



MODULE INTERPROFESSIONNEL DE SANTÉ PUBLIQUE

– 2010 –

**QUELLES ARTICULATIONS ENTRE LES PRISES EN CHARGE
PSYCHIATRIQUE ET MEDICO-SOCIALE POUR REpondre AUX
BESOINS DES PERSONNES AGEES PRESENTANT DES TROUBLES
PSYCHIATRIQUES ?**

– Groupe n°2–

- | | |
|---------------------|-----------------------|
| – Nicolas ALEXANDRE | – Christine HOLTZMANN |
| – Valérie BRILLIARD | – Jeannine LAMOUR |
| – Brigitte CASTAING | – Lucie LAUNAY |
| – Anna FORGUE | – Antoine OLLAGNIER |
| – Nathalie HEULIN | – Eric URANIE |

Animatrice(s):

- *Karine CHAUVIN*
- *Françoise MOHAER*

Sommaire

INTRODUCTION	1
1 LE VIEILLISSEMENT DANS NOTRE SOCIETE : ENTRE PATHOLOGIES ET REPRESENTATIONS	3
1.1 Une population vieillissante fragilisée	3
1.1.1 Une accélération du vieillissement démographique	3
1.1.2 Lorsque la vieillesse révèle des inégalités	3
1.1.3 Des problèmes croissants de troubles mentaux	4
1.2 Les troubles psychiatriques « diversifiés » du sujet âgé nécessitent des prises en charge adaptées	5
1.2.1 Les patients vieillissants hébergés de longue date en psychiatrie	6
1.2.2 Les personnes âgées atteintes par une affection psychiatrique classique, non démentielle	6
1.2.3 Les personnes âgées atteintes d'un processus démentiel.	7
1.3 Des représentations sociales négatives encore trop prégnantes	7
1.3.1 La double peine portée par les personnes âgées souffrant de troubles psychiatriques	7
1.3.2 Une stigmatisation qui ne facilite pas l'accès aux soins	8
2 « LE DIVORCE A LA FRANÇAISE » ENTRE LE PSYCHIATRIQUE ET LE MEDICO-SOCIAL FAIT APPARAÎTRE UN NECESSAIRE BESOIN DE COOPERATION.	9
2.1 L'évolution globale de la psychiatrie vers la cité.	10
2.1.1 Une psychiatrie « hors les murs » tournée vers le soin.	10
2.1.2 La prise en charge psychiatrique de la personne âgée a été délaissée	11
2.2 La montée en charge du médico-social.	12
2.2.1 La prise en charge dans les structures	12
2.2.2 La prise en charge à domicile.	13
2.2.3 La prise en charge par les aidants.	13
2.3 Une disparité territoriale dans les modes de coopération.	14
2.3.1 La psychiatrie de liaison, expérience de lien entre la psychiatrie et le secteur médico-social.	15
2.3.2 Des différences territoriales dues à une absence de cadre défini.	16

3	UNE FILIERE A LA LIMITE DE LA STRUCTURATION INSTITUTIONNELLE : MARGES DE MANŒUVRE	17
3.1	Si les planifications des secteurs sanitaire et médico-social convergent, la filière géro- psychiatrique souffre d'un manque d'identification.	17
3.1.1	Des schémas d'organisation traditionnellement « cloisonnés »	17
3.1.2	Un besoin d'identification institutionnelle	19
3.2	Améliore la fluidité des parcours	20
3.2.1	Une coordination à renforcer	20
3.2.2	La nécessité de développer les passerelles	21
3.2.3	Envisager de nouveaux mode de coopération territoriale et de délégations	23
3.3	La prise en charge de la personne souffrant de troubles psychiatriques fait face à un manque de formation.	24
3.3.1	Un environnement favorable à la constitution d'une discipline	24
3.3.2	Une nécessité d'élargir la formation des professionnels paramédicaux	25
3.3.3	Au-delà des professionnels, la prise en compte de l'entourage	25
	CONCLUSION	27
	BIBLIOGRAPHIE	29
	LISTE DES ANNEXES	32
	EVOLUTION DE LA PSYCHIATRIE	I
	LA PLACE DES PERSONNES AGEES DANS LA PRISE EN CHARGE PSYCHIATRIQUE	V
	PLAN PSYCHIATRIE ET SANTE MENTALE 2005-2008	XI
	ORGANISATION DE L'EQUIPE MOBILE DE GERONTO-PSYCHIATRIE DE LA ROCHE-SUR- YON	XIII
	LES ENTRETIENS MENES DANS LE CADRE DU MISP 2	XV

Remerciements

Tout d'abord nous tenons à remercier Mesdames Françoise MOHAER et Karine CHAUVIN, animatrices du groupe, pour leur disponibilité et leurs conseils méthodologiques.

Nos trois semaines de travail sur le sujet de « Quelles articulations entre les prises en charge psychiatrique et médico-sociale pour répondre aux besoins des personnes âgées présentant des troubles psychiatriques » ont été riches d'échanges et de découvertes. Ce travail de groupe nous a donné l'occasion de nous associer entre filières autour d'un sujet commun.

Nous tenons également à remercier l'ensemble des personnes que nous avons rencontré dans le cadre de ce module interprofessionnel et qui ont accepté de se prêter à un entretien malgré un emploi du temps souvent chargé. Leur expertise et leur disponibilité nous ont permis d'étayer notre travail.

- Monsieur **ALLOMBERT** – Directeur de l'hôpital local d'Antrain
- Docteur **CHABANNES** - Psychiatre au CH Alpes – Isère
- Monsieur **FAYOLLE** – président de l'UNAFAM 35
- Docteur **GIRAUD – BARO** – Psychiatre au CH Alpes – Isère
- Docteur **HEYWARD** – Psychiatre au CH Alpes – Isère
- Monsieur **JOURDAIN** – Professeur à l'EHESP
- Monsieur **JUHAN** – Directeur d'Hôpital (MNASM)
- Docteur **KANASS** – coordonnateur MNASM
- Monsieur **LAPIE** – UNA 35, Président de la CDAPH
- Monsieur **LEDRU**, Madame **PERPOIL** et Madame **BROSSARD** – membres de l'équipe de Géronto Psychiatrie de la Roche sur Yon
- Madame **LE GOSLES** – Directrice Foyer Montfort
- Madame **LYS** – Chargée de Missions à la DGOS – Bureau R4
- Monsieur **MALO** – psychologue clinicien, association « psychologie et vieillissement » à Rennes
- Docteur **MASSE** – Psychiatre, Chef de service à Ste Anne
- Madame **MENARD** et Madame **MERABET** – EDPA de Saint Brévin les Pins
- L'équipe infirmière du CMP « Santé Mentale et Vieillesse » du CHS de BLAIN

- Madame **OLNETTE** – CG 35
- Madame **RASCHI** – Cadre Supérieur de Santé au CH Alpes – Isère

Enfin, nous remercions également les responsables du module interprofessionnel pour leur travail préparatoire ainsi que leur aide logistique et organisationnelle qui nous ont permis de travailler dans de bonnes conditions.

Liste des sigles utilisés

AMP	Association Mondiale de Psychiatrie
ARH	Agence Régionale de l'Hospitalisation
ARS	Agence Régionale de Santé
CANTOU	Centre d'Activités Naturelles Tirées d'Occupations Utiles
CASF	Code de l'Action Sociale et des Familles
CATTP	Centre d'Accueil Thérapeutique à Temps Partiel
CDAPH	Commission des Droits et de l'Autonomie des Personnes Handicapées
CG	Conseil Général
CH	Centre Hospitalier
CHS	Centre Hospitalier Spécialisé
CLIC	Centre Local d'Information et de Coordination
CMP	Centre Médico Psychologique
CNSA	Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie
CROSMS	Comité Régional de l'Organisation Sociale et Médico-sociale
DDASS	Direction Départementale des Affaires Sanitaires et Sociales
DES	Diplôme d'Etude Spécialisé
DESC	Diplôme d'Etude Spécialisé Complémentaire
DGOS	Direction Générale de l'Offre de Soins
DHOS	Direction de l'Hospitalisation et de l'Offre de Soins
DRASS	Direction Régionale des Affaires Sanitaires et Sociales
DRESS	Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques
EDPA	Etablissement Départemental pour Personnes Agées
EHESP	Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique
EHPAD	Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes
EMGP	Equipe Mobile de Géroto Psychiatrie
EMPLI	Equipe Mobile Psychiatrique de Liaison
FAM	Foyer d'Accueil Médicalisé

FNG	Fédération Nationale de Gérontologie
GEM	Groupe d'Entraide Mutuelle
HAS	Haute Autorité de Santé
HPST	Hôpital Patients Santé et Territoires
INSEE	Institut National de la Statistique et des Etudes Economiques
MAS	Maison d'Accueil Spécialisé
MDPH	Maisons Départementales des Personnes Handicapées
MNASM	Mission Nationale d'Appui en Santé Mentale
OMS	Organisation Mondiale de la Santé
PHAR	Pôle Handicap Addictologie Réhabilitation
PRIAC	PRogramme Interdépartemental d'ACcompagnement des handicaps et de la perte d'autonomie
SOSMS	Schéma d'Organisation Sociale et Médico-sociale
SPASAD	Services Polyvalents d'Aide et de Soins à Domicile
SROS	Schéma Régional d'Organisation Sanitaire
SSIAD	Services de Soins Infirmiers à Domicile
SSAD	Service de Soins et d'Aide à Domicile
SSR	Soins de Suite et de Réadaptation
USLD	Unité de Soins de Longue Durée
UNAFAM	Union Nationale des Amis et Familles de Malades psychiques
UNA	Union Nationale de l'Aide, des soins et des services à domicile
URCAM	Union Régionale des Caisses de l'Assurance Maladie

Méthodologie de travail

Le présent mémoire a été réalisé dans le cadre du Module Interprofessionnel de Santé Publique, entre le lundi 3 mai et le vendredi 21 mai 2010. 4 élèves directeurs d'établissements sanitaires, sociaux et médico-sociaux, 2 élèves directeurs d'hôpitaux, 2 élèves directeurs de soins, et 2 élèves inspecteurs de l'action sanitaire et sociale ont participé à sa réalisation. Ce travail de groupe a été produit sur la base d'entretiens semi-directifs organisés avec des acteurs des champs sanitaire et médico-social.

Le thème initial de notre module était : « De la psychiatrie au médico-social : quelle adéquation des réponses aux besoins des personnes présentant des troubles psychiatriques ? ». Compte tenu des délais impartis pour la réalisation de cette étude, nous avons décidé après de multiples débats au sein du groupe de cibler une population particulièrement concernée par le sujet : les personnes âgées. Ainsi, notre problématique a été reformulée de la manière suivante : « Quelles articulations entre les prises en charge psychiatrique et médico-sociale pour répondre aux besoins des personnes âgées présentant des troubles psychiatriques ? »

Dans le cadre de cette méthodologie, nous avons fait le choix de rencontrer de multiples acteurs du champ sanitaire et médico-social afin d'apporter un regard empirique sur les modes de coopérations existants. Les entretiens menés ont été organisés sur la base des contacts préalablement établis par les animatrices (9 entretiens) et complétés par le réseau professionnel des membres du groupe (6 entretiens). Au total, 15 entretiens ont été réalisés auprès des acteurs des champs sanitaires et médico-sociaux, des représentants des usagers et des représentants de l'Etat (ministère)¹Au regard des délais, les contacts pris avec l'Agence Régionale de Santé (ARS) de Bretagne et la Caisse Nationale de Solidarité pour l'Autonomie (CNSA) n'ont pu se concrétiser.

Chaque membre du groupe a participé à au moins deux entretiens. Nous avons veillé à ce que pour chaque entretien, au moins deux filières différentes soient représentées.

¹ Annexe relative aux entretiens menés

Après avoir mis en commun nos expériences professionnelles et organisé les entretiens, nous avons à partir de nos lectures (dont le dossier documentaire) identifié l'ensemble des axes de travail à explorer sur cette thématique.

Ce travail d'exploration a fait l'objet d'un partage de connaissances, permettant ensuite à partir d'hypothèses soulevées, de problématiser le sujet et de construire en conséquent une trame d'entretien (cf : Annexe 6). Chaque entretien a fait l'objet d'une restitution écrite et orale à destination de l'ensemble du groupe, permettant des confrontations et débats d'idées. Les premiers entretiens menés durant la deuxième semaine du module nous ont permis de préciser notre problématique et de structurer le plan détaillé de notre mémoire. A partir de la troisième semaine, nous nous sommes organisés en sous groupes pour la rédaction du mémoire sachant que nous partageons des temps de mise en commun et de confrontation chaque jour. Un comité de lecture s'est chargé de s'assurer de la cohérence d'ensemble.

Parallèlement à ce travail, nous avons visionné un reportage sur l'hôpital psychiatrique « Sainte Anne », diffusé sur Arte et nous avons organisé dans le cadre de l'association Vidéo Club de l'Ecole des Hautes Etudes en Santé Publique (EHESP), la diffusion du film « *la tête contre les murs* », film français réalisé par Georges Franju en 1959, à partir du roman d'Hervé BAZIN.

Introduction

En 1960, la circulaire relative au programme d'organisation et d'équipement des départements en matière de lutte contre les maladies mentales se préoccupait de la prise en charge des « vieillards ». Elle préconisait que les sujets présentant des troubles mentaux relevant de traitements psychiatriques ne devaient qu'exceptionnellement être adressés à l'hôpital psychiatrique, la place des personnes âgées étant à leur foyer et éventuellement, dans les maisons de retraite². Le principe d'une action sanitaire "hors les murs" était posé de façon générale par la circulaire du 15 mars 1960 relative au programme d'organisation et d'équipement des départements en matière de lutte contre les maladies mentales. Les décennies suivantes virent la fermeture de 50 000 lits d'hospitalisation en psychiatrie.

La plupart des patients sont aujourd'hui suivis en ambulatoire, vivent dans leur famille ou sont accueillis dans des structures médico-sociales ou sociales. Ce changement d'appréhension dans la prise en charge des patients souffrant de troubles psychiatriques a ainsi conduit au développement du tissu extra-hospitalier³. La prise en charge de la personne âgée relève dès lors de deux secteurs aux cultures et aux fonctionnements différents.

Comment l'articulation entre les secteurs sanitaire et médico-social s'est-elle organisée ? Cette interrogation trouve un écho particulier et actuel avec le vieillissement de la population. Les personnes âgées, c'est-à-dire ayant plus de 60 ans, sont en nombre croissant. L'espérance de vie des malades chroniques a augmenté. Avec l'allongement de la durée de vie de la population générale, il convient de distinguer un 3^e et un 4^e âge. L'entrée en établissement se fait en moyenne à 86 ans. En quoi la prise en charge psychiatrique doit elle être adaptée à cette population dépendante et fragilisée ?

Le secteur médico-social a traditionnellement pris en charge les personnes âgées et en particulier dès 1975, les personnes handicapées mentales, caractérisées par la limitation des facultés cognitives, de déficience intellectuelle. Le handicap mental a été exclu du champ de ce travail.

² Circulaire du 15 mars 1960 relative au programme d'organisation et d'équipement des départements en matière de lutte contre les maladies mentales

Les établissements médico-sociaux ou les dispositifs d'aide à domicile sont-ils adaptés au public vieillissant⁴ qui présente des troubles psychiatriques ? Les sujets souffrant de la maladie d'Alzheimer bénéficient d'un Plan et d'une prise en charge spécifique, quelles réponses sont apportées aux personnes souffrant d'autres pathologies ?

Ces deux secteurs, sanitaire et médico-social, s'articulent-ils de façon satisfaisante pour permettre d'inscrire la personne âgée dans un parcours de soins cohérent, et plus globalement dans un projet de vie, et éviter les prises en charge fragmentées, voire lacunaires ?

L'importance de l'articulation entre la psychiatrie et le médico-social est prise en compte dans les plans nationaux et les circulaires ministérielles. L'autonomie est toutefois laissée par la législation à l'initiative locale. Cette autonomie est-elle un gage de réponse adaptée aux besoins du territoire ? Ou est-elle source de disparités dans la prise en charge ?

Les personnes âgées souffrant de troubles psychiatriques constituent une population fragile, qui demande une prise en charge globale et personnalisée dépassant les représentations traditionnelles de la vieillesse (partie I). Le mouvement de « désinstitutionnalisation » de la psychiatrie et le développement consécutif du médico-social ont toutefois suscité des modes de coopération disparates (partie II). Des évolutions souhaitables peuvent être identifiées en matière de pilotage, coopération et de formation des acteurs (partie III).

³ Le Livre Blanc de la Fédération Française de Psychiatrie - 4. Psychiatrie et Société (Rapport rédigé par Nicole HORASSIUS – JARRIE)

⁴ Public vieillissant : fait référence à l'âge chronologique autant qu'aux capacités psychiques à assumer les modifications associées au vieillissement (physiques, relationnelles, cognitives)

1 LE VIEILLISSEMENT DANS NOTRE SOCIÉTÉ : ENTRE PATHOLOGIES ET REPRÉSENTATIONS

Le regard, dans les sociétés occidentales contemporaines, est toujours ambigu comme le démontre l'usage systématique de circonlocutions (telles que *senior* ou *personne âgée*) en remplacement des mots *vieux* ou *vieillard*. Quant à la folie, en terme psychiatrique, elle recouvre plusieurs réalités et des termes plus spécifiques sont utilisés par les spécialistes (psychose, schizophrénie..). Ces pathologies entraînent souvent une dépendance des personnes âgées, qui nécessitent une prise en charge spécifique.

1.1 Une population vieillissante fragilisée

L'efficacité des programmes de santé et l'amélioration des conditions de vie ont eu comme conséquence d'allonger l'espérance de vie sans réduire l'incidence des maladies, ce qui a favorisé l'augmentation du nombre de personnes ayant des pathologies chroniques (dont les pathologies psychiatriques).

1.1.1 Une accélération du vieillissement démographique

Une **personne âgée** est, pour le sens commun, une personne dont l'âge est avancé et qui présente les attributs physiologiques et sociaux de la vieillesse tels que la société se les représente. Edgar Morin pour définir la « vieillesse » parle de continuum de l'âge. Serge Guérin, pour sa part, insiste sur le fait que l'âge est un construit social qui évolue en fonction des normes que se donne la société. Pour lui, l'âge a "rajeuni" du fait de l'augmentation de l'espérance de vie et de l'amélioration de la santé des plus de 60 ans. Dans la réglementation française c'est aussi cet âge qui a été retenu pour certaines prestations ou dispositions concernant les personnes âgées (ex : l'allocation personnalisée d'autonomie). **Les plus de 60 ans représentent actuellement en France, 21 % de la population générale, soit 13,8 millions d'individus.** En 2050, notre pays comptera trois fois plus de personnes âgées de plus de 85 ans qu'aujourd'hui.

1.1.2 Lorsque la vieillesse révèle des inégalités

Vieillesse, isolement social et précarité sont des thèmes fréquemment associés pour qualifier des problématiques de la fin du parcours de vie.

L'isolement social représente le problème majeur de l'avancée en âge dans nos sociétés industrialisées. Selon Jacques FESSARD⁵, l'isolement social affecte davantage les personnes socio économiquement faibles et agit alors de façon déprimante sur le moral. Ainsi, l'isolement social n'agit pas tout seul, mais, combiné à la personnalité ou à l'état psychophysiologique, il aboutit à un **processus de désengagement de la personne vieillissante face au système social**.

Une étude réalisée par la Fédération Nationale de Gérontologie (FNG)⁶ auprès de retraités âgés de plus de 70 ans témoigne de l'existence de situations très contrastées. Plaintes et souffrance résultent d'une conjonction de plusieurs facteurs, objectifs et subjectifs liés à la personnalité, au regard et à l'appréciation portés sur la vie, au sentiment de satisfaction ou de frustration qui en découle : 37% des personnes disent souffrir de solitude et 34,7% disent souffrir d'inutilité.

Aussi, le processus de vieillissement consolide, voire aggrave, les inégalités économiques et sociales établies au cours de la vie et a tendance à renforcer les clivages sociaux ou les situations d'exclusion. Il en résulte que l'on n'aborde pas le temps de la vieillesse avec les mêmes atouts. 600 000 personnes âgées vivent avec une allocation de solidarité de 628 euros mensuels qui les situe sous le seuil de pauvreté et en fait **une population très vulnérable particulièrement exposée aux difficultés liées à la précarité**. Cette fragilité est majorée, dès lors que les personnes âgées présentent des troubles mentaux.

1.1.3 Des problèmes croissants de troubles mentaux

Selon l'Organisation Mondiale de la Santé (OMS), les troubles neurologiques et psychiatriques constituent une des premières causes de morbidité et les 3/5èmes de toutes les sources d'incapacité liées au vieillissement. La maladie mentale est au deuxième rang derrière les maladies cardiovasculaires en termes d'incapacité, de mort prématurée et de coût socio-économique.

Le rapport de la Banque Mondiale et de l'OMS sur le fardeau global des maladies prédit qu'en 2020 la seule dépression sera au deuxième rang dans le monde, au premier pour les femmes. **La France présente un taux important de suicides notamment chez les sujets**

⁵ FESSARD J-Etude américaine sur l'isolement, 1978

⁶Enquête 2009 Fédération Nationale de Gérontologie, Du lien social à l'estime de soi, Martine DORANGE, psychosociologue

âgés, avec des taux de mortalité très élevés, en particulier chez les hommes de plus de 85 ans (130 pour 100.000).

L'étude longitudinale Esprit⁷, qui constitue une base de données relativement exhaustive sur les troubles psychiatriques, estime la prévalence de certains troubles psychiatriques chez les personnes âgées. L'agoraphobie (prévalence 10,1%), l'anxiété généralisée (6,2%) et la dépression majeure (3,1%) sont les pathologies les plus fréquentes. Les troubles sont plus fréquents chez les personnes ayant des bas revenus comme le souligne l'équipe infirmière de l'hôpital psychiatrique de Blain (44), qui évoque un lien étroit entre psychiatrie et précarité.

Par ailleurs, selon une étude de la Direction de la Recherche, des Etudes, de l'Evaluation et des Statistiques (DREES) réalisée auprès de personnes âgées vivant en établissement⁸, 85% des résidents présentent une affection neurologique ou psychiatrique. Les pathologies les plus fréquemment trouvées en établissement, sont les syndromes démentiels, les syndromes dépressifs et les états anxieux. Les troubles du comportement concernent 28% des résidents et sont considérés comme très graves dans ¼ des cas.

Au regard de ces éléments, nous mettons en évidence que la population des personnes âgées n'est pas une population homogène et que celle-ci nécessite des besoins différents de prise en charge en fonction de la situation socio-économique des personnes et des pathologies psychiatriques qu'elles présentent.

1.2 Les troubles psychiatriques « diversifiés » du sujet âgé nécessitent des prises en charge adaptées

Alors que la plupart des pathologies observées chez les sujets âgés sont associées à des troubles psychiatriques, le psychiatre Gérard MASSE⁹ souligne qu'« *en France, les psychiatres n'aiment pas le secteur des personnes âgées, se méfient des démences* » et rappelle qu'ils n'ont aucune formation initiale spécialisée dans ce domaine contrairement à la plupart des pays européens. Les sujets âgés sont généralement évoqués comme un

⁷ Enquête de Santé Psychologique– Risques, Incidence et Traitement

⁸ Enquête DREES : Juin 2006, « les pathologies des personnes âgées vivant en établissement », Etudes et Résultats, n°494.

⁹ G.MASSE est psychiatre à Sainte-Anne et ex responsable de la Mission Nationale d'Appui en Santé Mentale

groupe homogène, alors même que leurs besoins psychopathologiques sont extrêmement variés. Trois types de situations et de publics peuvent être distingués.

1.2.1 Les patients vieillissants hébergés de longue date en psychiatrie

Ces patients constituent une population autrefois uniquement asilaire qui aujourd'hui, grâce à l'évolution des thérapeutiques, pourraient sortir de l'institution psychiatrique. Les principales causes de leur hospitalisation sont les troubles psychotiques et en particulier la schizophrénie. Celle-ci se définit par « *un ensemble de troubles où dominant la discordance, l'incohérence verbale, l'ambivalence, l'autisme, les idées délirantes, les hallucinations mal systématisées et de profondes perturbations affectives dans le sens du détachement et de l'étrangeté des sentiments. Ces troubles ont tendance à évoluer vers un déficit et une dissociation de la personnalité* »¹⁰. En France environ 1,1% de la population est touchée, soit 635 000 cas et 33% de ces patients sont pris en charge à temps complet dans une institution¹¹. Ces psychoses chroniques, souvent stabilisées avec l'âge, ne permettent pas aux patients d'être suffisamment autonomes. Ils nécessitent un suivi par des équipes de psychiatrie de liaison, l'accueil en Foyer d'Accueil Médicalisé (FAM), Maison d'Accueil Spécialisé (MAS) ou structures médico-sociales telles que les Etablissement d'Hébergement pour Personnes Agées Dépendantes (EHPAD). Comme le souligne J.FAYOLLE, président de l'Union Nationale des Amis et Familles de Malades Psychiques 35 (UNAFAM), « *si la loi de 2005 sur le handicap psychique a permis d'étayer les modes de sortie de l'hôpital, pour 40% des personnes la réponse n'est pas complètement suffisante* ».

1.2.2 Les personnes âgées atteintes par une affection psychiatrique classique, non démentielle

Le vieillissement de la population s'accompagne d'une importante augmentation de la morbidité neuropsychiatrique. Les pathologies psychiatriques dominantes concernent les états dépressifs et anxieux, les états régressifs (syndromes de glissement), les états confusionnels, les délires. Pour l'usager et sa famille, face à l'urgence, l'hospitalisation en milieu psychiatrique reste la réponse de premier niveau. A la sortie, la personne âgée est prise en charge par des équipes soignantes soit à domicile [Service de Soins Infirmiers à Domicile (SSIAD), Service de Soins et d'Aide à Domicile (SSAD), Centre Médico

¹⁰ Traité de la psychiatrie de Henry EY.1980

¹¹ Rapport DREES 2007.

Psychologique (CMP)], soit dans des structures intra hospitalières [Soins de Suite et de Réadaptation (SSR), Unité de Soins de Longue Durée (USLD)] ou extra hospitalières (EHPAD). Les réponses en terme de prise en charge ne semblent pas toujours adaptées aux besoins de cette population et aux attentes des familles malgré la diversité des solutions proposées et « *le choix des familles se fait souvent sur des critères comme le prix et la proximité* »¹².

1.2.3 Les personnes âgées atteintes d'un processus démentiel.

La population touchée par les démences est par définition chronique dans l'état actuel de nos connaissances scientifiques et nécessite un plan de prise en charge spécifique au long cours. Après 75 ans, la démence est au premier plan des problèmes de santé mentale et « *constitue le problème central* »¹³. Elle touche 860 000 personnes et pourrait en concerner 2,1 millions en 2040 avec l'allongement de la vie¹⁴. La maladie d'Alzheimer est la plus répandue des démences : elle représente 70% de ces pathologies. Au-delà de l'âge de quatre-vingt-cinq ans, 15 % de la population serait touchée par la maladie d'Alzheimer. Perte d'autonomie, dépendance et hospitalisations accompagnent le quotidien des personnes atteintes de démences. Leurs évolutions rendent difficile l'accompagnement par les aidants et nécessitent souvent une entrée en institution. Ceci est devenue un véritable problème de santé publique et depuis les années 2000 a fait l'objet d'actions publiques spécifiques (trois plans « Alzheimer »).

Les personnes âgées souffrant de troubles psychiques persistants rencontrent de grandes difficultés dans leur parcours de prise en charge, difficultés majorées par les représentations encore dévalorisées de la vieillesse et du handicap psychique dans notre société.

1.3 Des représentations sociales négatives encore trop prégnantes

1.3.1 La double peine portée par les personnes âgées souffrant de troubles psychiatriques

Les représentations que notre époque donne du grand âge sont parfois éloquentes. Il est fréquent que l'on célèbre des « vieux » qui ne sont pas « vieux » (ex : les couvertures de

¹² Entretien avec M.ALLOMBERT Directeur de l'hôpital local d'Antrain

¹³ Entretien avec G.MASSE

bien des magazines spécialisés présentant des *seniors* étonnamment actifs). Aussi, les performances, la carrière, la maîtrise de soi, de sa parole, de ses mouvements, la beauté sont des valeurs portées par notre société moderne, qui s'opposent de fait à l'état résultant de la vieillesse.

Les liens entre vieillissement, vieillesse et santé sont particulièrement difficiles à appréhender puisque par essence chacune de ces entités est complexe. Bien que de nature multidimensionnelle, le vieillissement est envisagé dans notre société de façon dominante sous son seul aspect biologique, celui de la sénescence. Les troubles mentaux particulièrement fréquents chez les personnes âgées représentent une source importante de charge pour les sociétés. Il y a un risque élevé que cette charge augmente de façon importante avec le vieillissement des populations. Dans ce contexte, les représentations négatives, voire **la stigmatisation reste l'obstacle le plus important pour assurer l'accès aux soins de qualité pour les personnes âgées avec troubles mentaux.**

L'OMS et l'Association Mondiale de Psychiatrie (AMP) reconnaissent que la stigmatisation et la discrimination liées aux troubles mentaux sont fortement associées à la souffrance, aux incapacités et aux pertes économiques. C'est d'ailleurs pour cette raison, qu'un protocole technique d'accord a été rédigé en 2002 par l'AMP et l'OMS, avec la collaboration de plusieurs Organisations Non Gouvernementales afin de promouvoir et de proposer des politiques, des programmes et des actions pour combattre cette stigmatisation¹⁵.

1.3.2 Une stigmatisation qui ne facilite pas l'accès aux soins

Cette stigmatisation de la personne sénile n'est pas récente. D'ailleurs, dès l'origine des diverses institutions qui, chacune à sa manière, ont pour tâche d'accompagner les hommes dans les derniers lacets du chemin de leur vie, se trouve une injonction d'ordre éthique : il s'agit de ne pas laisser autrui seul avec sa souffrance. De l'hospice à l'hôpital, de l'hôpital aux dépôts de mendicité, des dépôts de mendicité à la maison de retraite, de la maison de retraite à la maison familiale, de la maison familiale à l'EHPAD, il semble cependant que depuis deux siècles le parcours des « vieillards » ait ressemblé à quelque chose comme une errance, tout se passant comme si les diverses institutions ayant pour tâche de les

¹⁴ Etude LEEM 2006 citée dans Rapport Milon p 104

accompagner se les étaient renvoyés les unes aux autres, faisant apparaître par là le grand âge comme une charge plutôt que comme une chance.

Aussi, la personne très âgée lourdement handicapée apparaît-elle comme le symbole, à la fois de la victoire et à la fois de la défaite de la médecine scientifique moderne : elle ne serait plus là sans cette médecine conquérante par laquelle l'homme veut se rendre « comme maître et possesseur de la nature »¹⁶; mais son handicap signe l'échec de cette médecine. Ces maladies que l'on ne sait guérir, et qui engendrent des fragilités et des dépendances que notre modernité juge spontanément indignes seront nommés *maladies chroniques*. Et les institutions soucieuses de développer la médecine de pointe ciblée sur les maladies aiguës, auront souvent grand désir de **se débarrasser de ces malades chroniques**, devenus eux-mêmes des « chroniques » qui encombrant.

Pourtant, les évolutions réglementaires récentes¹⁷ reconnaissent le patient âgé comme un citoyen à part entière mais le regard sur les troubles psychiatriques reste ambigu et contradictoire. Leurs troubles du comportement dérangent tant dans la cité qu'en institution, ainsi tous les professionnels, patients, familles doivent gérer ce paradoxe : d'un côté on proclame de façon formelle le droit des usagers et de l'autre trop de patients sont victimes de conditions d'accueil inadaptées. **La question de la dignité des personnes âgées doit interroger notre système sanitaire et social.**

2 « LE DIVORCE A LA FRANÇAISE » ENTRE LE PSYCHIATRIQUE ET LE MEDICO-SOCIAL FAIT APPARAÎTRE UN NECESSAIRE BESOIN DE COOPERATION.

L'ouverture de la psychiatrie vers la cité et la montée en charge parallèle du médico-social pour la prise en charge des personnes âgées présentant des troubles psychiatriques ont suscité des coopérations insuffisantes et disparates territorialement. Le docteur

¹⁵ Protocole technique d'accord - Organisation Mondiale de la Santé, Association Mondiale de Psychiatrie- « Réduire la stigmatisation et la discrimination envers les personnes âgées souffrant de troubles mentaux » - 2002

¹⁷ Loi n°2002-2 du 02 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale, la loi n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé et la Loi n°2005-102 du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances

CHABANNES qualifie le partage entre la psychiatrie et le médico-social de « divorce à la française »¹⁸.

2.1 L'évolution globale de la psychiatrie vers la cité.

L'évolution de la psychiatrie de la personne âgée a une histoire. Elle s'est inscrite dans l'évolution globale de la psychiatrie en France, pour ensuite se distinguer comme discipline en se reconnaissant des spécificités.

2.1.1 Une psychiatrie « hors les murs » tournée vers le soin.

L'organisation de la psychiatrie est marquée par une production législative particulièrement abondante dans les années 1980 laissant un cadre culturel et juridique « séparant » le sanitaire et le médico-social, deux secteurs pourtant indissociables dans la continuité de la prise en charge des troubles mentaux. « *Sans nul doute, c'est l'évolution de la place dévolue à l'hospitalisation temps plein qui s'avérera la modification la plus importante de l'histoire de la psychiatrie.* »¹⁹ Autrefois, l'hospitalisation occupait une part importante de la vie de nombreux malades ; aujourd'hui, elle s'est recentrée sur sa fonction de soin, les autres fonctions se voyant désormais transférées sur des structures extra-hospitalières.

Historiquement, la loi du 30 juin 1838, véritable première charte des malades mentaux, devait régler pendant plus de cent cinquante années leur sort. Fondatrice, elle définit pour la première fois le statut du malade et les conditions de son traitement. Elle impose dans un court article, l'implantation dans chaque département d'un établissement destiné au traitement des malades mentaux.

En fait, c'est la circulaire du 15 mars 1960, qui devait donner une impulsion décisive à l'évolution du paysage psychiatrique en France. Néanmoins cette sectorisation ne se généralisera qu'à partir de 1972 et de manière inégale d'un département à l'autre. La politique de sectorisation a abouti à la création des secteurs psychiatriques. Chaque secteur représente un territoire géographique spécifique dont la population est en principe de 60 000 à 100 000 habitants. La loi du 31 décembre 1985, crée les conditions juridiques et réglementaires à cette sectorisation.

¹⁸ Entretien avec le Dr CHABANNES.

¹⁹ Gilles VIDON « Vers la fermeture des hôpitaux psychiatriques »

Le CMP devient une structure pivot de la prise en charge, avec l'arrêté du 14 mars 1986 et trouve une base juridique pour assurer une coordination et un accueil en milieu ouvert. Il organise des soins de prévention, de diagnostic, de soins ambulatoires et d'interventions à domicile. Le processus de désinstitutionalisation et les fermetures des lits s'accroissent. Cette transformation de la psychiatrie publique s'est accompagnée du basculement d'un nombre croissant de « patients » vers des structures sociales et médico-sociales, que ce soit pour des projets d'insertion ou des prises en charge plus adaptées et souvent moins coûteuses.

Selon les témoignages de plusieurs psychiatres interrogés, cette politique de secteur ne s'est pas accompagnée des moyens nécessaires à une prise en charge ambulatoire de qualité autant à domicile que sur les différentes structures sociales et médico-sociales.²⁰

Ce mouvement a aussi fait l'objet de vives inquiétudes du côté de la psychiatrie : le changement est vécu sur le mode de la perte. On a trop souvent opposé maladie mentale (appréhendue comme curable et temporaire) au handicap (défini comme stable donc permanent). Il semble qu'aujourd'hui cette opposition soit moins nette.

Plus récemment, on a insisté sur l'importance de l'accompagnement dans la vie sociale constituant ainsi le chaînon manquant de l'accompagnement des personnes présentant des troubles psychiatriques. Les équipes de soins en psychiatrie sont amenées à intervenir autant sur des structures lieux de vie qu'au domicile.

2.1.2 La prise en charge psychiatrique de la personne âgée a été délaissée

La sectorisation a engendré un changement radical de la place des personnes âgées: Un consensus est apparu : les sujets âgés n'avaient plus leur place à l'hôpital psychiatrique. Communément, cette période a été vécue comme un rejet massif et un désintérêt de la psychiatrie pour le sujet âgé. Ce mouvement a dépassé le cadre de la démence et a englobé les patients psychotiques vieillissants transférés massivement vers les maisons de retraite. Le développement de la gériatrie a conforté ce désintérêt de la part des psychiatres, laissant ainsi la prise en charge « des vieux » aux autres professionnels (gériatres, neurologues, gériatologues...). Progressivement des centres hospitaliers spécialisés en psychiatrie ont néanmoins mis en place des structures spécifiques à la psychiatrie de la personne âgée dans le cadre de leurs projets d'établissements. Ces initiatives restent isolées et récentes.

²⁰ Dr GIRAUD-BARO ; Dr HEYWARD ; Dr CHABANNES (Psychiatres)

L'évolution de la psychiatrie qui s'est traduite par la mise en place de la sectorisation et des fermetures de lits a fait basculer de nombreux patients âgés dans les structures médico-sociales, qui ont du s'adapter à ces prises en charges particulières.

2.2 La montée en charge du médico-social.

Au système d'hospitalisation psychiatrique des personnes âgées présentant des troubles mentaux a succédé une prise en charge à domicile, dans les structures médico-sociales et un accompagnement des aidants.

2.2.1 La prise en charge dans les structures

Aujourd'hui, certains EHPAD tendent à se spécialiser pour accueillir au mieux les personnes âgées souffrant de troubles psychiatriques. Le plus souvent, ces structures se spécialisent dans la prise en charge de la maladie d'Alzheimer qui bénéficie d'un plan spécifique. Toutefois, pour les autres personnes, malgré la capacité d'accueil disponible, certains de ces établissements refusent de les recevoir. C'est le cas de 36% des EHPAD²¹, Les raisons invoquées sont le manque de formation des personnels, la lourdeur de la prise en charge et la cohabitation qui peut s'avérer difficile entre les résidents. Ces difficultés sont liées à l'écart d'âge entre ces deux populations (66 et 85 ans en moyenne) et à la manifestation différente de leurs symptômes.²².

Ainsi faute de structures d'aval et malgré la limite d'âge fixée à 60 ans certaines structures médico-sociales²³ (MAS, FAM) continuent à prendre en charge des personnes vieillissantes souffrant de troubles psychiatriques. C'est le cas du FAM à Redon²⁴ depuis 2009 et de plus en plus de foyers de vie pour personnes handicapées vieillissantes qui voient le jour.

Cependant l'hébergement en institution reste minoritaire puisque une proportion importante des personnes âgées avec des troubles psychiatrique vit à domicile. Cela est facilité de par l'évolution des mentalités et les politiques en faveur du maintien à domicile.

²¹ CLEMENT, La psychiatrie de la personne âgée, p. 524

²² Entretien avec le Dr GIRAUD BARO

²³ Cf annexe 2

²⁴ Entretien avec Jacques FAYOLLE, président de l'UNAFAM 35

2.2.2 La prise en charge à domicile.

Le maintien à domicile des personnes âgées, y compris celles souffrant de troubles psychiatriques, est un processus qui arrive à maturité aujourd'hui malgré quelques insuffisances. En effet, les personnes souhaitent rester le plus longtemps possible chez elles même si elles souffrent d'un handicap plus ou moins invalidant. Quarante ans après le rapport LAROQUE²⁵, le maintien à domicile devient une des priorités de la politique vieillesse en France, essentiellement supportée par les conseils généraux depuis la mise en place de l'allocation personnalisée à l'autonomie en 2002. Ce maintien à domicile a aussi été renforcé par la loi du 26 juillet 2005 en faveur du développement des services à la personne. Il a également été fortement incité par les plans Alzheimer et maladies apparentées. Actuellement, on considère que plus de 90% des personnes âgées de plus de 65 ans vivent à domicile ou dans un substitut de domicile²⁶.

De plus, depuis la loi du 11 février 2005, les maladies psychiques sont reconnues comme un handicap. Ceci a encore accru la demande de services à domicile. Les personnes âgées souffrant de troubles psychiques sont souvent en situation de précarité et sont isolées à leur domicile, ne recevant parfois même plus la visite de leurs proches. Se sont alors mis en place des moyens financiers et humains pour maintenir à domicile ces personnes que l'hôpital psychiatrique n'accueille plus qu'en cas de crise.

Les conseils généraux et ARS gèrent les SSIAD et l'aide à domicile. Ces services permettent de rompre l'isolement de la personne dépendante et d'avoir un suivi régulier de celle-ci. Un maintien à domicile est moins traumatisant pour la personne âgée. Il s'agit d'un enjeu médico-social important qui exige de répondre, à un moindre coût, au désir des individus de rester le plus longtemps chez eux, tout en palliant parfois des handicaps importants nécessitant des aides médico-sociales conséquentes²⁷.

2.2.3 La prise en charge par les aidants.

Avant la loi du 11 février 2005, les aidants des personnes souffrant de troubles psychiatriques avaient peu de soutien de la part des professionnels et des pouvoirs publics et s'étaient donc organisés de façon à répondre à des besoins spécifiques en créant des associations. La loi de 2005 leur a apporté une reconnaissance, notamment pour les

²⁵ Rapport LAROQUE, « Politique de la vieillesse », 1962

²⁶ CLEMENT JP, La psychiatrie de la personne âgée, p. 512

²⁷ Ibid, p. 521

associations soutenant les personnes avec des troubles psychiques ainsi que leurs familles²⁸.

Les associations comme l'UNAFAM se sont créées pour écouter et soutenir les familles, apporter une aide et une capacité à faire face à une cohabitation avec des personnes malades psychiquement. L'UNAFAM défend les intérêts des familles et de leurs proches. Les associations impulsent également la mise en place des Groupements d'Entraide Mutuelle (GEM) où les malades acquièrent une plus grande autonomie. Cette autonomie est primordiale pour préserver leur maintien à domicile, éviter les situations de trop grande dépendance, diminuer la souffrance des aidants et anticiper les conséquences liées au vieillissement puis la disparition de leur entourage familial.

Les services à domicile repèrent et tentent de diriger les personnes dans le déni de leur pathologie vers des CMP ou des Centres d'Aide Thérapeutique à Temps Partiel (CATTP).

Les conseils généraux proposent les services d'accueillants familiaux thérapeutiques agréés pour les personnes hospitalisées en établissement psychiatrique. Ces derniers permettent aux familles de respirer et d'accéder à un droit au répit²⁹. Mais, les personnes présentant des troubles trop importants ne peuvent être prises en charge par ces accueillants.

Les aidants sont les premiers soutiens de la personne âgée souffrant de troubles psychiatriques : structures médico-sociales et services à domicile viennent les appuyer et les soulager. C'est pourquoi une coopération entre la psychiatrie et le secteur médico-social s'avère nécessaire, coopération qui reste disparate territorialement.

2.3 Une disparité territoriale dans les modes de coopération.

La nécessité de lien entre le secteur médico-social et psychiatrique est à l'origine d'initiatives locales qui se concrétisent dans la mise en place d'équipes et de structures de liaison. Ces équipes mobiles connaissent des modalités d'organisation et de fonctionnement variables d'un territoire à l'autre.

²⁸ Entretien avec l'UNAFAM 35

²⁹ www.famidac.fr

2.3.1 La psychiatrie de liaison, expérience de lien entre la psychiatrie et le secteur médico-social.

Le suivi et la prise en charge des patients au cœur de la cité peuvent être assurés par la « *psychiatrie de liaison* ». Son but est d'**accompagner le parcours psychiatrique d'une même personne** en complément des soins et activités dispensés par les CMP, les CATTP ou les hôpitaux de jour. Composées de personnels médicaux, soignants, sociaux-éducatifs et rattachés administrativement à un Centre Hospitalier Spécialisé (CHS), les équipes de liaison peuvent prendre plusieurs formes et peuvent être spécialisées vers un type de public. Il peut s'agir d'une Equipe Mobile Psychiatrique de Liaison (EMPLI) telle que celle mise en place par le CHS Alpes-Isère. L'EMPLI a pour mission d'intervenir pour le suivi des personnes présentant des troubles psychiatriques qui résident dans les structures médico-sociales du Centre Hospitalier (CH) de Saint-Laurent du Pont³⁰. Les prestations de soins de cette équipe viennent en complément du travail éducatif et de l'organisation de la vie quotidienne réalisés par les équipes des établissements concernés³¹. Ainsi, le travail de l'EMPLI complète la prise en charge des résidents, en définissant un « *projet de soins qui va venir s'intégrer dans le projet de vie* », selon le Dr GIRAUD BARO, psychiatre de l'équipe de liaison³². Le cadre d'intervention d'une telle équipe contribue à créer du lien entre la prise en charge médico-sociale et psychiatrique des personnes accueillies dans les établissements du CH de Saint-Laurent du Pont. Toutefois, cette équipe, même si elle réalise une part importante de son activité auprès de personnes âgées présentant des troubles psychiatriques, n'est pas exclusivement dédiée à la prise en charge d'un tel public. Résultant d'un choix interne d'organisation, d'autres CHS ont créé des équipes mobiles destinées à l'accompagnement des personnes âgées. C'est le cas du CH Georges MAZURELLE de la Roche Sur Yon³³. En effet, depuis 1992, cet établissement s'est doté d'une Equipe Mobile Géronto-Psychiatrique (EMGP). Son rôle est d'intervenir sur les quatre secteurs psychiatriques de la préfecture de Vendée à la demande des professionnels de santé ou des établissements médico-sociaux lorsqu'une personne âgée présente des troubles psychiatriques, quels qu'ils soient. Le travail de cette équipe mobile est d'assister les professionnels ou les aidants qui ont requis son aide, d'orienter les malades le cas

³⁰ Le CH de Saint-Laurent du Pont a un foyer de vie, un foyer d'accueil médicalisé et un EHPAD spécialisé destiné à la prise en charge des personnes présentant des troubles psychiatriques.

³¹ Livret d'accueil de l'EHPAD spécialisé de Miribel-les-Echelles.

³² Entretien avec le Dr GIRAUD BARO, psychiatre, responsable du Pôle Handicap Addictologie et Réhabilitation (PHAR) du CHS Alpes-Isère, St-Egrève.

³³ Entretien avec l'équipe mobile de géronto-psychiatrie, CH Georges MAZURELLE, La Roche Sur Yon.

échéant vers le court-séjour du CH dont l'équipe dépend administrativement. Ainsi, l'équipe est amenée à intervenir presque exclusivement au sein des EHPAD lorsque l'urgence le justifie. Il en va différemment de l'organisation de la future EMGP du CHS Alpes-Isère, dont le projet est actuellement en cours de construction³⁴. N'intervenant que sur un secteur psychiatrique unique, celui du Voironnais-Chartreuse, cette équipe prendra en charge seulement les personnes âgées qui développent des troubles mentaux liés au vieillissement, qu'elles vivent en établissement médico-social ou non. Cette spécialisation se justifie par des besoins de territoire, mais aussi par l'organisation interne du CHS qui assure la prise en charge des malades mentaux ayant dépassé l'âge de 60 ans.

L'on se trouve donc face à une pluralité de solutions dans l'organisation de la prise en charge des personnes âgées présentant des troubles mentaux.

2.3.2 Des différences territoriales dues à une absence de cadre défini.

Ces différences territoriales dans l'organisation de la psychiatrie de liaison s'expliquent tout d'abord par l'absence de cadre précis. C'est ce que relève le Dr CHABANNES, Psychiatre responsable de pôle du CHS Alpes-Isère et engagé dans le processus de création de l'EMGP. En effet, l'intervention de ces équipes est généralement conditionnée par la création de conventions entre les différentes parties (CHS et établissements médico-sociaux la plupart du temps). Le contenu de ces conventions varie d'un territoire à l'autre, que ce soit en ce qui concerne le type de public pris en charge, les modalités ou le lieu d'intervention. Cela induit de profondes différences entre les départements ou entre les secteurs dans le soin des personnes âgées présentant des troubles psychiatriques. Cela explique par exemple le fait que l'équipe mobile du CH Georges MAZURELLE va intervenir essentiellement auprès des EHPAD pour assister et former les personnels de l'établissement, sans distinction dans le parcours des résidents³⁵, alors que la future équipe du CHS Alpes-Isère s'occupera exclusivement des troubles psychiatriques liés à l'âge des personnes hébergées en établissement ou non. De plus, cette absence de cadre se traduit aussi par l'histoire de ces équipes de liaison géronto-psychiatriques. En effet, leur création est le fruit d'initiatives particulières, locales, en réponse à un besoin. C'est aussi ce qui explique le fait que des territoires ont mis en place de telles structures depuis près de 20 ans alors que d'autres n'en possèdent pas.

³⁴ Entretien avec Mme RASCHI, cadre supérieure de santé, coordinatrice du projet d'équipe mobile géronto-psychiatrique, CHS Alpes-Isère.

Une autre explication à ces disparités territoriales se trouve dans le rôle et l'implication des Centres Locaux d'Information et de Coordination (CLIC). Ces structures de proximité, d'accueil, d'information et de coordination pour les personnes âgées et leur entourage peuvent, lorsqu'elles existent et qu'elles sont actives, être le moteur et le coordonnateur des prises en charge psychiatriques et médico-sociales des personnes âgées présentant des troubles psychiatriques. Tel est le cas du CLIC de la Roche Sur Yon, qui est le centre du réseau pour partie informel qui lie l'EMGP, les établissements médico-sociaux et l'ensemble des acteurs de la prise en charge des personnes âgées présentant des troubles psychiatriques.

3 UNE FILIERE A LA LIMITE DE LA STRUCTURATION INSTITUTIONNELLE : MARGES DE MANŒUVRE

L'augmentation du nombre et la diversité des demandes faites au système de soins psychiatriques contribuent aux difficultés d'articulation entre le secteur sanitaire et médico-social. Malgré les nombreux rapports et plans successifs concernant la politique relative à la psychiatrie et à la santé mentale, les attentes formulées par les professionnels, les patients ou leurs familles restent souvent insatisfaites. Des progrès peuvent être réalisés en matière de pilotage, de coopération et de formation.

3.1 Si les planifications des secteurs sanitaire et médico-social convergent, la filière géro-psi-chiatrique souffre d'un manque d'identification.

3.1.1 Des schémas d'organisation traditionnellement « cloisonnés »

Les secteurs sanitaire et médico-social font l'objet d'une planification séparée. Il n'existe pas précisément de schéma dédié aux personnes âgées souffrant de troubles psychiatriques. Les outils de planification ont toutefois été homogénéisés en 2002-2003 et la loi Hôpital Patients Santé et Territoires (HPST) doit apporter plus de cohérence dans la constitution des prochains schémas.

La loi du 6 janvier 2002 a mis en place des **Schémas d'Organisation Sociale et Médico-Sociale** (SOSMS). Etablis pour un maximum de 5 ans, les SOSMS sont départementaux (transmis par le préfet pour être adoptés par les Conseils Généraux), mais aussi régionaux

³⁵ Cf. Annexe organigrammes

et nationaux. Suite à une définition des besoins sociaux et médico-sociaux du territoire et à un bilan des structures existantes, des objectifs de développement sont établis³⁶. Les SOSMS sont censés être élaborés en cohérence avec les **Schémas Régionaux d'Organisation Sanitaire (SROS)**. L'ordonnance du 4 septembre 2003 réorganise d'ailleurs la planification sanitaire sur le modèle mis en place pour le secteur social et médico-social : La carte sanitaire est supprimée au profit du document unique qu'est le SROS. Les schémas régionaux de psychiatrie sont annexés au SROS.

La circulaire n°2002-207 du 25 octobre 2004 relative à l'élaboration du volet psychiatrie et santé mentale des SROS 3 définit comme prioritaire la prise en charge psychiatrique des personnes âgées. Ses principes sont repris par le Plan de Santé Mentale 2005-2008 (partie 4.4.2) qui insiste sur la nécessaire articulation entre les secteurs, sans pour autant en fixer les modalités.

Même convergentes sur le plan méthodologique, planifications sanitaire et médico-sociale restent cependant séparées. **La création des ARS par la loi du 21 juillet 2009, dite HPST, vise cependant à réduire le cloisonnement et à rendre la planification plus lisible.** Une unique agence se voit dorénavant confier la planification des secteurs sanitaire et médico-social, qui relevaient au préalable respectivement des Agences Régionales de l'Hospitalisation (ARH) et des Directions Régionales des Affaires Sanitaires et Sociales (DRASS) sous l'autorité du préfet. Elle intègre des agents des Unions Régionales des Caisses de l'Assurance Maladie (URCAM) et sera en mesure de dialoguer avec les Conseils Généraux. **Le plan stratégique régional de santé, établi par l'ARS, devrait permettre une approche commune et une gestion transversale des exercices de planification en matière hospitalière, ambulatoire et médico-sociale centrée sur les besoins des personnes.** Dans la loi HPST, les personnes souffrant de troubles psychiatriques ne font pas l'objet cependant d'un traitement particulier.

La cohérence de la planification devra être toutefois jugée à la vue du fonctionnement des ARS. Les ARH fonctionnaient déjà largement à partir d'agents mis à disposition des DRASS. Le regroupement dans une même structure ne garantit pas l'absence de cloisonnements internes ni la reconduite de la gestion précédente³⁷.

³⁶ Articles L312-4 et L312-5 du CASF

³⁷ Madame le député Sylvie DESMARESCAU dans son rapport fait au nom de la commission des affaires sociales, sur le Projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2010 souligne les gains de lisibilité

La loi du 11 février 2005 a rajouté des plans plus spécialisés, les PRogrammes Interdépartementaux d'ACcompagnement des handicaps et de la perte d'autonomie (PRIAC), dans le dessein de faciliter la gestion des enveloppes médico-sociales des crédits de l'assurance maladie qui transitent par la CNSA. Les PRIAC sont établis et révisés chaque année par les services de l'Etat. Si la loi HPST fait de la région le nouveau niveau de droit commun, les Conseils généraux restent toutefois compétents. Menant une double planification, ils peuvent prendre des positions divergentes du PRIAC, voire contradictoires. Il suffisait de présenter un projet remplissant un seul objectif du PRIAC pour lui obtenir l'avis de « conformité » par le comité régional de l'organisation sociale et médico-sociale (CROSMS), à défaut d'être réellement « compatible » avec le SOSMS. Suite à la loi HPST, une nouvelle procédure d'appel à projet devrait être expérimentée et mise en place pour mieux impulser et sélectionner les projets.

3.1.2 Un besoin d'identification institutionnelle

La circulaire DHOS/02 du 30 avril 2007 relative à la prise en charge des troubles psychiatriques des personnes âgées adosse toujours cet objectif, défini comme prioritaire, sur les SROS 3 au niveau régional et le financement d'expérimentations au niveau national. Le plan de Santé Mentale 2005-2008 a consacré 2 millions d'Euros sur ce thème. La Direction Générale de l'Offre de Soins (DGOS) a indiqué faire confiance à cette organisation actuelle³⁸. Toutefois les professionnels, rencontrés lors des entretiens, ont très souvent fait part de l'existence de disparités territoriales. Contrairement à la pédopsychiatrie (qui, prise en tenaille entre la pédiatrie et l'école, a des contraintes similaires) **la géro-psi-chiatrie ne dispose pas encore de réelle identification institutionnelle**. Elle est le plus souvent assimilée à la psychiatrie de l'âge adulte. L'articulation de la géro-psi-chiatrie avec le secteur médico-social (continuité, fluidité, réactivité), plus globalement, la qualité de la prise en charge de la personne âgée, gagnerait à une visibilité accrue de cette discipline dans le secteur sanitaire.

L'obligation d'une organisation bien identifiée des soins pourrait notamment être envisagée. Les secteurs de psychiatrie adulte, qui couvrent normativement un territoire de 70 000 personnes, sont de taille trop réduite pour justifier la spécialisation, de façon systématique, d'un praticien hospitalier ou d'une unité dans la prise en charge des

induits par la loi HPST, mais aussi les attentes encore à concrétiser quant à la planification et la sélection des projets.

personnes âgées³⁹. **L'ouverture d'unités spécialisées intersectorielles, d'équipes mobiles en psychiatrie est certes un mouvement déjà amorcé, mais non systématisé pour la prise en charge adaptée des personnes âgées.** D'un séminaire de la Mission Nationale d'Appui en Santé Mentale (MNASM)⁴⁰, la proposition d'une **approche adaptée au territoire** est notamment ressortie: Une filière géronto-psychiatrique serait constituée sur la base du territoire de 3 ou 4 secteurs (soit 210 000–300 000 habitants) dans les zones urbaines. Les territoires ruraux où la densité de spécialistes est faible et les distances à parcourir trop élevées resteraient organisés en secteurs, sans filière identifiée.

Cet « étayage » de la filière géronto-psychiatrique devra toutefois se faire probablement à **moyens constants**, étant donné la volonté affichée de maîtrise des dépenses de santé et, surtout, de la démographie médicale déclinante⁴¹. Les fortes disparités, allant de 1 à 5, sont à la fois un handicap et un atout. L'organisation d'une réallocation volontaire et progressive des postes de praticiens et des moyens pourrait être l'occasion de créer de nouvelles structures, comme des équipes mobiles de géronto-psychiatrie. Les disparités sont toutefois connues, l'inertie est forte.

3.2 Améliore la fluidité des parcours

Etant donné la pluralité des acteurs participant à la prise en charge des personnes âgées présentant des troubles psychiatriques et le cloisonnement relatif des secteurs sanitaire et médico-social, renforcer la coordination, développer des passerelles et des pratiques professionnelles innovantes pour fluidifier le parcours de vie et de soins du patient sont nécessaires.

3.2.1 Une coordination à renforcer

La personne âgée présentant des troubles psychiatriques reste une personne en interaction avec son environnement familial et social. C'est dans et avec cet environnement qu'elle doit être soignée. **Proximité et continuité des soins doivent être les maîtres mots pour coordonner sa prise en charge.**

³⁸ Entretien avec Florence LYS, chargée de mission à la DGOS.

³⁹ Entretien avec A. JOURDAIN

⁴⁰ Pluriels, 2007, mai, page 5.

⁴¹ Une diminution de 36 % du nombre de psychiatres entre 2002 et 2025 est prévue par la DREES.

Pour développer des démarches de coopération entre la gériatrie et la psychiatrie, les **réponses à apporter doivent être multiples et structurées**. La réussite en terme d'articulation, de rencontre et de dialogue entre les deux secteurs, repose, d'une part, encore essentiellement sur des questions de personnes, parfois d'histoires locales⁴². D'autre part, la collaboration avec les équipes médico-sociales de terrain s'inscrit dans le cadre défini par la politique de secteur et en dépend. Le décroisement entre la psychiatrie et la gériatrie, le médical et le médico-social est nécessaire pour mieux répondre aux répercussions du vieillissement sur le psychique et inversement. Les pratiques professionnelles et les modes d'organisation et de fonctionnement montrent que chacun s'approprie une part de la réponse apportée aux besoins du sujet âgé. **Le passage d'un mode de réflexion et d'action cloisonné à une logique partagée de projet de vie ne va toujours pas de soi**. C'est en dépassant le strict soin que la psychiatrie s'élargit au champ du médico-social. Le psychiatre se doit d'être « modeste », de se déplacer et de travailler avec les gériatres.⁴³

Le CLIC par sa connaissance de toutes les structures existantes sur le territoire **devrait voir renforcer son rôle de coordinateur essentiel et devenir l'instance unique de l'articulation**. Il assure un véritable rôle de pilotage dans l'intervention des secteurs sanitaire et médico-social auprès des personnes âgées et de leur entourage. Cependant depuis la loi de décentralisation de 2004, en fonction des politiques et stratégies départementales, il existe des disparités territoriales à la fois dans l'existence que dans les missions des CLIC contribuant à rendre moins lisible l'offre de prise en charge et, de fait, le parcours de l'utilisateur.

3.2.2 La nécessité de développer les passerelles

Pour les différents acteurs, notamment en psychiatrie, **il faut penser d'autres types d'interventions innovantes** qui associent aux projets de soins individuels, les soins indirects (accompagnement des familles), le soutien aux équipes ou la participation aux projets des structures. Ces éléments s'inscrivent dans la trajectoire de vie du patient. La création d'EMGP comme celle de la Roche Sur Yon en est un exemple.

Les EMGP jouent un rôle essentiel dans l'accompagnement des professionnels intervenant auprès des personnes âgées tant en institution qu'au domicile. Elles participent à faciliter

⁴² Entretiens avec G. MASSE ou P. JUHAN et S. KANASS

les parcours de vie et de soin. Toutefois les EMGP exercent cette fonction d'expertise de façon inégale dans les territoires. Il conviendrait d'homogénéiser leurs interventions, tant pour les professionnels que pour les personnes âgées et leur famille.

La souplesse et la fluidité des interventions des différents acteurs s'inscrivent dans une démarche de prévention des crises, d'aide à la résolution des problèmes, d'accompagnement de l'hospitalisation et de négociation pour le retour à domicile ou en institution. D'où la nécessité de faire intervenir les EMGP le plus tôt possible et de sensibiliser à ces pathologies les acteurs du secteur médico-social impliqués

La place du médecin traitant dans la prise en charge individuelle reste toutefois centrale et doit être encore renforcée. Des freins à la fluidité des parcours liés aux représentations des généralistes existent vis-à-vis de la psychiatrie. Un problème dans les réponses aux besoins se situe notamment dans le fait que les médecins généralistes prennent en charge leurs patients au maximum, sans les orienter vers le secteur psychiatrique. **La réponse passe par la formation des gériatres et le développement des réseaux en santé mentale pour créer du lien entre les professionnels.**⁴⁴

Les collaborations entre les secteurs concernés s'appuyant sur **les conventions** entre la psychiatrie et le secteur médico-social afin de leur apporter une expertise et sécuriser la prise en charge des patients âgés peuvent être encore développées sur des territoires où la contractualisation est inexistante ou lacunaire.

La mise en lumière de ce qui se passe par une personne extérieure à l'équipe soignante permet de dépasser des situations de blocage dans les prises en charge. Cette intervention n'est pas exclusive des psychiatres. Les psychologues ont un apport propre et complémentaire. Le « vieillir » crée des mécanismes de défense que le psychologue va savoir identifier. Le psychologue ne va pas « soigner » mais intervenir par sa parole pour que ça se passe au mieux pour la personne et ses aidants. La pénurie médicale et le coût du suivi imposent toutefois d'envisager une **réévaluation de la place accordée à d'autres métiers. Une délégation des tâches pourrait notamment être envisagée vis-à-vis des psychologues**⁴⁵.

⁴³ Entretien avec G. MASSE

⁴⁴ Entretien Monsieur JOURDAIN

⁴⁵ Entretien avec G. MASSE

Les familles et aidants, confrontés à la prise en charge de la personne âgée souffrant de troubles psychiatriques ont besoin d'un accompagnement accru et de soutien apportés par les professionnels du secteur psychiatrique. Confier à une EMGP cette mission, comme cela a été fait à la Roche sur Yon, est une pratique qu'il serait souhaitable de généraliser.

3.2.3 Envisager de nouveaux mode de coopération territoriale et de délégations

Des groupements locaux pour la santé mentale ont été proposés par le dernier rapport remis à la ministre de la santé dit « Rapport COUTY⁴⁶ » Ils ont été mis en œuvre à titre expérimental dans des départements pilotes. Cette expérimentation d'une nouvelle organisation sur un territoire donné peut permettre de mesurer l'intérêt et les éventuelles limites d'une structure réunissant l'ensemble des acteurs médicaux et non médicaux oeuvrant dans le champ de la santé mentale pour l'exercice de la prévention, du dépistage, de la prise en charge et du suivi des patients⁴⁷.

Pour le rapporteur, Philippe CLERY MELIN, il est possible de s'inspirer de l'organisation mise en place par certains **réseaux de santé mentale** pour systématiser les liens fonctionnels entre partenaires sociaux, médico-sociaux et sanitaires. La contractualisation d'objectifs à atteindre entre ces structures et les ARS permettra d'une part d'exercer un réel arbitrage entre la réponse sanitaire et médico-sociale, et d'autre part, de procéder à des évaluations précises des résultats obtenus.⁴⁸

Le projet de loi portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires prévoit la **mise en place de coopérations entre professionnels de santé**. Elles pourraient être l'occasion, pour les médecins psychiatres, de s'engager dans des protocoles innovants permettant notamment la **délégation de tâches et une répartition de rôles plus efficaces entre médecins, psychologues cliniciens et infirmiers sous le contrôle de la Haute Autorité de santé (HAS)**.⁴⁹

46 « Missions et organisation de la santé », rapport présenté à la ministre de la santé par Edouard Couty, janvier 2009

⁴⁷ rapport MILLON

48 Philippe CLERY-MELIN, Vivianne KOVESS, Jean-Charles PASCAL « Plan d'actions pour le développement de la psychiatrie et la promotion de la santé mentale » - rapport d'étape de la mission CLERY-MELIN - septembre 2003.

⁴⁹ .Alain MILON – Rapport sur la prise en charge psychiatrique en France

3.3 La prise en charge de la personne souffrant de troubles psychiatriques fait face à un manque de formation.

Pour faire face au transfert de charge, **le secteur médico-social doit développer les compétences en personnels et adapter les formations à ces besoins.** L'insuffisance de la formation touche également l'apprentissage des gestes adaptés qui sécurisent le malade, l'aptitude à la communication non verbale ou la prise en charge et la connaissance des troubles cognitifs.

3.3.1 Un environnement favorable à la constitution d'une discipline

Des formations spécifiques à la géro-psi-chiatrie existent déjà et sont proposées, aux médecins titulaires du Diplôme d'Etudes Spécialisées (DES) de psychiatrie ou du Diplôme d'Etudes Spécialisées Complémentaires (DESC) de gériatrie ou encore aux internes DES. Elles sont également ouvertes aux médecins généralistes et aux médecins coordinateurs d'EHPAD. Les psychologues diplômés et étudiants en psychologie bénéficient aussi d'une offre de formation adaptée à la personne âgée.

La géro-psi-chiatrie constitue pourtant un champ à part entière, aujourd'hui peu développé. La personne âgée va de plus en plus concerner la psychiatrie.⁵⁰ Le champ de la recherche en géro-psi-chiatrie pour ce qui concerne notamment la clinique du vieillissement représente un domaine à investir. Les effets de la plupart des médicaments, lors des recherches cliniques, ne sont pas étudiés sur cette population particulière.

La place de la psychiatrie du sujet âgé demeure encore trop souvent occultée.⁵¹ Les psychiatres français n'ont pas de formation initiale spécialisée en géro-psi-chiatrie contrairement à la plupart des pays européens⁵². Le développement d'une filière universitaire constituerait un facteur prépondérant dans la reconnaissance de la spécificité de la psychiatrie du sujet âgé. Elle impulserait un élan volontariste pour répondre à la nécessité de mieux diffuser les savoirs et les savoir-faire aux différents professionnels impliqués.

⁵⁰ Entretien Monsieur JUHAN

⁵¹ Entretien Monsieur MASSE

⁵² Revue Hospitalière de France – n° 527 mars/avril 2009

3.3.2 Une nécessité d'élargir la formation des professionnels paramédicaux

L'**approche pluridisciplinaire** associant les psychiatres, gériatres, médecins de ville, infirmiers de secteur spécialisé, infirmiers de soins généraux, thérapeutes spécialisés (psychologues, ergothérapeutes, orthophonistes, kinésithérapeutes, psychomotriciens) rend plus efficaces les prises en charge de cette population. Si dans les établissements sanitaires ces équipes pluridisciplinaires existent, dans le champ médico-social les moyens en personnels sont limités. Des services comme les **SSIAD**, les Services Polyvalents d'Aide et de Soins à Domicile (**SPASAD**) souffrent d'un manque de professionnels formés et par l'absence d'une offre de formation, ainsi que de moyens financiers⁵³.

Un **Plan Métiers existe** et intègre la question de la formation, par les régions, des ergothérapeutes et des psychomotriciens, cependant ces professionnels sont dédiés exclusivement à la prise en charge de patients souffrant de la maladie d'Alzheimer.

Or la qualité de l'environnement des personnes âgées influe sur leur comportement et rétroagit sur l'organisation, ou la désorganisation des établissements. Les équipes mobiles de géronto-psychiatrie ont souvent développé dans leurs missions des actions de formation en direction des professionnels⁵⁴. Ce besoin de formation concerne également les services d'aide à domicile.

3.3.3 Au-delà des professionnels, la prise en compte de l'entourage

En sus de la personne âgée souffrant de troubles psychiatriques, c'est aussi les parents, les proches, les aidants qu'il convient d'accompagner, de soutenir et d'aider à la compréhension des manifestations des troubles. Les psychologues peuvent jouer un rôle de formateur auprès des familles pour apprendre à gérer leurs relations avec leur proche souffrant.

Le regard que la société porte sur les troubles mentaux doit pouvoir évoluer pour atténuer les effets que la peur, le rejet et la stigmatisation générés par les troubles psychiatriques⁵⁵. Des actions de prévention telles que les semaines d'information sur la santé mentale tentent d'une part de donner une visibilité aux difficultés rencontrées par une population qu'on voudrait bien occulter et d'autre part de faire évoluer les mentalités. Ces actions ont toutefois des effets difficilement mesurables et demandent à être constamment répétées.

⁵³ Entretien de l'UNA35, responsable SSIAD

⁵⁴ Exemple de la Roche sur Yon

De nombreuses initiatives ont déjà été prises pour améliorer la prise en charge de la personne âgée : Serge KANASS qualifie l'époque de « proche de l'ébullition ». L'émergence institutionnelle de la géronto-psychiatrie reste cependant à venir. Si les secteurs ont été décloisonnés, les acteurs continuent souvent de travailler côte à côte. Des lieux de rencontre et une discipline sont encore à instaurer.

⁵⁵ Entretien avec Mr JOURDAIN

Conclusion

L'amélioration du parcours de la personne âgée souffrant de troubles psychiatriques passe par une amélioration de l'articulation entre les secteurs psychiatrique et médico-social. L'effectivité de cette articulation et son efficience sont un enjeu de démocratie sanitaire.

Pour assurer une telle articulation il faut que ces secteurs travaillent ensemble sur une histoire commune, le véritable enjeu étant de parvenir à la création d'outils communs⁵⁶. Il conviendrait, en terme de moyen d'action, d'introduire les usagers à tous les niveaux des systèmes et des organisations afin de relayer les problématiques du terrain et de favoriser une meilleure réactivité des pouvoirs publics⁵⁷.

L'augmentation de la population âgée et du recours aux soins psychiatriques engendre de nouveaux besoins. La vieillesse, dans sa pluralité nécessite des prises en charge adaptées. Cependant, la représentation négative portée sur les personnes âgées souffrant de troubles psychiatriques reste encore trop prégnante et engendre des difficultés dans cet accompagnement.

L'analyse des modalités de prise en charge existantes et des orientations politiques fait apparaître un panel de services de statuts divers et d'organisations variées. La coopération repose souvent sur la volonté de certains acteurs et n'est pas généralisée. Ces acteurs sont pris dans des injonctions paradoxales qui leur demandent de concilier une logique de planification et de prestations adaptées et personnalisées.

La législation a laissé une large place à l'initiative locale, notamment au travers des SROS de 3^{ème} génération. Toutefois, la filière géronto-psychiatrique gagnerait à être institutionnalisée : création d'inter secteurs dédiés, formalisation de réseaux, développement des pratiques pluridisciplinaires, constitution d'une discipline et développement de la formation des personnels para médicaux.

A court terme, les nouveaux outils proposés par la loi HPST pourraient être mis en œuvre sur les territoires de santé au travers de la création de groupements de coopération sanitaire et médico-sociale pour organiser le continuum des parcours de vie et de soins.

⁵⁶ Entretiens Psychiatres

⁵⁷ Entretien coordinateur MNASM

La prise en charge des personnes âgées est un défi pour l'hôpital public. Les deux tiers des places d'hospitalisation en psychiatrie sont encore dans le secteur public. Toutefois des cliniques gériatriques ont déjà commencé à organiser leur offre autour d'un plateau technique adéquat et des structures de court, moyen et long séjour, des unités Alzheimer, articulées à un réseau de maisons de retraite⁵⁸. L'absence d'ouverture de la psychiatrie publique sur le public âgé serait préjudiciable à la prise en charge des populations les plus défavorisées.

⁵⁸ Le docteur Gérard MASSE donne l'exemple réussi des « Magnolias » dans l'Essonne.

Bibliographie

TEXTES LEGISLATIFS ET REGLEMENTAIRES

MINISTERE DE LA SANTE ET DES SPORTS, Loi n°2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale

MINISTERE DE LA SANTE ET DES SPORTS, Loi n°2009-879 du 21 juillet 2009 portant réforme de l'hôpital et relative aux patients, à la santé et aux territoires, Articles L312-4 et L312-5, journal officiel du 22 juillet 2009

MINISTERE DE LA SANTE ET DES SPORTS, LOI n° 2002-303 du 4 mars 2002 relative aux droits des malades et à la qualité du système de santé, journal officiel du 5 mars 2002

MINISTERE DE LA SANTE ET DES SPORTS, Loi n°2005-102 du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, journal officiel du 12 février 2005
Circulaire DHOS/02 du 30 avril 2007 relative à la prise en charge des troubles psychiatriques des personnes âgées

Circulaire du 15 mars 1960 relative au programme d'organisation et d'équipement des départements en matière de lutte contre les maladies mentales

ARTICLES DE PERIODIQUES

CHARAZAC P, Mai 2006, « *Réflexion sur la gérontopsychiatrie française et les origines de son retard* », [l'Information Psychiatrique. Volume 82, Numéro 5.](#)

Disponible : <http://jle.com/fr/revues/médecine>

COLDEFY M., novembre 2005, « Les disparités départementales de prises en charge de la santé mentale en France » *Études et Résultats, Dress*, n°443,

KRAMER M, 1980, The rising pandemic of mental disorders and associated chronic diseases and disabilities. *Acta Psychiatr Scand.*

LUSSIER MD., Mars avril 2009, « Psychiatrie du sujet âgé et gériatrie, prise en charge coordonnée sur un territoire de santé » *Revue hospitalière de France* n°527 p 30

MASSE G et VEBER A, mai 2007, « Prise en charge des troubles mentaux du sujet âgé : quel rôle pour la psychiatrie ? », *Pluriels*, n°66, p5

VIDON G., décembre 2008, « *Vers la fermeture des hôpitaux psychiatriques* », *Gestions hospitalières*, n° 484, pp703-707

L'information psychiatrique psychiatrie des personnes âgées et secteur, octobre 2001 n°8

ENQUETES

DORANGE M, Enquête 2009 « Du lien social à l'estime de soi », *Fédération Nationale de Gériatrie*,

Enquête DREES, Octobre 2004, « les secteurs de psychiatrie générale en 2000 : évolutions et disparités », *Etudes et Résultats*, n°342.

Enquête DREES, Juin 2006, « les pathologies des personnes âgées vivant en établissement », *Etudes et Résultats*, n°494

Enquête de Santé Psychologique– Risques, Incidence et Traitement

INSEE, estimation de populations, résultats provisoires arrêtés fin 2009 pour l'année 2008

RAPPORTS

Rapport LAROQUE, 1962, « *Politique de la vieillesse* » disponible : www.ladocumentationfrancaise.fr/revues-collections/regards

Protocole technique d'accord, 2002, « *Réduire la stigmatisation et la discrimination envers les personnes âgées souffrant de troubles mentaux* », Organisation Mondiale de la Santé, Association Mondiale de la Psychiatrie, 20 pages, disponible : https://www.who.int/.../mental.../en/consensus_elderly_fr.pdf

COLDEFY M, novembre 2005 « *Les disparités départementales de prises en charge de la santé mentale en France* », Études et résultats, Dress, n° 443,

CLERY-MELIN P, KOVESS V, PASCAL V, septembre 2003, « *Plan d'actions pour le développement de la psychiatrie et la promotion de la santé mentale* » - rapport d'étape de la mission CLERY-MELIN -

DREES, 2008, « *L'état de santé de la population en France. Etudes et statistiques 2007* », Rapport Ministère de la Santé

COUTY E, janvier 2009 « *Missions et organisation de la santé* », rapport présenté à la Ministère de la santé

MILON A., avril 2009, *Rapport sur la prise en charge psychiatrique en France*, Office parlementaire d'évaluation des politiques de santé, 357 pages, disponible : www.senat.fr/rap/r07-287/r07-2871.pdf

DESMARESCAUX S, Rapport n°90 (2009-2010), fait au nom de la commission des affaires sociales, déposé le 4 novembre 2009, Projet de loi de financement de la sécurité sociale pour 2010 : Secteur médico-social

MEMOIRES

FESSARD J, 1978, *Etude américaine sur l'isolement*,

MISSE C., 1996 « Adapter l'offre de soins aux nécessités de la prise en charge des troubles mentaux liés au vieillissement : un enjeu pour le C.H.S de la Savoie » Mémoire de Directeur d'Hôpital, Ecole Nationale de Santé Publique, Rennes

COMMUNICATION A UNE CONFERENCE

FIAT E, novembre 2007, « *Les représentations de la vieillesse* », Conférence de gériatrie, ARH Ile de France, disponible :

www.c2rsante.fr/.../593_Les_representations_de_la_vieillesse_Eric_Fiat.doc

OUVRAGES

CLEMENT JP, 2009, « *La psychiatrie de la personne âgée* », Editions Flammarion Médecine et Sciences, Paris, 650 pages

EY H, 1980, « *Traité de la psychiatrie* », Editions MASSON

HORASSIUS-JARRIE N, 2003, « *Le Livre Blanc de la Psychiatrie* » Editions John Libbey Eurotext, Paris, et Fédération Française de psychiatrie, 252 p

JAEGER M, 2000, « l'articulation du sanitaire et du social travail social et psychiatrie » éditions DUNOD Paris, 170 pages

Liste des annexes

Annexe 1 : Des dispositions législatives

Annexe 2 : Les structures sanitaires et médico-sociales recevant les personnes âgées

Annexe 3 : Plan psychiatrie et santé mentale 2005-2008 pour les personnes âgées

Annexe 4 : Organisation de l'équipe mobile de géronto-psychiatrie de la Roche-sur-Yon

Annexe 5 : Trame d'entretien

Annexe 6 : Entretiens menés dans le cadre du module interprofessionnel de Santé Publique 2010

ANNEXE 1

EVOLUTION DE LA PSYCHIATRIE

UNE NAISSANCE ANCIENNE

La notion de « Grand Renfermement » élaborée par Michel FOUCAULT⁵⁹ montre la place particulière du « fou » dans la société occidentale. Par un Edit du 6 juin 1676 Louis XIV crée les hôpitaux généraux qui ne sont ni des établissements de soins, ni des prisons mais des lieux d'enfermement mêlant les « insensés » à la population générale des mendiants, des vieillards, des infirmes. Michel FOUCAULT écrit : « désormais la folie est exilée ». A la révolution, parce que construire des hôpitaux coûtent cher, il est envisagé de secourir les pauvres à domicile mais les fous restent enfermés. Ils dépendront toujours de la sphère publique alors que la pauvreté et la maladie dépendent de la sphère privée. La loi du 21 juillet 1791 rend même les familles responsables de leurs aliénés

Une nouvelle approche de la folie apparaît à partir de la révolution, il s'agit de l'aliénation mentale. PINEL sera le fondateur de la psychiatrie en libérant les insensés de Bicêtre de leurs chaînes en 1793. Cette approche va s'appuyer sur un nouveau concept : l'hôpital d'aliénés. La loi du 30 juin 1838 crée un nouveau statut juridique pour le fou : « *elle précise que chaque département est tenu d'avoir un établissement public spécialement destiné à recevoir et soigner les aliénés* »

Cette loi a régi le sort des malades mentaux pendant 150 ans, sa réformation complète n'intervenant que par la loi du 27 juin 1990 relative aux droits et à la protection des personnes hospitalisées en raison de troubles mentaux et à leurs conditions d'hospitalisation.⁶⁰

UN CADRE LEGISLATIF RECENT

La Circulaire du 15 mars 1960 relative au programme d'organisation et d'équipement des départements en matière de lutte contre les maladies mentales définit le secteur psychiatrique instituant la continuité thérapeutique dans un territoire de 67000 personnes. Les prises en charge intra et extra hospitalières sont réalisées par les mêmes équipes. Cette

⁵⁹ les cahiers de la vie fédérale, supplément n° 21 août 2009 page 2

⁶⁰ <http://www.ch-charcot56.fr/histoire/histpsy/7cadregl.htm>

réorganisation reste une lettre morte pendant 10 ans. La loi 31 décembre 1985, relative à la sectorisation psychiatrique crée les conditions juridiques et réglementaires d'un développement de la sectorisation.

Ce dispositif est complété par la circulaire du 14 mars 1990 relative aux orientations de la politique de santé mentale. Les CMP deviennent les structures pivot du service public, ils ont pour vocation de prendre en charge les patients et de ne les hospitaliser qu'en cas de besoin.

L'hôpital n'est plus le centre du dispositif de santé mentale, le processus de désinstitutionalisation et la fermeture des lits d'hospitalisation s'accélèrent. Les soins ambulatoires se développent comme une alternative à l'hospitalisation au long cours. Selon les chiffres du Ministère de la Santé plus de 40000 lits d'hospitalisation complète en psychiatrie ont été fermés en France entre 1987 et 2000.

UNE SEPARATION NETTE ENTRE LE SANITAIRE ET LE MEDICO-SOCIAL

La loi n°70-1318 du 31 décembre 1970 portant réforme hospitalière instaure la carte sanitaire, crée le service public hospitalier ainsi que les groupements et les syndicats hospitaliers, l'hôpital devient un lieu de production de soins dans lequel les personnes âgées et les personnes handicapées n'ont plus leur place.

La prise en charge de ces personnes se structure alors d'une façon anarchique selon deux axes : le premier est lié au contrôle budgétaire du financement par l'assurance maladie, le second lié au contrôle de l'enfermement. Aucune autorisation n'est nécessaire pour ouvrir un établissement à caractère social, un contrôle a posteriori existait pour les structures recevant un financement de l'Assurance maladie.⁶¹

La loi n°75-535 du 30 juin 1975, fondée sur l'idée d'une prise en charge spécifique de la dépendance et du handicap, crée le secteur médico-social. Cette loi scelle la séparation des secteurs sanitaire et médico-social en permettant à chacun de se développer indépendamment. Le secteur médico-social ne possède pas de définition, il se situe entre le secteur sanitaire, réglementé par des règles strictes et le secteur social lui, peu réglementé, et utilise les mêmes professionnels. Il est né sous la pression d'associations comme l'AFP pour des populations bien définies avec des réponses spécifiques pour ces différentes

⁶¹ « le secteur médico-social » H DOUCERON 28.02.2008

populations alors que ce sont en fait des personnes handicapées aux besoins élémentaires similaires guerre fratricide pour capter un maximum de budget dans une enveloppe fermée.

DES AVANCEES LEGISLATIVES QUI FAVORISENT LA COOPERATION A PARTIR DE 1996

Après cette période de cloisonnement important entre les secteurs sanitaire et médico-social, l'arsenal juridique évolue vers une amélioration de l'articulation entre les deux secteurs.

L'ordonnance n°96-346 du 24 avril 1996 portant réforme de l'organisation hospitalière permet aux établissements de santé d'ouvrir des structures médico-sociales et remet en question les frontières établies entre le sanitaire et le médico-social. Elle amène les structures à revoir leur spécificité et leurs modes de coopération.⁶²

La loi n°2002-2 du 2 janvier 2002 rénovant l'action sociale et médico-sociale modifie profondément la juridiction dans les champs sanitaire et médico-social et vise à encourager des rapprochements entre les secteurs sanitaire et médico-social. Ce texte crée ainsi de nouveaux outils de planification tels que les schémas de l'action sociale et médico-sociale qui doivent être construits en cohérence avec les schémas d'organisation sanitaire. Les projets de création d'établissements médico-sociaux doivent proposer des axes de coopération avec les établissements sanitaires du territoire. Cette articulation peut prendre effet par la signature de convention avec les établissements de santé.⁶³

La loi n° 2005-102 du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées reconnaît quant à elle la notion de handicap psychique. Cette reconnaissance montre l'évolution de la conception du handicap depuis les lois de 1975. Elle permet aux personnes souffrant de troubles psychiques mettant en difficulté leur insertion sociale et professionnelle de bénéficier de mesures de soutien et d'accompagnement adaptées.

D'autre part, complétant la loi n° 2004-626 relative à la solidarité pour l'autonomie des personnes âgées et des personnes handicapées, elle fixe les conditions de fonctionnement de la CNSA qui contribue au financement de l'Allocation Personnalisée à l'Autonomie et la prestation de compensation du handicap. De plus, le PRIAC créé par cette loi de 2004

⁶² UNIOSS fiches pratiques restructurations et droit social mars 2008 mise à jour décembre 2009 La coopération www.uniopss.asso.fr/resources/trco/...//cooperation_maj_dec2009.pdf

⁶³ MIP 2006 « Aspect de l'articulation entre sanitaire, médico-social et social en psychiatrie et santé mentale (patients adultes) » ENSP Rennes

adapte l'évolution de l'offre d'accueil en établissements et services médico-sociaux au sein d'une région et doit être coordonné avec le SROS.

La loi du 11 février 2005 a créé aussi les Maisons Départementales des Personnes Handicapées, destinées à ouvrir un « guichet unique » pour l'évaluation du handicap, des allocations de prestations, d'information et de planification des établissements et des services. Ces structures de proximité doivent faciliter l'articulation entre les différents intervenants des secteurs sanitaire, social et médico-social.

La loi HPST du 21 juillet 2009 en créant les ARS s'inscrit dans un mouvement de réforme plus large pour le secteur médico-social. Elle repose sur un décloisonnement plus large des secteurs sanitaire et médico-social. Ce dernier est inclus dans un réseau plus large des partenaires de santé avec lesquels il doit créer de nouveaux liens.⁶⁴

Cette évolution de la législation relative aux champs sanitaire et médico-social montre bien qu'après une période de séparation qui a sans doute permis le développement de chaque secteur dans les années 70, un décloisonnement est activement recherché actuellement dans un souci de rationalisation des soins. La frontière entre le champ sanitaire et médico-social s'estompe tandis que se creuse la démarcation entre les champs social et médico-social.

⁶⁴ Loi HPST, mode d'emploi pour les hôpitaux publics et les établissements médico-sociaux. Fédération Hospitalière, Décembre 2009

ANNEXE 2

LA PLACE DES PERSONNES AGEES DANS LA PRISE EN CHARGE PSYCHIATRIQUE

L'évolution démographique de notre société entraîne une augmentation importante du nombre de personnes âgées. Cette population se caractérise par sa polypathologie et des déficits fonctionnels plus ou moins invalidants. La demande de soins après 80 ans augmente donc sensiblement. La prise en charge hospitalière de cette population qui s'accroît est spécifique ; ils sont pourtant majoritairement hospitalisés dans des services non gériatriques.

Dans cette population, les démences sont fréquentes, mais ne résument pas toutes les pathologies mentales. Il faut également prendre en compte par exemple les malades mentaux devenus âgés et les troubles mentaux liés au vieillissement. Il ne doit pas exister de discrimination pour l'accès aux soins psychiatriques du fait de l'âge : le sujet âgé présentant des troubles aigus doit pouvoir être hospitalisé en service d'entrée psychiatrique.

L'organisation des soins doit se faire, autant que possible, sur le lieu de vie, et la psychiatrie intervient en périphérie du circuit.

La nécessité d'une collaboration entre médecins somaticiens, notamment gériatres, et psychiatres doit être soulignée. Il convient également de former et sensibiliser les professions et l'entourage intervenant auprès des personnes âgées avec troubles psychopathologiques. Le développement des filières gériatriques en France tente de répondre à cette problématique

Les cinq principes de base

- L'organisation géro-psi-chiatrique se fonde sur cinq principes de base:
- Sauvegarder la qualité de vie de la personne âgée en favorisant son autonomie.
- Eviter, chaque fois que cela est possible, une rupture entre la personne âgée et son environnement socioculturel régional.
- N'envisager le placement institutionnel de la personne âgée que lorsque les possibilités d'assistance ambulatoire ont été épuisées, pour des raisons médicales évidentes ou dans l'intérêt de la personne concernée.

- Utiliser judicieusement et rationnellement les structures existantes de prise en charge et les compenser selon les besoins.

L'accessibilité à l'offre de soin pour l'ensemble Avec le développement des structures insérées au sein de la communauté, l'image du patient souffrant de troubles mentaux tend à se modifier. La richesse du tissu extrahospitalier permet d'améliorer de la population.

Dans le champ sanitaire, la prise en charge s'organise autour de :

LA GÉRIATRIE HOSPITALIÈRE EN ÉTABLISSEMENT PUBLIC : LA GÉRIATRIE ET LES URGENCES

La majorité des patients de 75 ans et plus entrent à l'hôpital par un service d'accueil et d'urgences (SAU).

III.13.1. Éléments de contexte

III.13.1.1. Réglementation

Les textes de référence sont les suivants :

Circulaire DHOS du 25 octobre 2004

Plan de santé mentale 2005-2008

La loi n°2005-102 du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées.

La circulaire DHOS du 25 octobre 2004 relative à l'élaboration du volet psychiatrie et santé mentale du SROS III :

La loi n°2005-102 du 11 février 2005 pour l'égalité des droits et des chances, la participation et la citoyenneté des personnes handicapées.

La circulaire DHOS du 25 octobre 2004 relative à l'élaboration du volet psychiatrie et santé mentale du SROS III :

LA CONSULTATION DE GÉRIATRIE

La consultation de gériatrie s'adresse aux personnes âgées qui présentent des situations complexes au cours globale et multidisciplinaire de la situation du patient et nécessite bien plus de temps qu'une consultation classique.

LES CONSULTATIONS MÉMOIRE EN GÉRIATRIE

Les phénomènes qui entrent en jeu dans les troubles de la mémoire observés au cours du vieillissement sont nombreux, de nature psychologique ou organique, occasionnels ou témoins de la progression d'un état pathologique. La distinction entre ces causes peut s'avérer délicate, surtout en cas de troubles débutants. La nécessité de s'assurer de l'absence de pathologie évolutive, justifie un avis médical, en cas de plainte mnésique du patient ou d'anomalies notées par son entourage.

LES HÔPITAUX DE JOUR GÉRIATRIQUES

L'hospitalisation de jour est une hospitalisation à temps partiel ou à durée déterminée, définie par le décret du 2 octobre 1992, qui précise les alternatives à l'hospitalisation. Elle permet d'assurer une prise en charge individualisée, souple, bien adaptée pour répondre, dans de nombreuses situations, aux besoins en soin de la personne âgée.

Les services de géronto-psychiatrie existants sont en général très vite saturés par la prise en charge de déments ; il est en effet difficile de faire sortir ces patients faute de solutions d'aval. Dans ce contexte, il apparaît important de développer des unités ciblées psychiatrie dans les services de gériatrie des hôpitaux généraux.

LES EQUIPES MOBILES de GERONTO- PSYCHIATRIE

Rattachées à un centre hospitalier ou à un service spécialisé en psychiatrie, elles interviennent dans le cadre du secteur de psychiatrie auprès des personnes, soit à leurs domiciles, soit dans les établissements recevant des personnes âgées, ceci dans le cadre de conventions passées entre l'hôpital de référence et les autres institutions.

Dans le champ médico-social cette prise en charge est assurée par :

LES MAISONS de RETRAITES

Elles reçoivent des personnes âgées valides, semi-valides ou invalides.

On distingue :

Les maisons de retraite publiques

Elles appartiennent à la commune ou au département. Les tarifs de ces établissements sont fixés par le Conseil Général du département. Les résidents démunis peuvent y bénéficier de l'aide sociale. Ces établissements représentent environ 60% du parc.

Les maisons de retraite privées, associatives ou commerciales

Ces résidences appartiennent à des caisses de retraite, des mutuelles, des groupes hôteliers, des groupes privés spécialisés, des associations loi 1901 ou des fondations.

Ces établissements ont pour la plupart l'agrément des Direction Départementale des Affaires Sanitaires et Sociales (DDASS) qui prennent en charge le complément du prix de journée que le résident ne peut supporter et qui est fixé par le CG.

Les maisons de retraite médicalisées

Les maisons de retraite dites "médicalisées" ou "à section de cure médicale" accueillent les personnes ayant perdu momentanément ou durablement la capacité d'effectuer seules les actes quotidiens ou atteintes d'une affection nécessitant un traitement et une surveillance médicale.

Elles proposent à leurs résidents un encadrement médical et des activités adaptées, pour des séjours longs ou temporaires.

Ces maisons de retraite permettent aux personnes âgées en perte d'autonomie de bénéficier de l'attention et des soins d'un personnel permanent comprenant des médecins, des infirmières, des aides soignants, des auxiliaires de vie, des kinésithérapeutes, des orthophonistes et des animateurs.

LES ETABLISSEMENTS recevant des personnes âgées dépendantes (EHPAD)

Les établissements accueillant des personnes âgées deviennent des EHPAD lorsqu'ils signent la convention tripartite pluriannuelle avec le CG et l'assurance maladie.

La tarification des établissements s'effectue en fonction de l'état de dépendance des personnes âgées et non plus du statut juridique de l'établissement d'accueil (unité de soins de longue durée, maison de retraite, unité géronto-psychiatrique).

Le CANTOU (Centre d'Activités Naturelles Tirées d'Occupations Utiles)

Est une petite unité qui prend en charge des personnes âgées présentant des symptômes de démence ou de la maladie d'Alzheimer. Le CANTOU organise un véritable projet de vie autour de la personne âgée. Il permet de faire face de manière globale à la problématique de la démence qui se traduit souvent par une désorientation, des angoisses ou des difficultés du comportement.

LES UNITES DE SOINS DE LONGUE DUREE (USLD)

Ce sont des unités destinées à l'hébergement des personnes âgées n'ayant plus leur autonomie de vie et dont l'état nécessite une surveillance constante et des traitements médicaux d'entretien. Dans la majorité des cas, elles sont rattachées à un établissement hospitalier. Les dépenses de soins sont prises en charge par l'Assurance Maladie.

LES FOYERS LOGEMENTS

C'est une formule intermédiaire entre le domicile et l'hébergement collectif. Les personnes âgées valides sont accueillies dans de petits logements individuels, qui proposent tous les attributs du domicile. Ils peuvent être dotés d'un forfait soins ou d'une section de cure médicale. Elle permet d'allier les avantages du logement individuel et la possibilité de bénéficier de services collectifs.

LES SERVICES de SOINS INFIRMIERS à DOMICILE

Mise à jour le 1er juin 2005

Décret N°2004 613 du 25 juin 2004 relatif aux conditions techniques d'organisation et de fonctionnement des services de soins infirmiers et d'aides à domicile, de services d'aides et d'accompagnement à domicile et des services polyvalents d'aide et de soins à domicile.

Paru au JO n°148 du 27 juin 2004 p, 11713 texte n°15.

Les SSIAD ont été créés dans les années 1970 et se sont développés surtout au début des années 1980 avec la mise en place de la politique d'aide au maintien à domicile des personnes âgées.

Les SSIAD constituent un élément important de la prise en charge infirmière à domicile de personnes âgées voire très âgées, malade et le plus souvent dépendantes pour la réalisation

des actes essentiels de la vie quotidienne. L'intervention de ces services s'inscrit dans plusieurs types de situations :

- pour éviter l'hospitalisation des personnes âgées lors de la phase aiguë d'une affection pouvant être traitée à domicile,
- pour faciliter le retour à domicile après une hospitalisation faciliter le retour à domicile après,
- pour prévenir ou retarder la dégradation progressive de l'état des personnes et leur institutionnalisation

L'objectif des SSIAD est d'assurer, sur prescription médicale aux personnes âgées malades ou dépendantes:

- les soins infirmiers et d'hygiène générale,
- l'aide à l'accomplissement des actes essentiels de la vie,
- ou d'autres soins relevant d'autres auxiliaires médicaux.

Par exemple :

- soins corporels : toilette, habillage,
- soins infirmiers : médicaments, pansements,

Les SERVICES D'AIDE à DOMICILE

. La richesse du tissu extrahospitalier permet d'améliorer la prise en charge des personnes âgées souffrant de troubles psychiatriques.

C'est dans le champ de la psychiatrie de liaison qu'il nous paraît que l'effort de développement doit se continuer, en particulier avec l'hospitalisation à domicile géronto-psychiatrique

L'organisation des soins doit se faire, autant que possible, sur le lieu de vie, et la psychiatrie intervient en périphérie du circuit.

La nécessité d'une collaboration entre médecins somaticiens, notamment gériatres, et psychiatres doit être soulignée.

ANNEXE 3

PLAN PSYCHIATRIE ET SANTE MENTALE 2005-2008

Répondre aux besoins de santé mentale des personnes âgées dans le cadre d'une prise en charge coordonnée sanitaire et médico-sociale - partie 4.4.2 -

Contexte

Les personnes âgées sont particulièrement exposées aux risques de dépression et de souffrance psychique. De plus, un nombre croissant de personnes souffre d'une maladie d'Alzheimer ou d'une pathologie apparentée.

Dans tous les cas, les besoins des personnes doivent être pris en compte dans leur globalité, en évitant toute rupture ou inadéquation dans la prise en charge, y compris sur le plan de la santé mentale. La circulaire n° 2002-157 du 18 mars 2002 relative à l'amélioration de la filière de soins gériatrique s'inscrit dans cette logique d'articulation et d'intégration entre les différents acteurs des champs sanitaire, social et médico-social. De plus, la circulaire n°2002-207 du 25 octobre 2004 relative à l'élaboration du volet psychiatrie et santé mentale des SROS 3 définit comme prioritaire la prise en charge psychiatrique des personnes âgées.

Objectifs

L'objectif est de répondre aux besoins de prévention et de prise en charge des troubles psychiatriques des personnes âgées dans un cadre global et cohérent, notamment en développant des programmes coordonnés autour des problématiques de santé mentale de cette population quel que soit le lieu où leurs besoins s'expriment.

Mesures

Dans le champ sanitaire, dans le cadre de la mise en oeuvre des volets psychiatrie et santé mentale des SROS de troisième génération :

- Renforcement des réponses psychiatriques dans une logique de proximité des soins dans le cadre de la psychiatrie de liaison et d'interventions à domicile, quels que soient le lieu, le moment et le champ dans lesquels les besoins de prise en charge spécialisée s'expriment (EHPAD, services de soins somatiques accueillant des personnes âgées).
- Organisation de l'hospitalisation en psychiatrie, lorsqu'elle est nécessaire, dans des conditions permettant, à son décours, une prise en charge adaptée en institution sociale, médico-sociale ou à domicile.
- Formalisation des articulations nécessaires entre ces différents acteurs, sous forme de convention, afin d'éviter des ruptures de prise en charge et de garantir la coordination et la réciprocité des réponses entre les différents intervenants.

- Renforcement des compétences psychiatriques nécessaires au sein des équipes pluridisciplinaires dans le cadre de la poursuite du développement des consultations mémoire et des centres mémoire de ressources et de recherche.

Dans le champ médico-social :

- Adaptation des établissements d'hébergement pour personnes âgées dépendantes à la prise en charge des personnes souffrant de détérioration intellectuelle
- Dans le domaine de la formation : Sensibilisation et formation au diagnostic et à la prise en charge précoces des problèmes de santé mentale spécifiques à la personne âgée grâce à des guides de bonnes pratiques

Calendrier

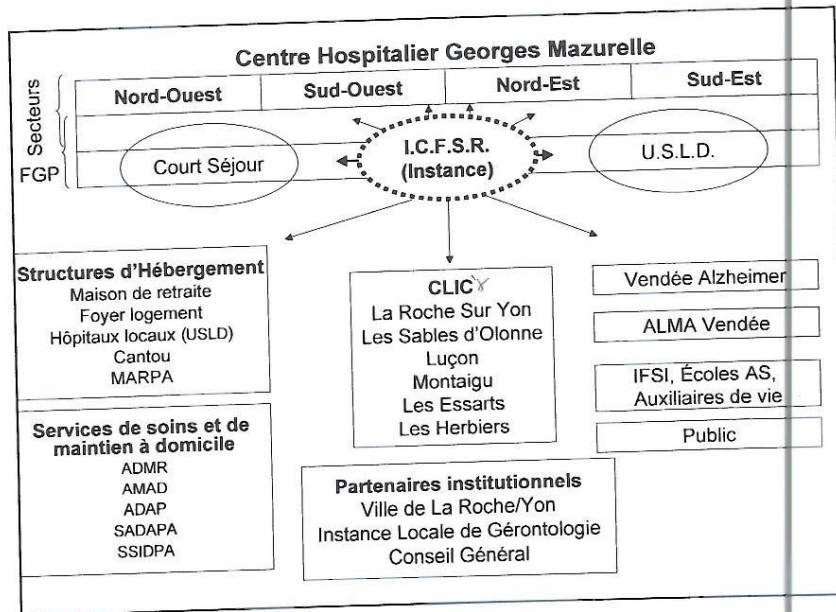
- Mise en oeuvre des SROS et des schémas gérontologiques à partir de 2005.

Coût

- Renforcement des moyens d'intervention de la psychiatrie dans les champs sanitaire, social et médico-social : 2M€(2005-2008)
- Sur le volet médico-social, programme de développement de services et structures médico-sociales déjà intégré dans le Plan vieillissement et solidarité (novembre 2003)

ANNEXE 4

ORGANISATION DE L'EQUIPE MOBILE DE GERONTO- PSYCHIATRIE DE LA ROCHE-SUR-YON



MISSION DE COORDINATION

Avec les partenaires travaillant auprès des personnes âgées.

♦ Le Secteur Médico-Social

Maisons de retraite, foyers logements, services de soins à domicile, moyen et long séjours...

♦ Le Secteur Social et Associatif

Services d'aide et de soins à domicile, Centre communal d'action sociale et autres Instances de coordination, Vendée Alzheimer...

♦ Le Secteur Administratif

Caisse primaire d'assurance maladie, Mutualité sociale agricole, Direction départementale des affaires sanitaires et sociales, Conseil général, Direction solidarité famille...

MISSION DE FORMATION

Pour les personnels travaillant auprès des personnes âgées.

- Services de soins à domicile
- Services d'aides ménagères
- Auxiliaires de vie
- Personnels d'institutions
- Directeurs d'établissements
- Etudiants en soins infirmiers
- Elèves aides soignants

Groupe de soutien

Pour les personnels travaillant auprès des personnes âgées.

- Etude de cas nécessitant une réflexion commune de l'équipe
- Compréhension de troubles permettant une meilleure adaptation des attitudes soignantes.

MISSION DE SOIN

- ♦ Groupes conversationnels
- ♦ Ateliers de stimulation mémoire
- ♦ Ateliers de musicothérapie

Dispensés auprès de personnes âgées,

Dans les services d'hospitalisation du Centre Hospitalier Georges Mazurelle,

Dans les centres médico-psychologiques ou hôpitaux de jour.

MISSION DE RECHERCHE

Statistiques - Epidémiologie

- Collecte de divers documents, articles de presse, actes de colloque, documents vidéos
- Ecriture et publication d'articles

ANNEXE 6

LES ENTRETIENS MENES DANS LE CADRE DU MISP 2

Date	Personnes rencontrées	Lieu	Elèves
Jeudi 6 mai – 9h	A.Jourdain, Professeur	EHESP-Rennes	Brigitte, Valérie, Nicolas
Jeudi 6 mai – 10h	Equipe mobile gérontopsychiatrie	CH La Roche S/yon	Christine, Anna, Antoine
Vendredi 7 mai – 10h	M. FAYOLLE	UNAFAM Rennes	Eric, Nicolas
Lundi 10 mai – 11h	Equipe IDE CMP	CH Blain	Christine, Nathalie
Lundi 10 mai – 14h30	Mme MENARD, Directrice	EPDA Saint Brevin les Pins (44)	Christine, Nathalie
Lundi 10 mai – 11h	M. MALO, Pdt de l'association	Psychologie et vieillessement – Rennes	Anna et Antoine
Lundi 10 mai – 11h	M. LAPIE, Administrateur CDAPH et Mme MOREAU	UNA 35 Chartre de Bretagne	Lucie, Eric
Lundi 10 mai – 14h	M. ALLOMBERT, Directeur	Hôpital local d'Antrain	Eric, Jeannine
Lundi 10 mai -17h	Mme OLNETTE, Resp de la cellule Handicap	CG 35Rennes	Lucie, Brigitte
Lundi 17h30	M. JUHAN et Dr KANNAS	MNASM Paris	Nicolas, Valérie
Mardi 11 mai – 14h30	Gérard MASSE, psychiatre	Hôpital Ste Anne, Paris	Nicolas, Valérie
Vendredi 14 mai	Docteur GIRAUD – responsable d'une équipe de liaison	Hôpital CH Saint Egrève	Christine, Antoine
Lundi 17 mai	Equipe Gérontopsy	Hôpital CH Saint Egrève	Christine, Antoine
Lundi 17 mai	Mme LE GOSLES	Foyer Monfort sur Meu Entretien téléphonique	Nathalie
Mardi 18 mai	Mme Florence LYS – Chargée de missions R4 « prise en charge post aigue, en santé mentale et des pathologies chroniques »	DGOS Paris - Entretien téléphonique	Nicolas, Nathalie