

Prise en charge des troubles mentaux du sujet âgé : quel rôle pour la psychiatrie ?

Gérard Massé¹ et Anne Veber²

Ce numéro de *Pluriels* est issu des réflexions menées par un groupe de travail qui a organisé deux journées de rencontres et d'échanges dans le cadre d'un séminaire de la Mission Nationale d'Appui en Santé Mentale, qui s'est tenu les 8 et 9 juin 2006 au Centre Hospitalier Sainte-Anne³.

Il fait suite à deux précédents numéros de *Pluriels*, le premier fin 2003 axé sur la dimension médico-sociale et sociale, le second consacré en 2005 à la place de la psychiatrie dans la prise en charge de ces troubles, illustrée par six expériences.

Ce numéro fait également écho aux évolutions et aux initiatives mises en place, souvent de façon isolée et parfois sans réelle reconnaissance, que nous avons pu observer sur site depuis une dizaine d'années et à notre sentiment que la place de la psychiatrie du sujet âgé demeure trop souvent occultée et trop peu débattue, y compris et peut-être surtout au sein de la psychiatrie elle-même. Les dispositifs de soins pour les personnes âgées souffrant de troubles mentaux sont en effet

encore embryonnaires et les psychiatres qui s'y intéressent sont trop peu nombreux, alors même que dans le contexte actuel, notamment la place de la gériatrie apparaît en pleine évolution.

À partir d'une réflexion pluridisciplinaire, ce numéro a pour ambition de proposer un éclairage documenté et une contribution au débat, en direction tant des pouvoirs publics que des professionnels, sur la question de la prise en charge des troubles mentaux des sujets âgés et sur le rôle que la psychiatrie doit y jouer. Il s'appuie sur la conviction qu'il ne peut pas exister de soins adaptés aux besoins des personnes âgées sans prise en compte de leurs besoins psychopathologiques.

S O M M A I R E

P2

1. Apports et spécificité clinique de la psychiatrie du sujet âgé.

P2

2. Un dispositif psychiatrique spécifique susceptible de répondre de façon réactive à la diversité et à l'évolutivité des parcours.

P4

3. Un dispositif fortement connecté à son environnement : la gérontopsychiatrie, une psychiatrie de liaison avant tout.

P5

4. Une inscription dans le territoire et dans la politique sanitaire départementale et régionale.

P5

5. La recherche et la formation.

P6

6. Conclusion.

P6 - 8

Bibliographie.

1. Chef de service au Centre Hospitalier Sainte-Anne, responsable de la Mission Nationale d'Appui en Santé Mentale

2. Attachée d'administration centrale, permanente à la Mission Nationale d'Appui en Santé Mentale

3. Ce séminaire a été préparé par R. Asvazadourian, M.C. Cabié, P. Cacot, Ph. Guillaumot, P. Juhan, R. Lepoutre, G. Massé, J.-Cl. Monfort, S. Oxusoff-Étienne, A. Veber.

Au cours de ce séminaire sont intervenus : A. Veber, G. Massé, Cl. Jeandel, A. Franco, D. Manière, D. Champetier de Ribes, Cl. Léger, F. Villard, Ph. Guillaumot, P. Cacot, J. Laporte, M. Roulinat, P. Lemoine, J.-Y. Alexandre, J.-P. Durand, J.-M. Dorey, F. Vieban, S. Maltaverne, J.-Cl. Monfort, A.-M. Mathieu, J. Mollard, P. Lévy, G. Bellut, O. Piou.

1. Apports et spécificité clinique de la psychiatrie du sujet âgé.

1.1. Une clinique riche et variée.

Les sujets âgés sont généralement évoqués comme un groupe homogène, alors même que leurs besoins psychopathologiques sont extrêmement variés. Trois types de situations et de publics peuvent être distingués :

- les patients présentant des pathologies psychiatriques persistantes, dont l'avancée en âge s'accompagne parfois de maladies somatiques et d'une perte d'autonomie venant compliquer leur handicap,
- les sujets âgés sans antécédent psychiatrique, dont l'équilibre psychique se trouve diminué pour diverses raisons, parfois en relation directe avec des maladies somatiques,
- et les personnes âgées souffrant de maladies démentielles, sources de troubles psychiques et comportementaux.

La difficulté de la prise en charge de ces patients est en partie liée à l'enchevêtrement, jamais aussi complexe et multiforme que durant la vieillesse, entre troubles psychiques et problèmes de santé physique, mais aussi aux risques évolutifs spécifiques (syndrome de glissement, suicide...), à une comorbidité fréquente, et enfin à un fréquent décalage entre les symptômes et leur signification. Par son abord clinique globalisant, qui intègre la dimension relationnelle, la psychiatrie du sujet âgé est en capacité d'aborder des données psychopathologiques essentielles à la compréhension de ces situations. La vie psychique du sujet âgé, sa souffrance, sa personnalité, son affectivité, sa vulnérabilité, sa vie sociale constituent autant de dimensions qui permettent d'évaluer ses capacités d'adaptation et de prévoir son évolution. La prescription médicamenteuse ne constitue qu'une partie souvent très partielle de ses outils de soin. S'inspirant de la référence psychanalytique enrichie de l'apport diagnostique de la neuropsychologie et des connaissances apportées par l'ensemble des sciences fondamentales s'intéressant au vieillissement, la gérontopsychiatrie développe, aujourd'hui, des actions psychothérapeutiques individuelles, conjugales et familiales en parallèle des techniques cognitives et des ressources médicamenteuses nouvelles. Outre l'abord clinique spécifique et les techniques de soin non médicamenteuses, l'apport inestimable de la psychiatrie se situe en particulier au niveau de l'aide codifiée aux familles et aux proches.

1.2. Les psychiatres ne peuvent plus se désintéresser des démences

La prise en charge des démences, qui se caractérisent par une détérioration progressive des fonctions cognitives et la présence de troubles psycho-comportementaux, a vécu un profond bouleversement avec l'arrivée de traitements spécifiques et le développement du diagnostic précoce. Pour diverses raisons, la plupart des psychiatres ont abandonné le champ des démences aux neurologues et aux gériatres, alors même qu'ils ont un rôle important à jouer dans l'abord pluridisciplinaire des patients et de leur entourage. Leur implication apparaît indispensable à différents niveaux : bilan et diagnostic, suivi thérapeutique, soutien des institutions comme des familles, réadaptation. L'expérience acquise au sein des Centres Mémoire de Ressources et de Recherche

(CM2R) montre, en effet, que le bilan des troubles cognitifs et leur diagnostic ne sont pas les points les plus problématiques. Les déséquilibres personnels et familiaux souvent intriqués, les manifestations marquées par l'anxiété, les raptus agressifs ou suicidaires constituent, en revanche, les difficultés les plus préoccupantes. Une annonce du diagnostic sans prise en compte du contexte, ni préparation et rencontre ou échanges avec les proches, comme la prescription d'anticholinestérasiques sans suivi rapproché sont encore trop souvent rencontrées. Le bilan et le temps diagnostique, qui impliquent un abord neuropsychologique et psychiatrique, doivent être de façon impérative connectés avec les réponses de soin en aval. L'accompagnement de l'entrée en démence par des psychothérapies individuelles et/ou familiales adaptées aux divers temps évolutifs (vécu anxio-dépressif en début d'évolution et confrontation au vide ultérieurement) permet à la personne de se réaménager sur le plan narcissique et psychique. Cette démarche suppose une capacité de respect de certains symptômes et la volonté de favoriser un équilibre entre le mode et le lieu de vie, l'entourage et le patient. L'approche cognitive, les approches non verbales, l'aide au maintien des liens gagnent à être partagées avec les proches dans le cadre de la formation des aidants familiaux. Ce constat pousse à réinvestir la clinique psychiatrique des démences, en particulier les démences fronto-temporales qui présentent des troubles du comportement prédominants d'autant plus difficiles à tolérer qu'ils vont durer de nombreuses années. Ces troubles qui associent troubles du contrôle de soi, désintérêt et troubles affectifs demandent un étayage et un savoir-faire institutionnel qui nécessitent des compétences psychiatriques. Si le scénario du succès d'un « vaccin anti-Alzheimer » évoqué récemment qui diminuerait considérablement en nombre les démences dégénératives devient une réalité, les troubles à composante frontale nécessitant des temps thérapeutiques psychiatriques deviendraient alors majoritaires. Enfin, les psychiatres ne peuvent se désintéresser des aspects éthiques concernant les démences.

2. Un dispositif psychiatrique spécifique susceptible de répondre de façon réactive à la diversité et à l'évolutivité des parcours.

Les troubles et les détériorations psychiques du sujet âgé, voire très âgé présentent des spécificités qui intéressent aussi bien les diagnostics que le projet de soin et de réadaptation, avec des conséquences pratiques pour la définition et l'organisation de structures de soins adaptées.

2.1. Support de la continuité des soins, le dispositif ambulatoire en gérontopsychiatrie permet, quand il existe, d'apporter en proximité les réponses graduées les plus adaptées.

La politique de secteur, base du travail en gérontopsychiatrie ambulatoire, vise à anticiper autant que faire se peut l'émergence des troubles de façon à les traiter chaque fois que cela est possible en ambulatoire, et

surtout avant qu'ils ne soient figés, risquant alors de rendre vains les efforts soignants. Le CMP, lieu privilégié de coordination du travail de secteur, offre diverses modalités de prise en charge (visites à domicile, entretiens, accompagnement au domicile ou son substitut...) et présente l'intérêt de mettre en œuvre les soins au plus près du tissu socio-familial mais aussi d'anticiper les crises et les ruptures pour éviter les fameux « allers simples » en milieu hospitalier. Il offre enfin la possibilité d'investir cette interface ville-hôpital. La notion d'équipe référente et mobile sur un CMP spécifique en ville paraît importante. D'autres outils de base de la sectorisation, tels que l'hôpital de jour ou le CATP, peuvent également être développés. L'expérience montre que l'hôpital de jour est susceptible de constituer un maillon très utile dans le dispositif. Il permet, utilisé tant comme dispositif d'aval que d'amont, d'éviter des hospitalisations et des réhospitalisations comme de fluidifier la filière. Dès lors qu'une filière gérontopsychiatrique intersectorielle est identifiée, trois options peuvent être retenues pour l'ambulatorio, en particulier les CMP :

- une intersectorialité totale avec une responsabilité intégralement confiée à la filière gérontopsychiatrique. Son atout est sa lisibilité pour les partenaires, le morcellement sectoriel rendant généralement difficile le contact avec la psychiatrie. Son risque est un désengagement des secteurs de psychiatrie générale. Or, la gérontopsychiatrie n'a pas vocation à prendre en charge l'ensemble des personnes âgées ayant des troubles psychiques ;
- une intersectorialité limitée à l'hospitalisation avec le maintien d'une compétence pleine et entière des secteurs de psychiatrie générale pour l'ambulatorio. Cette formule privilégie une articulation permanente avec les premières lignes sectorisées et a pour but d'éviter de transformer la filière gérontopsychiatrique en ghetto. Elle implique néanmoins que chaque secteur se dote d'une équipe spécialisée travaillant en étroite collaboration avec l'unité d'hospitalisation gérontopsychiatrique. Or, l'expérience montre que leur engagement apparaît trop souvent variable ;
- le choix d'une formule mixte, c'est-à-dire d'une intersectorialité partielle de l'ambulatorio. Chaque secteur continue à s'impliquer en identifiant dans un de ses CMP des professionnels référents, interlocuteurs privilégiés de la filière gérontopsychiatrique et bénéficiant de son appui. L'engagement des secteurs reste là encore variable mais de façon plus limitée.

2.2. Organiser l'accès à une hospitalisation temporaire en gérontopsychiatrie.

L'organisation des soins dans ces unités relève de la psychiatrie. Ces unités, au nombre limité de lits, doivent être un lieu de bilan, de mise en place de soins et d'aides appropriées, et enfin un lieu d'orientation. La durée d'hospitalisation, tout en n'étant pas comparable avec celle des courts séjours gériatriques (moins de 10 jours), y est limitée (DMS de 28 à 30 jours). Elle doit être organisée dans des conditions permettant à son décours la poursuite des objectifs définis lors de l'hospitalisation, par une prise en charge adaptée au sein des services de gériatrie de moyen et long séjour, des institutions sociales, médico-sociales ou encore, et autant que possible, au sein du domicile. Ces unités ne pourront remplir leurs missions que si deux conditions sont remplies :

- le respect d'indications spécifiques : l'idée que la psychiatrie pourrait s'occuper de toutes les conséquences des troubles psychiques des personnes âgées est illusoire. Ces unités n'ont pas vocation à recevoir

tous les patients âgés qui ont des problèmes psychiatriques. Le psychiatre du sujet âgé est dans l'obligation de se placer en position expertale. Ce problème central des indications d'hospitalisation trouve une réponse dans la notion clinique d'interface entre la psychiatrie générale et la gériatrie. Il s'agit de patients fragiles, peu nombreux, qui épuisent les équipes et font exploser tous les cadres, qui ne peuvent être hospitalisés ni chez l'un, ni chez l'autre, et pour lesquels l'absence d'hospitalisation aboutit à un pronostic extrêmement péjoratif. Leur admission dans ces unités doit être effectuée après une consultation préalable avec un des médecins de l'unité et après élaboration d'un contrat de soins établi avec le patient et/ou son entourage ;

- l'existence d'un amont et d'un aval fluides : la fluidité des parcours peut être assurée par un travail de proximité ville-hôpital et une activité de liaison interne comme externe susceptibles de réguler les hospitalisations et de mieux organiser le retour à domicile ou son substitut, l'objectif étant de réinvestir le potentiel soignant dans un véritable travail de partenariat notamment avec la gériatrie et les EHPAD et plus généralement avec l'environnement, grâce à une nouvelle mobilité des équipes. À défaut, ces unités sont rapidement débordées et confrontées à des réhospitalisations consécutives à des sorties trop rapides ou mal préparées, phénomène qualifié par P. Noël de « syndrome de la porte battante », particulièrement préjudiciable à la personne âgée.

Idéalement, les unités d'hospitalisation gérontopsychiatrique ont vocation à être installées sur les sites gériatriques ou à proximité et donc, préférentiellement, sur un site d'hôpital général, ce qui est habituel lors de rattachement des secteurs de psychiatrie à l'hôpital général ou peut se faire dans le cadre d'une télégestion en cas de rattachement à un centre hospitalier spécialisé. Ce positionnement facilite les interfaces avec le somatique, avec la gériatrie en particulier, et améliore ainsi la fluidité entre les deux filières. Ce lieu de soins actifs et spécifiques doit pouvoir bénéficier d'avis spécialisés gériatriques, soit par la présence d'un gériatre en son sein, soit *via* les équipes mobiles gériatriques. La désignation d'un référent gériatre est en l'occurrence recommandée, que cette unité soit implantée au sein d'un CHS ou d'un CHG. Le caractère intersectoriel de l'hospitalisation en gérontopsychiatrie lui confère, par ailleurs, une visibilité et une lisibilité pour ses partenaires, qui bénéficient d'un interlocuteur unique, identifié et impliqué. Si néanmoins, le choix des professionnels, les besoins ou les moyens locaux aboutissent à la non identification de lits spécifiques, les conditions de fonctionnement de cette hospitalisation doivent, à minima, garantir des conditions de fonctionnement retenues pour les services de gérontopsychiatrie et permettre une articulation précise et concrète avec la gériatrie, par voie de convention entre pôles d'activité ou établissements concernés. L'hospitalisation privée peut être une solution adaptée dès lors que l'unité s'inscrit dans des complémentarités définies au niveau du territoire.

Enfin, cette activité gérontopsychiatrique d'hospitalisation doit être affichée comme une priorité de l'établissement d'implantation, révélatrice d'une véritable politique institutionnelle, déclinée via le projet de l'établissement, les contrats de pôle et les contrats d'objectifs et de moyens entre l'établissement et l'ARH. Ces aspects, certes formels, constituent une manière de légitimer cette activité et ses professionnels au sein de l'établissement d'implantation comme vis-à-vis des partenaires extérieurs.

2.3. Au-delà des outils de soins traditionnels de la psychiatrie publique, certains professionnels ont exploré des pistes nouvelles ou des dispositifs plus spécifiques.

Des équipes mobiles de gérontopsychiatrie, dont la création est généralement motivée par la confrontation plus fréquente des équipes ambulatoires à des situations de crises à domicile et par la volonté de favoriser mobilité et réactivité commencent à se développer. Certains ont mis en place un dispositif de régulation des signalements sur le territoire couvert, afin d'orienter, grâce à un centre d'appel unique, les demandes vers le dispositif de gérontopsychiatrie ou, pour les cas plus simples, vers les dispositifs gériatriques ou psychiatriques. D'autres ont créé des appartements thérapeutiques d'évaluation ou mené des expérimentations de soutien téléphonique aux personnes âgées dans le cadre d'actions de prévention du suicide inspirées de l'expérience menée en Italie à Padoue. D'autres, encore, ont tenté de mettre en place une hospitalisation à domicile gérontopsychiatrique. Les réseaux de santé mentale peuvent, enfin, constituer un support intéressant par le basculement de l'intra vers l'extrahospitalier et le maillage du territoire qu'ils induisent, limitant ainsi les zones blanches en matière de présence médicale. Véritables laboratoires permettant de tester la réorganisation des tâches des professionnels dans un contexte où les médecins manquent, ils sont susceptibles d'évaluer de nouvelles organisations de travail en psychiatrie, tournées vers la prévention alors que l'organisation actuelle des secteurs reste souvent très attachée aux soins directs. Ils peuvent également constituer le support de coopérations public-privé sur un territoire. Il paraît néanmoins judicieux de tenir compte de l'existence de dispositifs similaires sur un territoire donné pour éviter qu'un réseau en santé mentale ne vienne s'ajouter à d'autres réseaux, gérontologiques notamment, déjà bien implantés.

3. Un dispositif fortement connecté à son environnement : la gérontopsychiatrie, une psychiatrie de liaison avant tout.

La psychiatrie ne doit pas rester en marge des dispositifs intervenant dans divers domaines auprès des personnes âgées. En effet, de nombreux professionnels gravitent déjà autour des personnes âgées, y compris celles qui ont des troubles de santé mentale. Il paraît indispensable de s'intégrer au sein de cet environnement dans l'optique de rencontrer toujours plus précocement les patients. Cette démarche partenariale apparaît comme une condition préalable à toute action de prévention en amont et de réadaptation-réinsertion en aval.

La filière gérontopsychiatrique doit donc conjuguer ses efforts avec ceux de divers partenaires, et avant tout avec les acteurs de première ligne que sont les généralistes et les travailleurs sociaux. Souvent en grande difficulté avec ces patients âgés présentant des troubles complexes, par ailleurs peu demandeurs de soins, les généralistes ont besoin de l'appui de la gérontopsychiatrie. En retour, cette dernière a tout intérêt à faire d'eux ses alliés. En effet, ceux-ci disposent potentiellement de possibilités d'action, telles que le déclenchement d'une hospitalisation sans consen-

tement, la réalisation d'un bilan et surtout celle de convaincre son patient. De la même façon, le réseau souvent dense de travailleurs sociaux constitue un relais supplémentaire pour détecter précocement les problématiques psychiatriques des personnes âgées. Ces professionnels connaissent généralement déjà la famille et le malade, et leur vision est précieuse car en situation et donc prenant en compte la spécificité du contexte. De même, les CLIC, et notamment les CLIC de niveau 3 demeurent, malgré les politiques différentes des Conseils généraux, une interface, du fait de leur maillage territorial.

S'agissant des prises en charge institutionnelles, la DREES a mis en évidence que 85 % des résidents des établissements d'hébergement pour personnes âgées (maisons de retraite, unités de soins de longue durée et logements foyers) présentent une affection neuropsychiatrique. Il s'agit notamment d'états dépressifs ou de syndromes démentiels qui concernent chacun environ un tiers d'entre eux. Près de 28 % sont concernés par des troubles du comportement, qui sont principalement à type d'agressivité ou d'agitation, d'anxiété, de dépression, de confusion ou de délire. Ils touchent plus fréquemment les patients admis en USLD (48 %) que les résidents des maisons de retraite (28 %) ou des logements-foyers (20 %). Ces troubles sont considérés comme très graves dans un quart des cas. Ils constituent un motif fréquent de demande de soins et d'intervention spécialisée des professionnels de ces structures, qui se plaignent de leur manque de compétence pour y faire face. Là encore, la gérontopsychiatrie doit venir en appui de ces partenaires par des interventions de soins directs auprès des résidents, des actions de formation des personnels et des interventions sur les fonctionnements institutionnels. Sur le champ sanitaire, l'appui des équipes de secteurs psychiatriques et/ou des psychiatres libéraux doit être généralisé dans les hôpitaux locaux et permettre à l'équipe médicale et soignante de ces établissements de disposer d'un référent intervenant régulièrement au sein de leur établissement.

Par ailleurs, une connexion évidente est à établir avec la filière gériatrique. Elle se décline à différents niveaux :

- au sein d'un même établissement dans le cadre d'un travail de liaison : concertation au sein des urgences entre équipe mobile gériatrique (EMG) et équipe de psychiatrie de liaison ou équipe mobile, psychiatrie de liaison auprès des divers services de la filière gériatrique en particulier quand une hospitalisation en établissement de santé mentale est envisagée ;
- entre plusieurs établissements de santé : intervention de l'EMG en CHS et réciproquement de l'équipe ambulatoire de secteur à vocation gérontopsychiatrique dans la filière gériatrique, présence de psychiatres dans la filière gériatrique, notamment à l'hôpital de jour gériatrique, où des consultations psychiatriques peuvent être réalisées. Il convient de mentionner, à cet égard, que les professionnels interrogés estiment que, du fait de modalités et de temps thérapeutiques différents, des hôpitaux de jour mixtes ne paraissent, *a priori*, pas adaptés.
- à minima des complémentarités de travail entre équipes mobiles gériatriques et gérontopsychiatriques, voire la création d'équipes mobiles mixtes : les équipes de gérontopsychiatrie s'inscrivant dans un cadre sectoriel gardent, sur le plan conceptuel, une avance puisqu'elles ont développé une double polarité interne et externe, alors que la centaine d'EMG demeure essentiellement en position intrahospitalière. Sur un plan stratégique, on peut penser que les complémentarités de travail, au sein de l'hôpital, entre EMG et équipes gérontopsychiatriques de secteur en activité de liaison, ne pourront que faciliter une externalisation croissante des premières, qui bénéficieront

ainsi de l'expérience et du savoir faire des secondes en matière d'intervention ambulatoire, le modèle idéal étant la constitution d'équipes mobiles externes mixtes. L'échange de personnels soignants, les partages d'expériences, les actions de formation communes peuvent être des temps préparatoires à des équipes mobiles conjointes.

- les équipes de gérontopsychiatrie ont, enfin, tout intérêt à établir des liens avec les réseaux gérontologiques, voire à en être partie prenante. C'est une façon d'accroître leur efficacité soignante, en étant présentes au plus tôt et au plus près de la personne âgée, dès lors que le réseau lui-même a une pertinence territoriale. L'adossement aux structures sanitaires et sociales existantes permet de réaliser les évaluations dans de bonnes conditions (consultation mémoire, évaluation en hôpital de jour, visite conjointe à domicile...) et contribue à améliorer la fluidité des filières. L'intérêt principal du réseau consiste, par ailleurs, à réunir l'ensemble des intervenants parties prenantes autour de situations particulièrement complexes nécessitant la collaboration de diverses compétences. Il permet de coordonner les différents partenaires et leur donne du temps sans néanmoins faire à leur place. Une fois l'équilibre assuré, le réseau se met en retrait. Outre l'intérêt opérationnel évident de ce type de support dans l'élaboration du projet personnalisé du patient, dans son suivi, dans l'anticipation des situations de crise et dans l'évitement des orientations inadéquates, les réseaux permettent de diffuser la spécificité du travail psychiatrique notamment des infirmiers mais aussi des assistants sociaux et des psychiatres dans l'abord de la personne âgée à domicile en situation difficile comme l'expérience acquise en psychiatrie dans l'élaboration en groupe d'un projet personnalisé pluridisciplinaire.
- les compétences psychiatriques au sein des équipes pluridisciplinaires des consultations mémoire et des centres mémoire de ressources et de recherche méritent d'être renforcées.

Enfin et ce n'est pas le moins utile, la filière gérontopsychiatrique doit développer, si elle est mise en place, une activité de liaison destinée à la psychiatrie générale.

La formalisation des articulations et complémentarités, sous forme de convention, est importante, afin d'éviter des ruptures de prise en charge et garantir la coordination et la réciprocité des réponses. En règle générale, cet intérêt bien compris permet d'aboutir à un travail en confiance, qui facilite la régulation. Dans la mesure où la psychiatrie fournit à ses partenaires l'assurance d'une attention à leurs demandes, voire d'un accueil renouvelé dès lors que l'état du patient le justifie, une forme d'autorégulation se crée. Dans le même temps, l'accès aux prestations hospitalières ou ambulatoires se trouve facilité avec des équipes qui se connaissent et vont permettre de s'organiser rapidement en cas de crise et d'urgence.

4. Une inscription dans le territoire et dans la politique sanitaire départementale et régionale.

La qualité des dispositifs de prise en charge des personnes âgées doit s'entendre en termes de globalité, de continuité et de proximité des réponses aux besoins. Leur élaboration doit être conduite en garantissant la cohérence et la coordination de la démarche initiée dans le domaine sanitaire avec l'ensemble des politiques médico-sociales et sociales menées au bénéfice des personnes âgées.

La demande de la population en terme de maintien dans le milieu de vie et de proximité des lieux de prise en charge doit être privilégiée pour bâtir l'organisation de l'ensemble de la prise en charge et implique d'identifier des territoires pertinents au sein desquels peut s'envisager la mise en œuvre coordonnée et optimale de l'ensemble des actions. Pour faire face à la nécessité de s'articuler avec le champ somatique et d'organiser des coopérations avec les autres acteurs de santé mentale, le dispositif sectoriel doit évoluer vers des prises en charge en commun et sur des territoires plus étendus quand cela est possible. Ainsi, l'organisation de la gérontopsychiatrie doit varier selon l'importance du territoire de santé, le rattachement hospitalier, le contexte gériatrique et médico-social local :

- unisectorielle dans les territoires ruraux où la densité de spécialistes est faible et les distances à parcourir pour consulter dans un centre spécialisé sont grandes ;
- plus volontiers intersectorielle avec une filière gérontopsychiatrique forte issue de 3 ou 4 secteurs dans les zones urbaines à population dense. En effet, dans certaines grandes agglomérations urbaines, l'organisation en secteurs plus grands et en structures fédérées facilite l'accessibilité et la lisibilité du dispositif pour la population comme pour les professionnels partenaires.

Enfin, il convient de ne pas négliger l'importance des instances de concertation et de coordination. La psychiatrie doit pouvoir participer à l'élaboration de la politique départementale de gérontologie débouchant sur des schémas de 4 à 5 ans. Il est capital d'introduire dans les débats la dimension santé mentale et de faire connaître les contributions et les apports réciproques à développer dans l'intérêt d'une prise en charge cohérente des personnes âgées répondant aux problèmes générés par leurs troubles mentaux et aux conséquences sur leur entourage familial et institutionnel. C'est tout l'intérêt d'un programme spécifique coordonné de gérontopsychiatrie, défini par territoire de santé en concertation avec les partenaires, précisant la part de réponse gérontopsychiatrique ambulatoire comme institutionnelle nécessaire pour répondre aux besoins déterminés dans le cadre d'un diagnostic partagé avec les divers partenaires, et optimisant ainsi le maillage territorial et la mutualisation des compétences. Une coordination permanente au niveau départemental, voire régional est également à étudier.

5. La recherche et la formation.

Il paraît primordial de développer la psychiatrie du sujet âgé à travers un enseignement et surtout des recherches sur les nombreuses questions cliniques qui lui sont posées.

5.1. La recherche : un chantier à investir

Potentiellement vaste car pouvant concerner toutes les sciences fondamentales et les techniques thérapeutiques intéressant la psychiatrie (psychothérapies individuelles et familiales, techniques rééducatives cognitives, psychopharmacologie...), le champ de la recherche en gérontopsychiatrie représente un chantier à investir. La clinique du vieillissement demeure en effet relativement peu étudiée, et en particulier la question des répercussions du vieillissement sur le mental et réciproquement du mental sur le vieillissement.

Outre les recherches épidémiologiques peu nombreuses ou les recherches pharmaco-économiques, divers thèmes de recherche cliniques comme thérapeutiques pourraient être traités : la clinique dans ses aspects psychodynamiques, concernant notamment les troubles préexistants aux troubles démentiels, les vulnérabilités familiales et le travail avec les familles durant cette période de fin de vie des parents ; les relations entre les aspects psychopathologiques et les troubles du comportement ; les thérapeutiques non médicamenteuses en s'inspirant, notamment, de la réadaptation des traumatisés crâniens ; les aspects éthiques. La prise en charge croissante de patients non traités auparavant permet, par ailleurs, d'aborder des situations cliniques peu ou pas connues antérieurement. Se développe aussi actuellement, notamment dans le cadre de projets de recherche européens, une recherche en matière d'assistance technologique aux personnes âgées dépendantes destinée à améliorer la qualité des soins dans une perspective de vie à domicile.

Par ailleurs, une recherche inscrite dans le travail de secteur, qui se distingue d'autres pratiques de la discipline d'inspiration plus biologique mais aux réalisations moins communautaires, mérite d'être développée. Signalons enfin la pertinence de développer une culture commune de recherche pluriprofessionnelle au sein d'équipes associant notamment psychiatres, gériatres, neurologues ou psychologues.

5.2. La formation

La formation initiale, la formation continue ou l'évaluation des pratiques professionnelles en psychiatrie du sujet âgé sont potentiellement riches de ces thématiques. Deux points méritent d'être soulignés :

- la nécessité de la reconnaissance de la spécificité de la psychiatrie du sujet âgé et de son enseignement par des universitaires spécialisés. C'est tout l'intérêt du DESC de type 2, qui pourrait, dans un premier temps, être développé de façon pragmatique au niveau national pour aboutir ensuite à sa déclinaison régionale. Depuis une vingtaine d'années en France, la psychiatrie du sujet âgé, qui a un statut officiel depuis 1983 en Grande Bretagne et depuis 1991 aux États-Unis, se développe et revendique cette spécificité. Notons, également, que l'existence d'une filière universitaire dynamique est un facteur d'attractivité et d'installation locale de spécialistes, mais aussi de formation d'autres professionnels ;

- le caractère indispensable de la diffusion des savoirs et des savoir-faire aux divers professionnels de la psychiatrie et de leurs partenaires, ainsi que du développement d'un véritable compagnonnage. En effet, les psychiatres formés à la psychiatrie du sujet âgé ne seront pas assez nombreux pour faire face aux besoins croissants de cette population. Ils auront avant tout une fonction d'expert. Il convient donc de former les généralistes, les gériatres et les psychiatres sans exclusive d'autres spécialités ou d'autres métiers de santé. Cette transmission passe par divers outils :

- la participation à des stages, séminaires ou modules obligatoires de gérontopsychiatrie pour les professions de la psychiatrie (à commencer par les psychiatres comme cela existe dans d'autres pays européens). Il paraît utile de faire de certaines formations un passage obligé pour les personnels choisissant une affectation dans un service de gérontopsychiatrie ;
- l'incitation au développement de référentiels d'évaluation spécifiques à la gérontopsychiatrie ;

- les DU de psychopathologie du sujet âgé qui connaissent déjà un certain succès ;
- les partages d'expériences et les actions de formation communes et croisées entre professionnels parties prenantes dans la prise en charge de ces populations, et plus encore les séances cliniques d'intervision autour de cas réels. Les réunions de concertation pluridisciplinaires de certains réseaux en sont une illustration ;
- l'accueil, au sein de services de gérontopsychiatrie d'équipes infirmières, d'internes en médecine générale, de professionnels préparant une capacité en gériatrie ou la formation de médecins coordonnateurs en maison de retraite ;
- le développement de formations et de recherches appliquées. La clinique journalière demeure un terrain d'apprentissage et les méthodes d'évaluation comme les outils de gestion clinique susceptibles d'opérer un guidage dans l'orientation des services sont à construire par les soignants.

6. Conclusion.

La proportion de la population âgée va continuer à croître de manière exponentielle. Dans une vingtaine d'années, ce phénomène sera d'une ampleur considérable. Face à cette explosion démographique, l'appréhension du vieillissement et les problèmes de santé qui y sont attachés a évolué. La santé des sujets âgés a d'abord été appréhendée en termes d'espérance de vie. Ce sont maintenant les conditions de ce vieillissement qui orientent les réflexions : les conditions physiques dans un premier temps avec une attention particulière à l'augmentation de l'espérance de vie sans invalidité physique importante et désormais la dépendance psychique. L'ampleur de ces besoins psychopathologiques comme leur acuité justifient, dans une optique de santé publique, la promotion d'une véritable politique de soins psychiatriques des personnes âgées qui prenne position sur la place nécessaire d'une psychiatrie du sujet âgé dans ses diverses dimensions : organisation de soins spécifiques connectée avec son environnement, recherche, formation...

Bibliographie.

- ANKRI J., COLLIN J., PÉRODEAU G., BEAUFILS B., Médicaments psychotropes et sujets âgés : une problématique commune France-Québec ? *Sciences Sociales et Santé*, 2002, 20, 1, 35-60.
- ARDIET G., PONCET A., Psychiatrie de liaison en maison de retraite. *Revue Française de Psychiatrie et de Psychologie Médicale*, 2002, 6, 54, 5-34.
- ASVAZADOURIAN R., GUEDJ M.-J., Les urgences psychiatriques des personnes de plus de 80 ans : étude au CPOA. *Perspectives Psychiatriques*, 2003, 42, 1, 31-38.
- AUBERT M., MANIÈRE D., MOUREY F., OUTATA S., *Interprofessionnalité en gérontologie*, Érès, 2005.
- BERGUA V., SWENDSEN J., BOUISSON J. Anxiété, dépression et comportement chez les personnes âgées : étude en vie quotidienne. *Journal de thérapie Comportementale et Cognitive*, 2006, 16, 1, 7-11.
- BONNET M., MINARY J.-P., L'aide professionnelle à domicile pour les personnes âgées : les conditions d'une relation d'intimité professionnelle. *Connexions*, 2004, 81, 91-109.

- BONNIFET E., Éviter le mal de vivre en institution : expérience conceptualisée. *Revue française de psychiatrie et de psychologie médicale*, 2005, 9, 89, 37-40.
- BOUCHARLAT M., MONTANI C., MYSLINSKI M., FRANCO A., Pour un soutien psychothérapeutique à domicile du couple patient/aidant. *L'Encéphale*, 2006, 32, 92-96.
- BRAMESFELD A., Service provision for elderly depressed persons and political and professional awareness for this subject: a comparison of six European countries. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 2003, 18, 392-401.
- CASADEBAIG F., RUFFIN D., PHILIPPE A., Le suicide des personnes âgées à domicile et en maison de retraite en France. *La revue d'épidémiologie et de Santé Publique*, 2003, 51, 55-64.
- CHARAZAC P., *Introduction aux soins gérontopsychiatriques*, Dunod, 2001.
- CHARAZAC P., Réflexions sur la gérontopsychiatrie française et les origines de son retard. *L'Information Psychiatrique*, 2006, 82, 5, 383-387.
- CHARAZAC P., MALTAVERNE S., L'avenir de la gérontopsychiatrie au sein de la psychiatrie publique. *L'Information Psychiatrique*, 2001, 77, 8, 786-790.
- CLÉMENT J.-P., DARTHOUT N., NUBUKPO P., *Guide pratique de la psychogériatrie*, Masson, 2006.
- CLÉMENT J.-P., LÉGER J.-M., Troubles mentaux non démentiels des personnes âgées. *Bulletin de l'Académie Nationale de Médecine*, 2006, 190, 6, 1175-1186.
- COUTURIER P., Les unités mobiles gériatriques : situation actuelle et perspectives. *La Revue de gériatrie*, 2004, 29, 9, 703-712.
- CROCHOT E., BOUTEYRE E., Être le parent de son propre parent atteint d'un syndrome démentiel de type Alzheimer. *Dialogue*, 2005, 169, 111-123.
- DAVID J.-P., PASQUIERS-NAGA F., DIMENZA C., Les patients actuellement hospitalisés en soins de longue durée relèvent-ils du secteur sanitaire ? *La Revue de gériatrie*, 2002, 27, 5, 313-318.
- DUBUISSON F., Repères sur la coordination gérontologique. *Soins gérontologie*, 2001, 27, 4-7.
- DURAND-GOSSELIN B., Les hôpitaux de jour gériatriques en France. *La Revue de gériatrie*, 2002, 27, 5, 319-322.
- DUTHEIL N., SCHEIDEGGER S., Les pathologies des personnes âgées vivant en établissement. *Études et résultats*, 2006, 494.
- DUTHEIL N., SCHEIDEGGER S., Pathologie et perte d'autonomie des résidents en établissement d'hébergement pour personnes âgées. *Études et résultats*, 2006, 515.
- ÉMERIAU J.-P., JEANDEL C., Les enjeux de la spécialité gériatrie. *La Revue de gériatrie*, 2005, 30, suppl. F au n°10, 5-9.
- FRANCO A., La spécialité de gériatrie dans le contexte européen. Recherche de qualité. *La Revue de gériatrie*, 2005, 30, Suppl. F au n°10, F11-F16.
- FRANCO A., FROSSARD M., MONTANI C., *Télé-médecine en gérontologie*. L'année gérontologique, Seidi Édition, 2000.
- FRÉMONT P., Prise en charge des patients et des familles. *L'Encéphale*, 1999, SpV, 30-35.
- FRÉMONT P., Les nouveaux enjeux du vieillissement. La psychiatrie du sujet âgé. *L'Information Psychiatrique*, 2001, 77, 8, 794-798.
- GAUVAIN J.-B., SKOWORONSKI V., BLANC P. et coll., Court séjour gériatrique : force et fragilité au sein de la filière. *La Revue de la gériatrie*, 2004, 29, 9, 693-702.
- GUILLAUMOT P., Vers l'HAD en gérontopsychiatrie. *Nervure*, 2005, 18, 4, 17-25.
- GUILLAUMOT P. (sous la dir.), *Le sujet âgé, ses proches et ses soignants*, Érès, 2006.
- GUNTHER D., FAUCHER N., ROGER M., Enquête sur la part de la gérontologie dans les Schémas Régionaux d'Organisation Sanitaire 1999-2004 des régions de France. *La Revue de gériatrie*, 2001, 26, 1, 9-12.
- HEITZ D., KUNTZMANN F., Les unités mobiles de gériatrie : objectifs et principes de fonctionnement. *Techniques hospitalières*, 2003, 674, 32-34.
- JAULIN Ph., Sujet âgé et psychiatrie spécificités cliniques. *L'Information Psychiatrique*, 2001, 77, 8, 791-793.
- JEANDEL C. (coord.), *Livre blanc de la gériatrie française*. Fondation nationale de gérontologie, 2004.
- JEANDEL C., PFITZENMEYER P., VIGOUROUX Ph., *Un programme pour la gériatrie, 5 objectifs, 20 recommandations, 45 mesures pour atténuer l'impact du choc démographique gériatrique sur le fonctionnement des hôpitaux dans les 15 ans à venir*, avril 2006.
- LANGENDORFF F., Conduite de la psychothérapie d'inspiration psychanalytique auprès de la personne âgée hospitalisée au long cours. *Perspectives Psychiatriques*, 2004, 3, 210-217.
- LAUDET J., Mise en place d'un réseau gérontologique ville-hôpital issu du financement FAQSV. *La Revue de gériatrie*, 2005, 30, 1, 57-62.
- LEGER J.-M., OUANGO J.-G., Le psychiatre a-t-il sa place en médecine de la personne âgée ? *L'Information Psychiatrique*, 2001, 77, 8, 780-785.
- LÉON O., GODEFROY P., *Projections régionales de population à l'horizon 2030*, INSEE première 2006, 1111.
- MALTAVERNE S., CHARAZAC P., Itinéraires gérontopsychiatriques. *L'Information Psychiatrique*, 2001, 77, 8, 799-803.
- MASSÉ G., Les réseaux de soins psychogériatriques in Les Troubles mentaux, maladie d'Alzheimer et démences apparentées, 2003. Eisai-Pfizer, 100-120.
- MASSÉ G., VIGNERON E., Territorialité et santé mentale. *Pluriels*, 2006, 60.
- MICHEL J.-P., GOLD G., GIANNAKOPOULOS P., Collaboration entre gériatrie et psychiatrie-gériatrie. Le modèle développé à Genève. *L'Encéphale*, 2006, 32, 1175-1177, cahier 4.
- MONFORT J.-C., NEISS M., RABIER P., HERVY M.-P., Alzheimer, famille, institution. *Annales Médico-Psychologiques*, 2006, 164, 726-731.
- MONFORT J.-C., *La psychogériatrie*, Coll. Que sais-je ? PUF, 2006.
- NOËL P., Une enquête sur l'implication des secteurs en gérontopsychiatrie. *L'Information Psychiatrique*, 2001, 77, 8, 775-779.
- NOËL P., « La Porte » en psychiatrie des personnes âgées. *L'Information Psychiatrique*, 2001, 77, 8, 820-822.
- NUBUKPO Ph., LE BRUCHEC M., CLÉMENT J.-P., Enquête descriptive nationale de 166 réseaux de santé Alzheimer. *La Presse Médicale*, 2005, 34, 637-639.
- PFITZENMEYER P., DEVAUX-HANCER M., D'ATHIS Ph. et coll., Facteur de risque de réhospitalisation en secteur de court séjour gériatrique. *La Revue de gériatrie*, 2000, 25, 4, 243-250.
- QUADERI A., VÉDIE C., Violences et organisation du travail en gériatrie. *Annales Médico-Psychologiques*, 2004, 162, 472-476.
- RÉMY C., La complémentarité psychiatrie/gériatrie en service de psycho-gériatrie. *La Revue de gériatrie*, 2000, 25, 5, 317-326.
- SCHWÉBEL G., MANCIAUX M.-A., BAUMANN C., Recours au service d'accueil des urgences de personnes âgées en provenance des établissements d'hébergement. *La Revue de gériatrie*, 2005, 30, 8, 547-556.
- SHAH A., MURTHY S., SUH G.-K., Is mental health economics important in geriatric psychiatry in developing countries. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 2002, 17, 758-764.

SOMME D., YVAIN F., LÉVY A., ELLRODT A., DAVIDO A., St JEAN O., Patients âgés de 80 ans et plus admis en urgence. Caractéristiques et filières de soins. *La Presse Médicale*, 2003, 32, 19, 870.

SULLIVAN M.-P., KESSLER L., LE CLAIR J.-K., STOLÉE P., BERTA W., Defining best practices for specialty geriatric mental health outreach services : lessons for implementing mental health reform. *Canadian Journal of Psychiatry*, 2004, 49, 7, 458-466.

TANG W.K., CHIU H., WOO J., HJELM M., HUI E., Telepsychiatry in psychogeriatric service : a pilot study. *International Journal of Geriatric Psychiatry*, 2001, 16, 88-93.

THUBERT B., CASSOU B., COLAS DES FRANCS C., NADJABI R., VERT A.-M., Évaluation des coordinations gérontologiques : réflexions méthodologiques. *La Revue de gériatrie*, 2004, 29, 10, 807-814.

VASSILIEFF L., JALENQUES I., ALBUISSON E., COUDERT A.-J., Étude comparative de personnes âgées ayant des pathologies psychiatriques en long séjour et maison de retraite médicalisée. À partir de 252 cas. *Annales de Psychiatrie*, 2000, 15, 120-128.

VÉTEL J.-M., Les rapports entre les maisons de retraite et les centres hospitaliers de gériatrie. Une évolution nécessaire vers un travail en « partenariat conventionnel ». *La Revue de gériatrie*, 2001, 26, Suppl. C au n°10, C19-C23.

WEILL-ENGÉRER S., LE DESC de type 2 : la nouvelle voie pour former les spécialistes en gériatrie. *La Revue de gériatrie*, 2005, 30, suppl. F au n°10, F-17-19.



Actualité et Dossier en Santé Publique. *Les personnes âgées en situation de dépendance*, 2006, 56, 15-70.

La santé mentale des personnes âgées, *Pluriels*, 2003, 39-40.

Six expériences en psychiatrie des personnes âgées, *Pluriels*, 2005, 50-51.

Psychiatrie et personnes âgées : nouvelles approches, *Pratiques en Santé Mentale*, 2002, 4.

Plan Psychiatrie et santé mentale 2005-2008, Plan « solidarité-grand âge » 2006-2012, Plan Alzheimer 2004-2007, Plan solidarité pour les personnes dépendantes 2004-2008, Plan « bien vieillir » 2007-2009.

Cour des comptes. *Les Personnes âgées dépendantes*, novembre 2005.

IGAS, *Enquête sur l'hospitalisation des personnes âgées dans les services de psychiatrie*, décembre 1994.

IGAS, *Les équipes mobiles gériatriques au sein de la filière de soins*, mai 2005.

IGAS, *Contrôle et évaluation du fonds d'aide à la qualité des soins de ville (FAQSV) et de la dotation de développement des réseaux (DDR)*, février 2006.

Circulaire DH/EO2 n°2000-295 du 30 mai 2000 relative à l'hospitalisation à domicile et son complément.

Circulaire DGAS n°2001-224 du 18 mai 2001 relative aux CLIC.

Circulaire DHOS-O2/DGS-SD5D n°2002-157 du 18 mars 2002 relative à l'amélioration de la filière de soins gériatriques.

Circulaire DHOS-O2/DGS-SD5D/DGAS-SD2c/DSS-1a n°2002-222 du 16 avril 2002 relative à la mise en œuvre du programme d'action pour les personnes souffrant de la maladie d'Alzheimer ou de maladies apparentées.

Circulaire DHOS/DGAS n°2003-257 du 28 mai 2003 relative aux missions de l'hôpital local.

Circulaire DHOS-O2 n°2004-507 du 25 octobre 2004 relative à l'élaboration du volet psychiatrie et santé mentale du SROS de 3^e génération.

Circulaire DHOS/O n°2004-44 du 4 février 2004 relative à l'hospitalisation à domicile.

Circulaire DHOS-OPRC n°2006-444 du 6 octobre 2006 relative au programme hospitalier de recherche clinique (PHRC) 2007

Circulaire DHOS/O3 n°2006-506 du 1er décembre 2006 relative à l'hospitalisation à domicile.

Circulaire DHOS/O2 n°2007-117 du 28 mars 2007 relative à la filière de soins gériatriques.

PLURIELS

La lettre
de la
Mission Nationale d'Appui
à la Santé Mentale

Directeur de la publication :
Gérard Massé

Rédacteur en chef :
Raymond Lepoutre

Ont participé à ce numéro :
Gérard Massé, Anne Veber

PLURIELS, 5 avenue d'Italie,
75013 Paris
Téléphone 01.53.94.56.90 -
Télécopie 01.53.94.56.99.
E-mail : mission@mnaasm.com

Pluriels sur internet

Vous pouvez trouver
tous les numéros de Pluriels
sur le site :

www.mnaasm.com