils en faveur d'une meilleure accessibilité aux soins**

Les maisons de santé pluridisciplinaires (MSP) constituent des outils particulièrement intéressants pour agir sur l'attractivité du territoire de la Dordogne et améliorer l'accès aux soins pour les personnes âgées présentant des troubles psychiques.

En premier lieu, elles constituent des garanties pour les jeunes professionnels qui redoutent de s'installer en milieu rural de peur de pratiquer l'exercice de la médecine de manière isolée. Le maillage territorial du territoire de santé de la Dordogne (17 MSP fin 2015, et plusieurs en projet pour 2016) constitue un levier intéressant, qui semble répondre aux aspirations des professionnels du soin. De plus, les MSP s'inscrivent dans la stratégie

---

<sup>108</sup> Entretien avec Caroline Lambert-Heduy



promue par le Pacte territoire santé de 2012, renforcé en 2015 en permettant de transformer les conditions d'exercice des professionnels et en encourageant une coordination pluri-professionnelle. Codifiée à l'article L. 6323-3 du code de la santé publique, la maison de santé pluridisciplinaire est une personne morale constituée entre les professionnels médicaux, auxiliaires médicaux et les pharmaciens, qui se livre à des activités de soins sans hébergement de premier recours, le cas échéant de second recours avec la possibilité de participer à des actions de santé publique de prévention, d'éducation thérapeutique pour la santé, d'actions sociales. L'ouverture de la MSP<sup>109</sup> est subordonnée à l'existence d'un projet de santé élaboré dans le respect du cahier des charges national et cohérent avec le SROS, signé de tous les professionnels de santé membres.

Par ailleurs, le financement par l'assurance maladie des actes répertoriés comme relevant de la coordination constitue un véritable vecteur de la promotion de nouveaux modes d'exercice pour les professionnels du premier recours, davantage collectifs et concertés. En ce sens, les MSP se présentent comme des facilitatrices du parcours de l'utilisateur, sachant que la proximité au quotidien des différents professionnels de soin (médecin généraliste, infirmier, psychologue, kinésithérapeute) permet de renforcer naturellement la communication entre eux.

De plus, les MSP, à l'instar des centres hospitaliers, permettent d'accueillir ponctuellement des spécialistes afin que ceux-ci viennent donner des consultations. Ces consultations avancées permettent de lever les obstacles à l'accès aux soins, et de faire bénéficier aux personnes âgées atteintes de troubles psychiques de l'expertise d'un psycho-gériatre et/ou d'un gériatre-psychiatre au plus près de chez elles. De manière concrète, l'idée serait de faire en sorte qu'un psychiatre du service de gériatrie du CH de Bordeaux puisse disposer d'un bureau une journée par semaine au sein d'une MSP située dans une zone reculée du territoire de santé de la Dordogne ou d'un CH ne disposant pas de cette expertise en son sein<sup>110</sup>.

Par ailleurs, il serait particulièrement intéressant de réfléchir à une future intégration des locaux du SSIAD (bureau de l'infirmière coordinatrice notamment) au sein d'une MSP. Cela permettrait de renforcer la proximité avec le médecin et simplifierait le parcours de la personne âgée atteinte de troubles psychiques. Par exemple, si l'infirmière coordinatrice constate l'apparition de troubles chez un patient du SSIAD, elle pourra directement en référer au médecin<sup>111</sup>.

---

<sup>109</sup> Il est à noter que la MSP peut exister en mono-site ou en multisite, elle ne suppose donc pas forcément un nouveau bâtiment partagé par les professionnels de santé

<sup>110</sup> Entretien avec le Dr Jamet

<sup>111</sup> Entretien avec Dominique Bélingard-Rebière

## La perspective d'un GCS « santé mentale » employeur pour renforcer l'accès aux professionnels rares

Comme précédemment évoqué, le déploiement depuis 2014 du Groupement de coopération sanitaire en santé mentale à l'échelle du territoire de santé de la Dordogne, dont la convention constitutive a été signée le 7 janvier 2015 par les 10 membres qui le composent, a vocation à améliorer l'offre de santé mentale sur le territoire, notamment en apportant une solution à la pénurie de professionnels dits rares (psychiatres, neuropsychiatres etc) par une mutualisation des moyens entre établissements. Une action de recensement des postes budgétés non pourvus dans l'ensemble des établissements de Dordogne a été lancée à la fin du premier semestre 2015, pilotée par l'administratrice du GCS également directrice adjointe des affaires générales, financières et de la clientèle du CHS Vauclaire. L'objectif est de réfléchir au recrutement, par le GCS santé mentale de ces professionnels rares, à partir des besoins des établissements sanitaires et médico-sociaux. Ainsi, le GCS jouerait le rôle de centralisateur d'emplois sur le territoire, à l'instar du GCS « santé mentale et handicap » du Limousin, porté par le CH Esquirol de Limoges. Dans le système limougeaud, le GCS n'est pas employeur en tant que tel, mais se positionne en tant qu'intermédiaire entre le CH Esquirol recruteur et l'établissement qui bénéficie d'une mise à disposition du professionnel rare. En d'autres termes, c'est le CH Esquirol qui embauche le professionnel « rare » (psychomotriciens, orthophonistes, psychiatres etc), et qui le met ensuite à disposition auprès du GCS par le biais d'une convention. Dans un second temps, le GCS passe lui-même une convention auprès d'un établissement ayant des besoins identifiés.

Le choix du CH comme employeur répond à la nécessité de fidéliser les professionnels recrutés, qui pourraient être frileux à l'idée d'être employé par une structure telle que le GCS, moins solvable qu'un CH. Par ailleurs, la gestion des ressources humaines (paie etc) des professionnels rares est assurée par le CH, ce qui permet une souplesse et rend le système moins lourd pour les autres établissements qui bénéficient de la mise à disposition du personnel par le GCS<sup>112</sup>. L'intérêt de ce système est également de permettre aux établissements de bénéficier d'un pourcentage de temps de certains professionnels qui ne pourraient être recrutés à temps plein. Par exemple, dans le cadre d'un établissement qui n'aurait besoin que de 10% d'un temps de psychologue, il est illusoire de penser qu'il pourra recruter un professionnel. En revanche, si le GCS permet au professionnel de se partager entre plusieurs structures pour arriver à un temps plein, cela peut constituer une piste véritablement intéressante.

---

<sup>112</sup> Entretien avec Soizic Laborie, administratrice du GCS santé mentale et handicap du Limousin

Si l'idée d'un GCS employeur semble particulièrement intéressante pour faire venir des professionnels rares en Dordogne, la reproduction de ce système dans le contexte périgourdin paraît plus difficile. En effet, il convient de rappeler que le CHS Vauclaire ne bénéficie pas de la réputation du CH Esquirol (1000 lits et 1400 salariés environ)<sup>113</sup> qui constitue une référence pour les professionnels de la psychiatrie, ce qui facilite bien entendu leur embauche et leur mise à disposition du GCS, puis d'un autre établissement. Ce constat renforce d'ailleurs l'importance de la recomposition de l'offre psychiatrique en Dordogne comme condition *sine qua non* d'une amélioration de l'attractivité de ce territoire pour les professionnels. D'autre part, il est important de souligner que le GCS « santé mentale et handicap » du Limousin a pu bénéficier d'un accompagnement financier d'un montant de 75 000 euros pour 3 ans dans le cadre d'un appel à projet national portant sur les coopérations entre établissements lancé à la suite de l'entrée en vigueur de la loi du 21 juillet 2009 instituant le GCS. La somme dont a bénéficié le GCS du Limousin a donc permis de rémunérer les professionnels travaillant pour le déploiement du GCS ainsi que les frais d'avocat pour les questions juridiques. A l'issue des trois ans, un accompagnement financier a été consenti par l'ARS du Limousin au titre de la pérennisation du dispositif. Or, le GCS santé mentale de Dordogne ne bénéficie pas de crédits de la part de l'ARS Aquitaine, alors même que le déploiement du dispositif s'avère chronophage pour les professionnels de terrain.

Par ailleurs, force est de constater que l'enquête de recensement lancée en Dordogne courant 2015 n'a pas permis de déterminer de manière suffisamment fiable les besoins des établissements sanitaires et médico-sociaux. En effet, le taux de réponse s'est avéré très bas, et la plupart des réponses n'étaient pas exploitables. Dans la mesure où un travail parallèle a été engagé dans le cadre du GHT de Dordogne, il serait probablement plus judicieux et efficace que le GCS s'appuie sur les résultats de cette enquête. Ce constat souligne une nouvelle fois le rôle de l'ARS pour articuler les initiatives et les projets du territoire et éviter les redondances.

D'autre part, les entretiens menés avec les acteurs ont révélé le manque de clarté de la complémentarité du dispositif GCS santé mentale à l'égard des autres projets tels que le GHT et la labellisation des parcours « personnes âgées ». L'enjeu réside donc bien dans la promotion de la valeur ajoutée du dispositif auprès des professionnels de terrain afin de susciter leur adhésion, en mettant en exergue les avancées permises par le déploiement de cet outil : la perspective de la formation à destination des professionnels du domicile qui répond à un véritable besoin, la possibilité pour les acteurs du territoire de mieux se connaître.

---

<sup>113</sup> Entretien avec Caroline Lambert-Heduy, administratrice du GCS santé mentale de la Dordogne  
Clémence BOUVET - Mémoire de l'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique - 2016

## Le conseil local de santé mentale : une nécessaire articulation avec les autres dispositifs pour agir efficacement sur la prise en charge des troubles psychiques chez les personnes âgées

Ce rôle d'articulation de l'ARS se retrouve également dans la perspective de la mise en œuvre d'un conseil local de santé mentale (CLSM) au sein des contrats locaux de santé comportant un axe « santé mentale » du territoire, conformément aux orientations de la politique régionale.

Plateforme de concertation et de coordination entre les élus locaux d'un territoire, le secteur psychiatrique, les professionnels de santé, les acteurs sociaux et médico-sociaux, les usagers, les aidants, et tous les acteurs locaux concernés (bailleurs, éducation, justice, police), le CLSM a l'ambition de promouvoir des actions d'accès à la citoyenneté, aux soins et aux droits en matière de santé mentale. Ce dispositif innovant, prévu à l'article 13 du projet de loi de modernisation de notre système de santé se présente comme un outil en faveur du décloisonnement de la prise en charge des troubles mentaux en reposant sur la triple implication des élus locaux, des chefs de secteur de la psychiatrie, des aidants et des représentants d'usagers.

La volonté régionale de l'ARS Aquitaine d'inscrire les conseils locaux de santé mentale au sein des contrats locaux de santé existants va dans le sens d'une complémentarité entre ces deux outils, ce qui est d'autant plus logique que les trois contrats locaux de santé de la Dordogne ont tous prévu dans l'un de leurs axes « santé mentale » la mise en place d'un CLSM.

Un des enjeux principaux réside dans la pertinence ou non du financement tout ou partiel avec la collectivité signataire du contrat local de santé, d'un poste d'animateur coordonnateur dédié au CLSM. Pour assurer la cohérence des dispositifs, il semble que la politique régionale s'oriente vers l'inclusion de cette mission de coordination dans la fiche de poste des animateurs en santé publique recrutés par les centres hospitaliers pour promouvoir des actions de santé publique et notamment de prévention « hors les murs » qui s'inscrivent en cohérence avec les axes des contrats locaux de santé.

Le CLSM doit également s'articuler avec le GCS santé mentale. Si le CLSM a vocation à proposer des réponses concrètes à partir de besoins identifiés par les élus (délinquance, inclusion sociale, maintien dans le logement et problèmes de voisinage, tranquillité publique) et permet donc de lutter contre la stigmatisation des usagers en souffrance psychique et à promouvoir leur inclusion sociale, il semble que certaines actions

comportent un risque de redondances entre le GCS et le CLSM<sup>114</sup>. La première typologie d'actions concerne les démarches mises en œuvre pour améliorer la communication entre professionnels, et particulièrement entre la médecine libérale et la psychiatrie. Le second type d'actions concerne la gestion des situations de crise, à travers la cellule de cas complexes réunissant autour de la table l'ensemble des acteurs liés de près ou de loin à la santé mentale (éducation nationale, justice, bailleurs sociaux ...). Mais le GCS santé mentale de Dordogne a aussi dans ses objectifs l'ambition de prévenir en amont la situation de crise.

Aussi, dans la perspective de mise en œuvre du CLSM, l'ARS a un rôle prédominant à jouer. En effet, il ressort des échanges avec le terrain un sentiment de confusion qui aboutirait à une dispersion des énergies et des moyens, mais aussi à une démobilisation des élus<sup>115</sup>. Une façon simple de promouvoir la connaissance des différents dispositifs par les acteurs de terrain serait d'intégrer au groupe de travail « personnes âgées » du GCS santé mentale les coordonnateurs des trois CLSM de Dordogne. Sachant que la coordinatrice du CLS du Nord Dordogne est déjà présente, il s'agirait donc d'associer celle du Bergeracois, et la personne qui sera désignée pour le CLS du Grand Périgueux (récemment signé).

---

<sup>114</sup> D'après une enquête publiée par le magazine Actualités sociales hebdomadaires du 12 juin 2015 – n°2914

<sup>115</sup> Entretien avec Mme Conseil



## Conclusion

Pour conclure, la prise en charge des troubles psychiques chez la personne âgée s'apparente à un véritable enjeu de santé publique qu'il serait dangereux de sous-estimer. Le vieillissement de notre population, qui s'accompagne d'une hausse de la dépendance et de la fragilité de nos aînés, constitue une évolution majeure qui nécessite un tournant dans la façon dont notre système de soins appréhende la personne âgée. Les troubles psychiques, souvent sous-diagnostiqués, créent un terreau malheureusement fertile à l'apparition de démences séniles, et sont à l'origine de nombreuses souffrances, tant pour la personne âgée que pour son entourage. En outre, le caractère souvent poly-pathologique, et donc complexe, de la personne âgée, ne peut se satisfaire des cloisonnements actuels entre la filière gériatrique et psychiatrique, et implique la promotion d'un véritable travail collégial de la part des professionnels de santé.

Des leviers existent pour atteindre le triple objectif qualité, efficience et efficacité de la prise en charge des troubles psychiques de la personne âgée. Il s'agit en premier lieu de promouvoir un véritable parcours de santé coordonné autour du médecin traitant, pivot de la prise en charge. Ce parcours de santé doit s'appuyer sur une détection précoce des troubles, en particulier à domicile quand on sait que 40% des personnes âgées de plus de 80 ans en Dordogne vivent encore chez elles. Ce constat rappelle l'importance d'une formation adéquate des professionnels du domicile, souvent insuffisamment formés pour agir de manière adaptée aux troubles mentaux des usagers auprès de qui ils interviennent. D'autres outils existent afin de fluidifier davantage les parcours des personnes âgées présentant des troubles psychiques, et notamment la promotion d'une meilleure articulation entre le domicile et l'hospitalisation via le développement de l'équipe mobile en gérontopsychiatrie, mais aussi par le développement d'outils favorables à une meilleure communication entre professionnels du soin, dans le respect du secret médical. Plus généralement, la coordination des multiples parties prenantes intervenant au titre de la prise en charge des troubles psychiques de la personne âgée constitue une condition *sine qua non* à une meilleure lisibilité de l'offre de soins, tant pour les usagers et leurs familles, que pour les professionnels. En ce sens, la dynamique impulsée par l'ARS dans le cadre du déploiement des dispositifs territoriaux d'appui semble incontournable pour promouvoir une prise en charge de qualité.

Par ailleurs, la réflexion amorcée sur la recomposition de l'offre psychiatrique dans le cadre du Groupement hospitalier de territoire doit être poursuivie par les acteurs et avec le soutien de l'ARS, afin de clarifier la sectorisation mais aussi de développer une offre gérontopsychiatrique plus étoffée et adaptée aux besoins des usagers.

Plus généralement, la promotion d'une prise en charge des troubles psychiques des personnes âgées efficiente et de qualité reste subordonnée à un véritable travail

d'animation et d'articulation des différents dispositifs entre eux, afin de ne pas provoquer de redondances ou d'empilement, mais bien de permettre leur complémentarité effective. Cela suppose, de la part de l'inspecteur de l'action sanitaire et sociale, un véritable travail de pédagogie auprès des acteurs pour susciter leur adhésion aux dispositifs, en veillant à orienter les initiatives et les projets au plus près des besoins des territoires et des usagers. L'inclusion des troubles psychiques des personnes âgées au sein des parcours de santé préexistants implique également une vigilance particulière de l'inspecteur de l'action sanitaire et sociale qui se doit de connaître de manière approfondie la politique « personnes âgées » menée par l'ARS, mais également par le conseil départemental. Par ailleurs, la maîtrise de l'organisation de l'offre psychiatrique du territoire paraît tout aussi essentielle. On le voit, l'inspecteur de l'action sanitaire et sociale constitue bel et bien le premier garant de la transversalité des politiques publiques, mais aussi de leur cohérence et de leur dynamique partenariale.

Les pouvoirs publics manifestent depuis quelques années maintenant leur volonté de promouvoir une prise en charge plus globale de la personne âgée, comme en témoigne par exemple la récente loi sur l'adaptation de notre société au vieillissement qui préconise la mise en place d'une conférence des financeurs à l'échelle départementale, associant l'ensemble des acteurs (conseil départemental, délégation départementale de l'ARS) intervenant au titre de la politique « personnes âgées ». Cette avancée législative, qui prévoit la possibilité de financer des actions de prévention de manière concertée, est une véritable occasion de se saisir de l'enjeu des troubles psychiques, et d'encourager une prise en charge décloisonnée entre le social, le sanitaire et le médico-social, en particulier dans un territoire vieillissant tel que la Dordogne.

Enfin, le passage à la grande région constitue une opportunité unique de s'enrichir des initiatives des territoires voisins, puisque le Limousin et le Poitou-Charentes ont déjà posé les jalons d'un parcours transversal de santé mentale. Une réflexion sur la structuration d'un tel parcours, incluant les troubles psychiques des personnes âgées, devrait être une priorité de la nouvelle ARS Aquitaine-Poitou Charentes-Limousin, qui sera rapidement confrontée au vieillissement prononcé de la population de cette grande région, et au développement des troubles mentaux associés au grand âge.



---

# Bibliographie

---

## **Textes législatifs et réglementaires :**

Circulaire DAS-RV 2 n° 2000-310 du 6 juin 2000 relative aux centres locaux d'information et de coordination

Loi du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé

Circulaire n° 2002-157 du 18 mars 2002 relative à l'amélioration de la filière de soins gériatriques

Loi n° 2004-810 du 13 août 2004 relative à l'assurance maladie

Circulaire n°2002-207 du 25 octobre 2004 relative à l'élaboration du volet psychiatrie et santé mentale des SROS de troisième génération

Circulaire DHOS/O3/CNAM n° 2007-88 du 2 mars 2007 relative aux orientations de la DHOS et de la CNAMTS en matière de réseaux de santé et à destination des ARH et des URCAM

Circulaire DGOS/02 n° 2007-117 du 28 mars 2007 relative à la filière de soins gériatriques

Circulaire N°DHOS/02/03/UNCAM/2007/197 du 15 mai 2007, relative au référentiel d'organisation national des réseaux de santé "personnes âgées"

Loi n°200-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative à la santé, aux patients et aux territoires

Décret n°2010-862 du 23 juillet 2010 relatif aux groupements de coopération sanitaire

Arrêté du 23 juillet 2010 relatif aux groupements de coopération sanitaire

Décret n° 2011-1210 du 29 septembre 2011 relatif au cahier des charges des maisons pour l'autonomie et l'intégration des malades d'Alzheimer

Circulaire interministérielle N°DGCS/DGOS/2012/06 du 10 janvier 2012 relative à la mise en œuvre de la mesure 4 du Plan Alzheimer

Arrêté du 16 novembre 2012 modifiant l'arrêté du 8 novembre 2012 fixant les référentiels d'activités et de compétences pour exercer le rôle et les missions du gestionnaire de cas dans les maisons pour l'autonomie et l'intégration des malades d'Alzheimer

Projet de loi de modernisation de notre système de santé, adopté en première lecture par le Sénat le 6 octobre 2015

Projet de loi relatif à l'adaptation de notre société au vieillissement, adopté le 14 décembre 2015

## **Plans nationaux :**

Plan Alzheimer, 2001-2005, Ministère de la santé

Plan Alzheimer, 2004-2007, Ministère de la santé

Plan Alzheimer 2008-2012, Ministère de la santé

Plan psychiatrie et santé mentale 2005-2008, Ministère de la santé

Plan psychiatrie et santé mentale, 2011-2015, Ministère de la santé et des affaires sociales

Plan maladies neuro-dégénératives, 2014-2019, Ministère de la santé, des affaires sociales et du droit des femmes

### **Schémas et plans:**

Projet régional de santé, ARS Aquitaine, 2012-2016

Schéma régional d'organisation médico-sociale, ARS Aquitaine, 2012-2016

Schéma régional d'organisation des soins, ARS Aquitaine, 2012-2016

Schéma régional de prévention, ARS Aquitaine, 2012-2016

Schéma départemental d'organisation sociale et médico-sociale de Dordogne « Personnes âgées », Conseil départemental de la Dordogne, 2014-2019

Schéma départemental de l'autonomie de Corrèze, 2012-2016

### **Rapports :**

Cour des comptes, *Les télé-services publics de santé : un pilotage toujours insuffisant*, rapport annuel 2013

Fondation de France, *Les Solitudes en France*, Juillet 2014.

IGAS, *Evaluation de la coordination d'appui aux soins*. Rapport n°2012-010R établi par Ph. Blanchard, L. Eslous, I Yeni, 2014

INSEE Limousin, *La population âgée en Limousin*, avril 2005

ORSA : *Le suicide en Aquitaine*, février 2009

ORSA, *Suicides et tentative de suicides en Aquitaine*, rapport d'étude publié en 2014

ORSA, *Les personnes âgées en Aquitaine*, rapport d'étude publié en 2010

ORSA, *Territoire de santé – Dordogne : socio-démographie, professionnels de santé, morbidité, mortalité*, profil de santé publié en octobre 2012

Robiliard, D, *La santé mentale et l'avenir de la psychiatrie*, rapport d'information n°1662 enregistré le 18 décembre 2013 à la présidence de l'Assemblée nationale.

Ministère du Travail, des relations sociales, de la famille, de la solidarité et de la ville, *Les patients en service de soins infirmiers à domicile (SSIAD) – Le coût de leur prise en charge et ses déterminants*, sous la direction de Karine Chevreul, publié en 2009.

### **Articles universitaires :**

Alexopoulos GS, Meyers BS, Young RC, Kalayam B, Kakuma T, Gabrielle M, et al. « Executive dysfunction and long-term outcomes of geriatric depression ». in *Arch Gen Psychiatry* 2000;57:285–90

Emery VO, Oxman TE. « Update on the dementia spectrum of depression » in *Am J Psychiatry* 1992;149:305–17

Mulsant BH, Ganguli M. « Epidemiology and diagnosis of depression in late life » in *J Clin Psychiatry* 1999;60:9–15.

Rigaud, A-S et al : « Troubles psychiques des personnes âgées », in *EMC Psychiatrie*, Volume 2, Issue 4, Novembre 2005, Pages 259–281

#### **Articles de presse :**

Cordier, C : *Dr Christian Müller, président de la Conférence des présidents de CME de CHS "Les urgences et la prise en charge des personnes âgées font partie des priorités de la psychiatrie"* in Hospimedia, 28 octobre 2013

Cordier, C ; Moret A : *L'offre de soins géronto-psychiatrique, à fort potentiel, apparaît largement perfectible* in Hospimedia, juin 2014

Cordier, C : *Psychiatrie : La clinique gérontopsychiatrique de Garches ambitionne un regard croisé sur les fragilités des âgés* in Hospimedia, 2 juillet 2014

Cordier, C : *Offre de soins : L'offre est amenée à se diversifier pour affronter les enjeux de la psychiatrie du sujet âgé* in Hospimedia, 14 octobre 2014

Cordier, C : *Politique de santé : Les enjeux du vieillissement et de l'autonomie investissent le champ de la psychiatrie* in Hospimedia, 21 octobre 2013

Cordier, C : *La psychiatrie publique est fortement mobilisée pour des GHT dédiés*, in Hospimedia, 2 novembre 2015

Mazon, R : *Démographie médicale : les départements les plus touchés d'ici 5 à 10 ans* in La Gazette des communes, 23 février 2015, mis à jour le 16 juin 2015

Ta Ninga, M : *Déserts médicaux : la Dordogne de plus en plus sinistrée*, in France Bleu Périgord, 6 juin 2014

#### **Documents internes :**

Sur la communauté hospitalière de Dordogne et l'organisation de l'offre géronto-psychiatrique:

Rapport du groupe de travail « santé mentale/lutte contre les addictions » pour la Communauté hospitalière de territoire de Dordogne, 2015

Dossier d'évaluation de l'activité en psychiatrie, en prévision du renouvellement de l'autorisation de la psychiatrie du Centre hospitalier Vauclaire, 2015

Rapport d'inspection du Centre Hospitalier Spécialisé Vauclaire, 8-9-16 septembre et 22-23 octobre 2014

Sur le groupement de coopération sanitaire en santé mentale :

Convention constitutive du GCS santé mentale de Dordogne, signée le 7 janvier 2015

Procès-verbal de l'Assemblée générale du GCS santé mentale de Dordogne, 2 juillet 2015  
Cahier des charges « Formation-action : repérer et gérer les troubles psychiques de la personne âgée ou handicapée », action de formation à destination des professionnels intervenant à domicile et auprès des structures médico-sociales, établi par le GCS santé mentale le 30 juillet 2015

*Bilan et perspectives d'avenir au 31/12/2014 du GCS santé mentale et handicap du Limousin*, document établi par l'administratrice du GCS santé mentale et handicap du Limousin, 2014

Sur l'appel à projet : « labellisation parcours personnes âgées » de l'ARS Aquitaine :

Cahier des charges « appel à projet labellisation parcours personnes âgées », ARS Aquitaine, 2014

Dossier de réponse de l'appel à projet « labellisation parcours personnes âgées », du territoire de proximité de Bergerac, 2015

Dossier de réponse de l'appel à projet « labellisation parcours personnes âgées », du territoire de proximité de Nord-Dordogne, 2015

Dossier de réponse de l'appel à projet « labellisation parcours personnes âgées », du territoire de proximité du Grand Périgueux, 2015

#### **Sites Internet :**

Site officiel de l'OMS : <http://www.who.int>

Site officiel de l'INSEE : <http://www.insee.fr>

Site officiel du ministère de la Santé : <http://www.sante.gouv.fr>

Site officiel de l'ARS Aquitaine : <http://www.ars.aquitaine.sante.fr>

Site officiel de l'association MONALISA : <http://www.monalisa-asso.fr/>

#### **Divers :**

HAS, fiche action « Comment organiser les fonctions d'appui aux professionnels de soins primaires ? », septembre 2014

DGOS, guide méthodologique : « Améliorer la coordination des soins : comment faire évoluer les réseaux de santé ? », octobre 2012. Disponible sur le site de l'ARS Aquitaine  
KPMG, Observatoire des EHPAD, 2014. Disponible sur le site de KPMG.

---

## Liste des annexes

---

- Annexe 1 : liste des personnes interrogées en entretien
- Annexe 2 : grille des questions pour l'entretien semi-directif des pilotes des MAIA
- Annexe 3 : part des personnes âgées de plus de 60 ans en France en 2008
- Annexe 4 : carte des territoires de proximité de la Dordogne
- Annexe 5 : carte des spécialistes âgés de plus de 55 ans en France
- Annexe 6 : cartographie des dispositifs territoriaux d'appui en Dordogne. Etat des lieux de l'offre
- Annexe 7 : cartographie de la sectorisation de la psychiatrie adulte en Dordogne
- Annexe 8 : composition du groupe de travail « personnes âgées » du GCS santé mentale de Dordogne
- Annexe 9 : Cahier des charges de l'action-formation « repérage des troubles mentaux de la personne âgée à domicile » du GCS de Dordogne
- Annexe 10 : schéma de la coordination territoriale d'appui issue du projet de labellisation du parcours personnes âgées du Nord Dordogne. Projet présenté par les co-porteurs à la délégation territoriale de Dordogne de l'ARS Aquitaine le 15 décembre 2015

**Annexe 1** : Liste des personnes interrogées en entretien

Philippe FORT, directeur de projet, référent « santé mentale », ARS Aquitaine

Dr Pierre JAMET, médecin inspecteur de santé publique, référent « Alzheimer », ARS Aquitaine

Philippe LAPORTE, inspecteur de l'action sanitaire et sociale, référent « psychiatrie », ARS Aquitaine

Caroline LAMBERT-HEDUY, directrice adjointe des affaires générales au Centre hospitalier spécialisé Vauclaire de Montpon-Ménéstérol et administratrice du Groupement de coopération sanitaire en Santé mentale de la Dordogne

Hugues DELAMARE, pilote de la MAIA du Bergeracois

Violaine VEYRIRAS, pilote de la MAIA du Nord-Dordogne

Jean-Michel DE ZEN, directeur de la Fondation John Bost et membre du GCS « santé mentale » de Dordogne

Anne-Marie CONSEIL, coordinatrice du CLS Nord Dordogne et présidente du Conseil de l'Ordre des infirmiers de la Dordogne

Dr Geneviève DEMOURES, psycho-gériatre au Verger des Balans

Dominique BELINGARD-REBIERE, inspectrice de l'action sanitaire et sociale, référente « personnes âgées », Délégation territoriale de la Dordogne, ARS Aquitaine

Soizic LABORIE, administratrice du GCS du Limousin

Brigitte GEOFFROY, référente PAERPA, ARS Aquitaine

Carole JONQUET, référente GCS, ARS Aquitaine

Marie-Claudette DUPERIER, directrice du pôle « personnes âgées » à la Direction départementale de la solidarité et de la prévention du Conseil départemental de la Dordogne

**Annexe 2** : grille des questions pour l'entretien semi-directif avec les pilotes de MAIA.

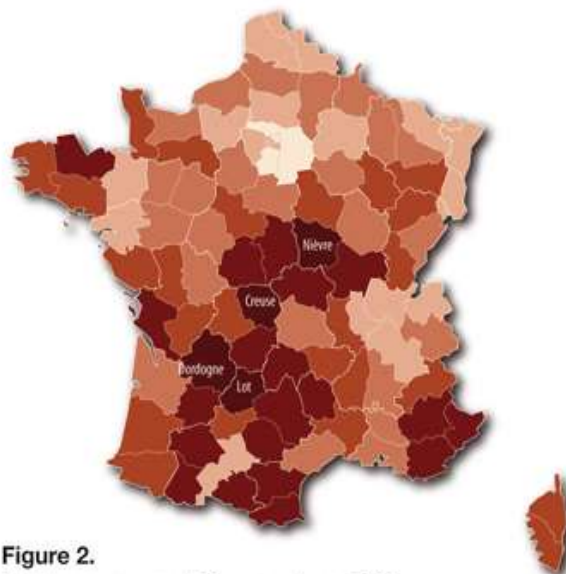
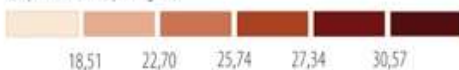
Extrait

- 1) Pour commencer, pouvez-vous me présenter le territoire d'intervention de votre MAIA? (sa population, ses spécificités)
- 2) Concernant le gestionnaire de cas, quelle plus-value apporte-t-il par rapport à une IDE coordinatrice de SSIAD ? même question concernant les évaluateurs du Conseil départemental
- 3) Trouvez-vous que le médecin traitant a une bonne connaissance de la MAIA ? Ne peut-il pas faire lui-même le travail du gestionnaire de cas ?
- 4) Quelle coordination y a-t-il entre la MAIA et le SSIAD ?
- 5) Quels sont les manques que vous identifiez à votre niveau concernant la prise en charge de la santé mentale des personnes âgées ? (rôle médecin traitant, coordination des dispositifs, visibilité des dispositifs CLIC/MAIA)
- 6) Comment s'effectue la coordination de la MAIA avec les autres dispositifs et établissements existants ? (CLIC, SSIAD, CH Vauclaire, EHPAD...)
- 7) Quel regard portez-vous sur le GCS santé mentale ? quelle serait sa plus-value ?
- 8) Comment articuler les actions engagées (dans le cadre du GCS par exemple) avec la labellisation des parcours « personnes âgées » ?
- 9) Quelles actions seraient selon vous à promouvoir pour améliorer la santé mentale des personnes âgées ?
- 10) Que pensez-vous des plateformes uniques dont on parle de plus en plus pour améliorer la communication entre professionnels et encourager le décroisement des prises en charge ?

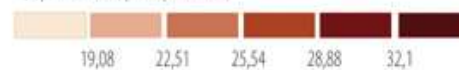
**Annexe 3** : Part des personnes âgées de plus de 60 ans en France en 2008 (figure 1 et figure 2, exprimée respectivement en % par région, et en % par département), d'après l'INSEE



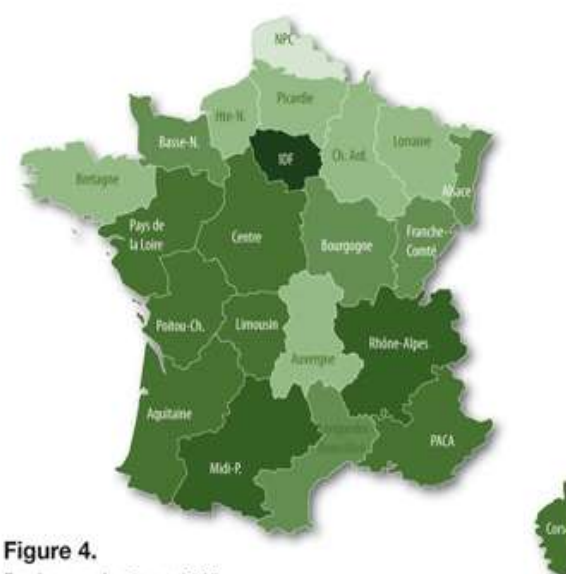
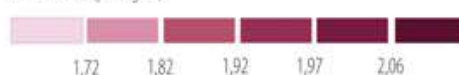
**Figure 1.**  
Part des personnes de 60 ans ou plus en 2008  
(exprimée en %, par région)



**Figure 2.**  
Part des personnes de 60 ans ou plus en 2008  
(exprimée en %, par département)



**Figure 3.**  
Indice conjoncturel de fécondité  
en 2005 (par région)



**Figure 4.**  
Espérance de vie en 2005  
(par région)

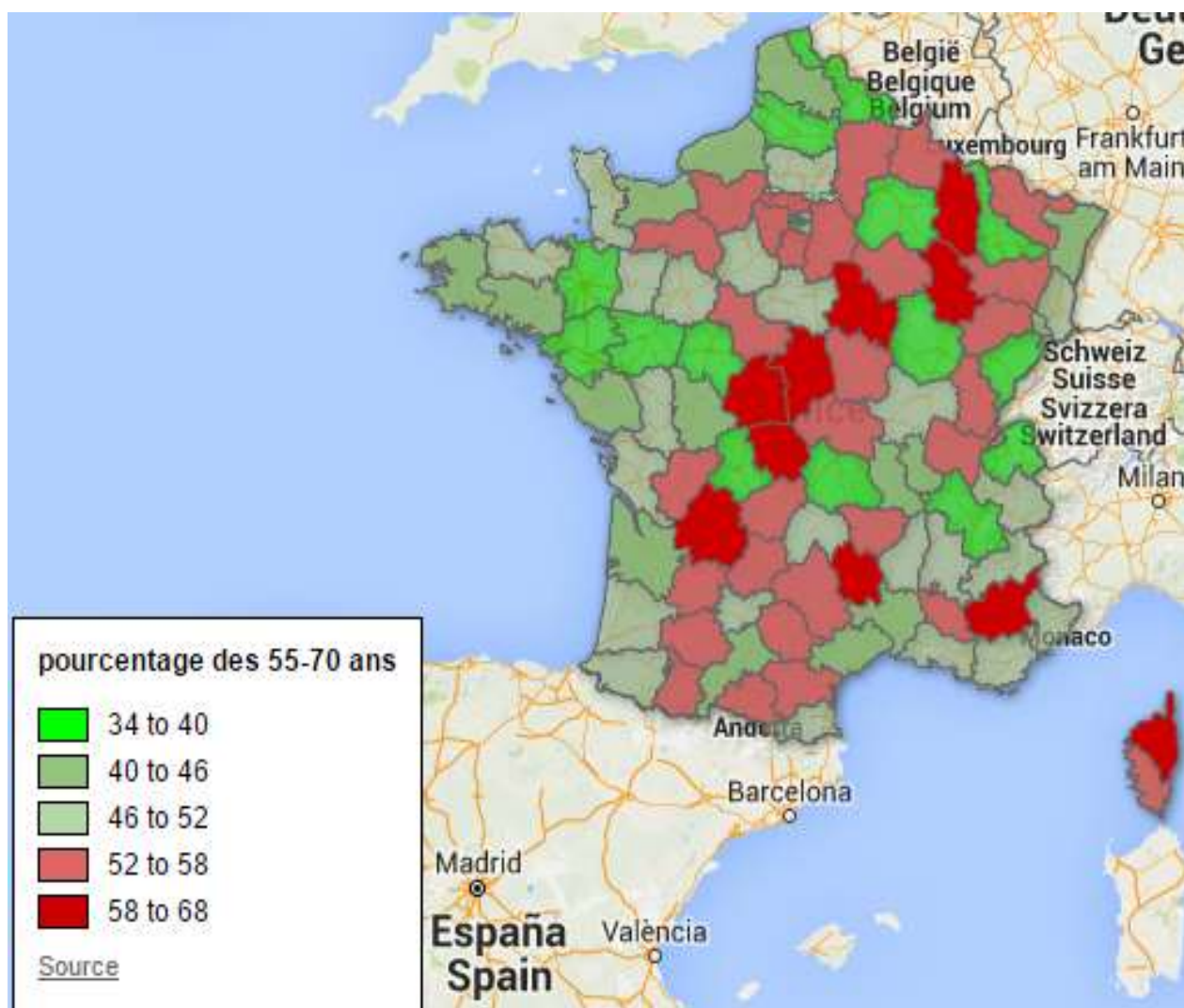




**Annexe 4** : les territoires de proximité de la Dordogne, carte disponible sur le site de l'ARS Aquitaine

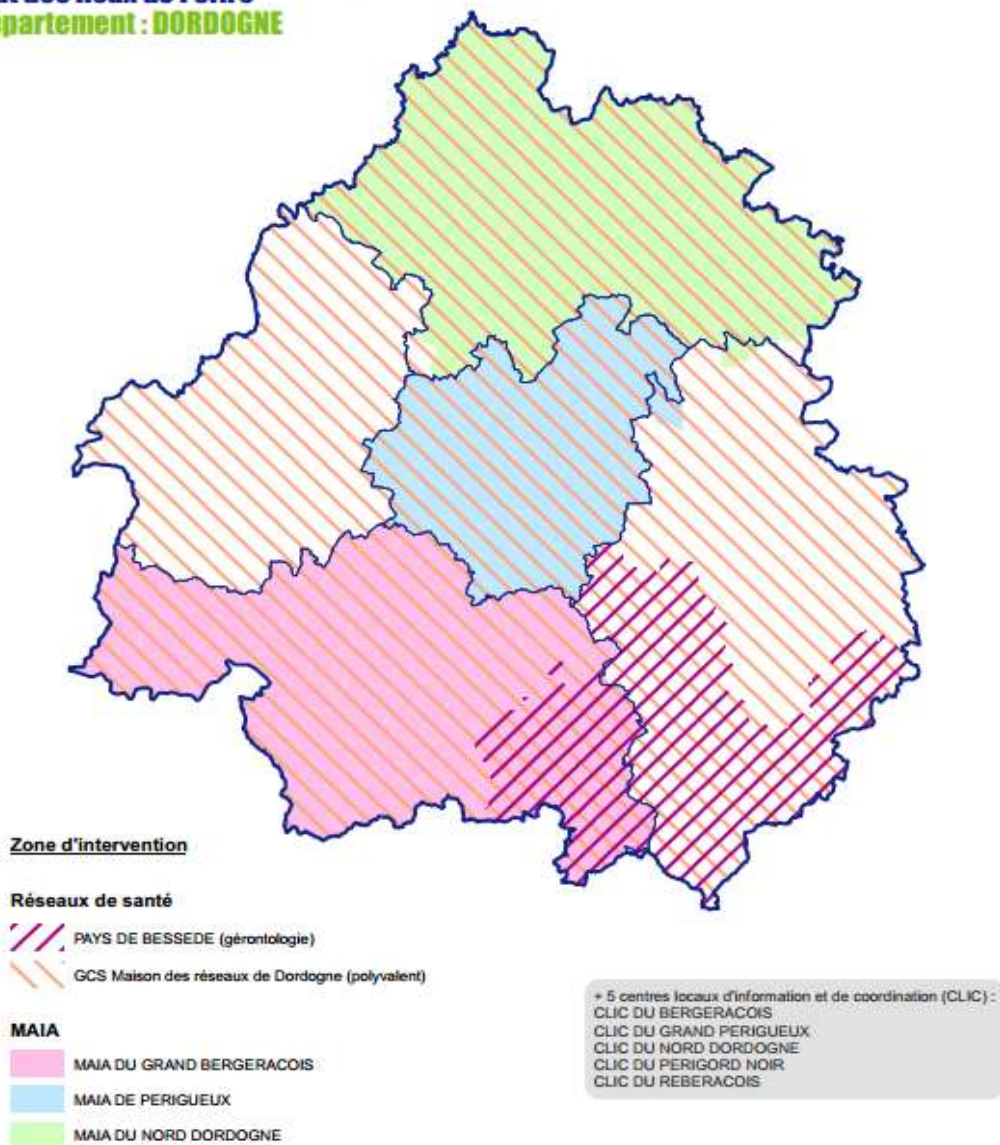


**Annexe 5** : Carte des spécialistes âgés de plus de 55 ans, d'après les données de la DREES exploitées par la Gazette des communes, disponible sur le site de la Gazette des communes



**Annexe 6** : cartographie des dispositifs territoriaux d'appui en Dordogne, ARS Aquitaine

**Dispositifs territoriaux d'appui**  
**Etat des lieux de l'offre**  
**Département : DORDOGNE**



Sources :

- Réseaux de santé : ARS Aquitaine (date de mise à jour : mars 2015)
- MAIA : ARS Aquitaine (date de mise à jour : juin 2014)
- CLIC : Conseil Général (date de mise à jour : juillet 2012)

Cartographie : ARS Aquitaine, Pôle études et PMSI • Fonds de carte IGN ©



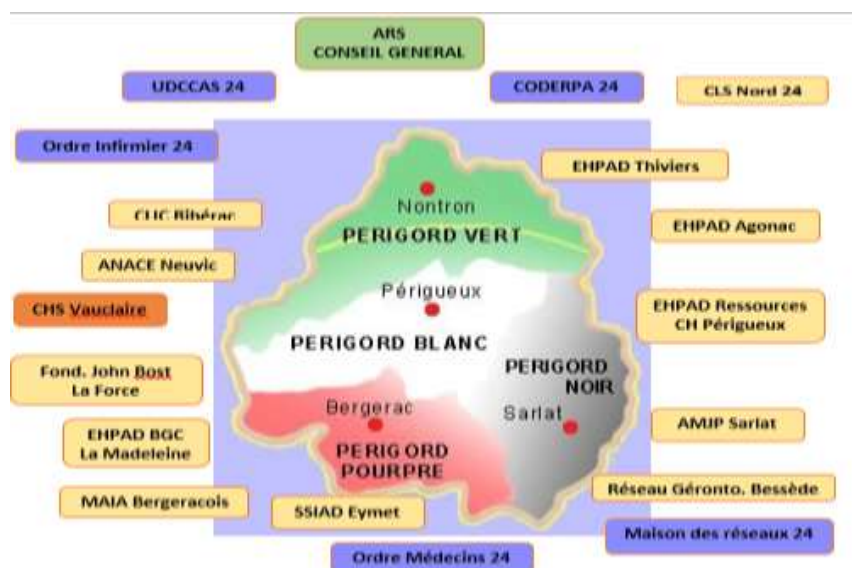
Mars 2015

**Annexe 7** : cartographie de la sectorisation de la psychiatrie adulte en Dordogne





**Annexe 8** : liste des membres du groupe de travail « personnes âgées » du GCS santé mentale de la Dordogne (extrait du document présenté le 30 juillet 2015 par la pilote du groupe « personnes âgées » à la Délégation territoriale de Dordogne de l'ARS Aquitaine)



« **La représentativité des participants** a fait l'objet d'une réflexion initiale ayant pour objectifs :

- Couvrir une zone géographique majeure du territoire de la Dordogne,
- Réunir un panel significatif des compétences professionnelles gérontologiques sanitaires, sociales et médico-sociales, des secteurs publics, privés (associatif et marchand) du domicile et des institutions. »

**Annexe 9** : Cahier des charges de l'action-formation « repérage des troubles mentaux de la personne âgée à domicile » du GCS de Dordogne (mise à jour : juillet 2015)

Groupement de Coopération Sanitaire en Santé Mentale de Dordogne  
ACTION DE FORMATION A DESTINATION DES PROFESSIONNELS INTERVENANT A DOMICILE ET  
AUPRES DES STRUCTURES MEDICO-SOCIALES

Cahier des charges

Formation-Action : « Repérer et gérer les troubles psychiques de la personne âgée ou handicapée »

**Constat**

La maladie mentale ainsi que l'accompagnement des personnes souffrant de troubles psychiques interrogent les professionnels et notamment ceux qui interviennent directement au domicile des personnes pour lesquelles une pathologie n'a pas forcément été diagnostiquée ou qui ne font pas l'objet d'un suivi spécifique.

La formation-action «Repérer et gérer les troubles psychiques de la personne âgée ou handicapée » aborde les différents aspects du sujet souffrant de maladie mentale et vise à établir des repères afin que chaque professionnel puisse adopter le positionnement le plus juste au regard de ses missions.

**Objectifs de la formation**

- Situer la santé mentale au travers de son histoire et des pratiques.
- Intégrer cette formation à la politique départementale de repérage des fragilités
- Acquérir des connaissances de base fondamentales dans le domaine concerné.
- Favoriser les processus d'intégration des professionnels en s'appuyant sur les ressources de la personne âgée : lier l'évaluation de l'autonomie et de la dépendance.
- Développer les compétences des professionnels dans leur capacité à appréhender les conséquences de la maladie.
- Savoir développer une attitude d'écoute et mobiliser les ressources de la personne accompagnée et de l'entourage.

**Contenu de la formation**

- Histoire succincte de l'évolution de la santé mentale dans le temps.
- Le cadre et l'organisation de la psychiatrie en France et en Dordogne, les différents types de mesures de protection.
- Classification des pathologies psychiatriques de l'adulte.
- Présentation des différents types de démences.
- Les troubles cognitifs dus aux différentes pathologies :

- La mémoire, noyau dur de toutes les autres fonctions
- Mémoire immédiate
- Mémoire des faits récents
- Mémoire des faits anciens

Les troubles de l'orientation constitutifs d'une peur permanente

- Orientation temporelle
- Orientation spatiale
- Orientation identitaire

Le syndrome aphaso-apraxo-agnosique : incompréhension et dépendance

- Aphasie : troubles du langage
- Apraxie : trouble de la commande gestuelle
- Agnosie : trouble de la symbolique des objets

Les troubles cognitifs et pauvreté de la communication

- Altération de la compréhension
- Altération du jugement
- Altération du raisonnement
- Altération des capacités d'abstraction

- Les troubles du comportement : véritable langage à décrypter
- La fugue
- La déambulation
- Les cris
- L'agressivité
- La dépression

Les troubles psychologiques et psychiatriques associés

- L'approche relationnelle avec la personne accompagnée : accueil, bienveillance, connaissance de l'histoire de vie, distance, neutralité, respect du secret professionnel,  
  
Prise en charge adaptée : communication verbale et non verbale, approche du corps, aide à la toilette, alimentation.
- Le travail en équipe : l'importance de la pluridisciplinarité, des regards croisés et des transmissions ciblées réflexives.

### **Cas pratiques**

Dans le cadre de cette formation, des cas pratiques devront être abordés et porter notamment sur les sujets suivants :

- Définir la crise
- Repérer les symptômes annonciateurs d'une crise : que faire en fonction du degré d'urgence ?
- La crise suicidaire : comment se déroule une crise suicidaire, quels sont les signes, comment évaluer l'urgence de la situation, quelles actions à mener ?
- Comment faire face aux différents troubles du comportement ?

### **Méthode pédagogique**

Le formateur s'appuie sur des illustrations cliniques et des analyses de pratiques. Il veillera à favoriser l'interactivité au sein du groupe, et l'échange d'expériences.

Il animera des ateliers.

Il s'appuiera sur différents types de supports : support papier, audio-visuel, etc....

### **Modalité d'évaluation**

La formation-action sera évaluée par :

- L'exploitation du questionnaire de satisfaction des participants,
- La réalisation de la demi-journée de formation-action consacrée au retour d'expérience.

### **Public concerné**

- Les professionnels des services du maintien à domicile,

**Nombre et durée des sessions**

Nombre de sessions : A déterminer en fonction des moyens alloués

Nombre de jours par session : 4 demi-journées dont 1 demi-journée sera consacrée à un retour d'expérience, séance à programmer dans un délai de 6 mois à compter des dates des premières demi-journées de formation.

**Tarif**

189 euros/personne

Groupe de 10 personnes maximum

**Lieu**

*A déterminer avec les prestataires de services d'aide à domicile ou structures intéressées par l'offre de formation.*



**Annexe 10** : schéma de la coordination territoriale d'appui issue du projet de labellisation du parcours personnes âgées du Nord Dordogne. Projet présenté par les co-porteurs à la délégation territoriale de Dordogne de l'ARS Aquitaine le 15 décembre 2015



BOUVET

Clémence

Mars 2016

## Inspecteur de l'action sanitaire et sociale

Promotion 2016

### Quelle prise en charge des troubles psychiques de la personne âgée ? L'exemple du territoire de santé de la Dordogne

PARTENARIAT UNIVERSITAIRE :

#### **Résumé :**

Les troubles psychiques des personnes âgées, souvent sous-diagnostiqués, constituent un terreau fertile à l'apparition de démences séniles, et sont à l'origine de nombreuses souffrances, tant pour la personne âgée que pour son entourage. Les investigations menées dans le cadre de ce mémoire professionnel, sur le territoire de santé de la Dordogne de mai 2015 à octobre 2015 ont permis d'identifier des leviers pour atteindre le triple objectif qualité, efficacité et efficience de la prise en charge des troubles psychiques de la personne âgée. Il s'agit de promouvoir un véritable parcours de soin coordonné autour du médecin traitant, basé sur une détection précoce des troubles, en particulier à domicile. Cela suppose une formation adaptée des personnes intervenant à domicile, développée par le GCS santé mentale de Dordogne. La coordination des multiples parties prenantes intervenant au titre de la prise en charge des troubles psychiques de la personne âgée (CLIC, MAIA, évaluateurs du conseil départemental) constitue une condition *sine qua non* à une meilleure lisibilité de l'offre de soins, tant pour les usagers et leurs familles, que pour les professionnels. En ce sens, la dynamique impulsée par l'ARS Aquitaine dans le cadre du déploiement des dispositifs territoriaux d'appui semble incontournable. La promotion d'une meilleure articulation entre le domicile et l'hospitalisation via le déploiement d'une équipe mobile en géro-psycho-geriatrie, articulée avec l'équipe mobile gériatrique paraît également indispensable, tout comme la recomposition de l'offre géro-psycho-geriatrique via le projet médical du Groupement hospitalier de territoire.

#### **Mots clés :**

Personnes âgées, troubles psychiques, Dordogne, MAIA, GCS santé mentale, parcours, équipe mobile géro-psycho-geriatrie, dispositif territorial d'appui

*L'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique n'entend donner aucune approbation ni improbation aux opinions émises dans les mémoires : ces opinions doivent être considérées comme propres à leurs auteurs.*