

Université Lille 2
Marseille

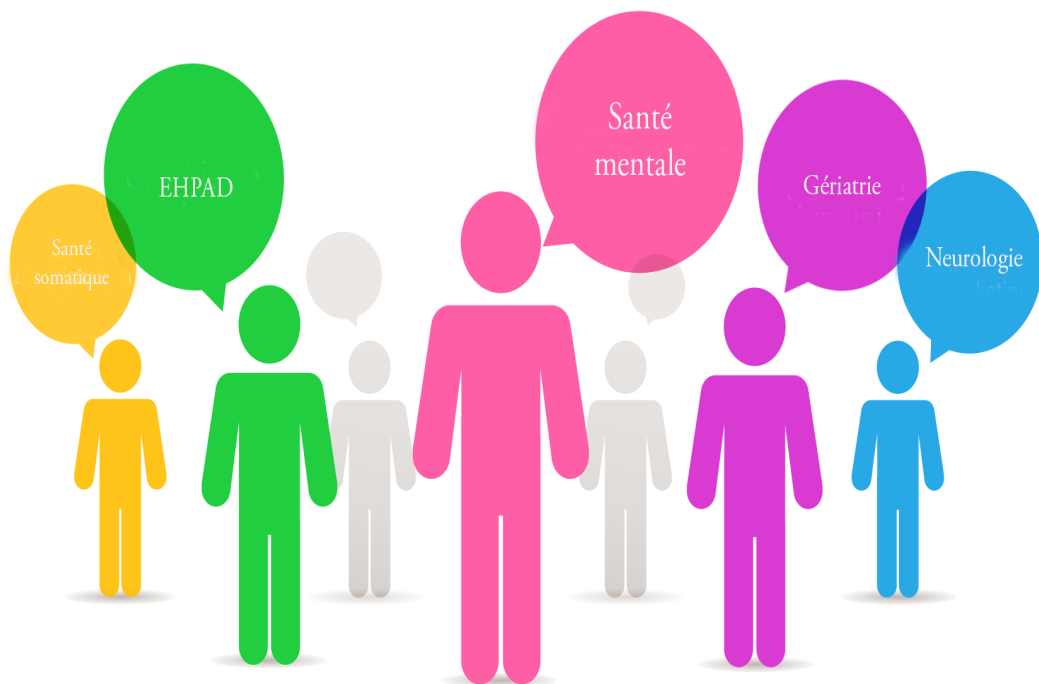
APHM/CHU Sainte-Marguerite,

Université Paris 13

CCOMS, EPSM Lille Métropole

Mémoire pour le Diplôme Inter-Universitaire

« Santé mentale dans la communauté »



Titre: Continuité et complémentarité des soins du sujet âgé

Enki Feldis

Année 2019

Remerciements,

Je tiens pour commencer à remercier Dr Sylvie Robert pour m'avoir conforté dans mon idée de mémoire et pour les informations qu'elle m'a transmises.

Je voudrais particulièrement remercier Nicolas Daumerie et Audrey Guesne pour leurs avis précieux et les conseils donnés.

Je remercie également Wanda Blervaque, interne et futur professionnelle de la psychogériatrie pour son avis et ses conseils.

Enfin, je remercie Bernard Feldis pour son aide précieuse à la relecture et à la correction de mon mémoire.

Je voudrais exprimer ma reconnaissance envers les amis et collègues qui m'ont apporté leur soutien moral et intellectuel tout au long de ma démarche.

Pour terminer je tiens à remercier particulièrement ma compagne pour m'avoir supporté et soutenu durant la réalisation de ce mémoire.

Sommaire:

Introduction	p4
Constat	p4
Problématique	p6
I. Définitions	p6
II. Diagnostique du territoire	p7
III. Identification des acteurs du territoire	p10
a. Acteurs spécifiques	p11
b. Acteurs non spécifiques	p17
c. Axes d'améliorations	p23
IV. Dispositifs innovants existants en dehors du secteur de recherche	p24
Conclusion	p30
Bibliographie	
Annexes	
Annexe 1 : Graphique de la DREES	
Annexe 2 : Carte MAIA département du Nord	
Annexe 3 : Parcours de soin	
Annexe 4 : Estimation de l'impact du PAERPA	

Introduction :

Depuis la nuit des temps, les problèmes de santé physique ou mentale inhérents à la sénescence n'ont pas suscité la curiosité ni l'attention. Ces problèmes liés au vieillissement étaient perçus comme naturels. La gérontopsychiatrie est une spécialité contemporaine et incontournable liée au vieillissement de la population.

Selon les études menées par l'OMS, « *les troubles mentaux constituent l'une des premières causes de morbidité chez le sujet âgé et représentent 3/5 des sources d'incapacité liées au vieillissement.* »¹

Les troubles de santé mentale ont des répercussions très importantes sur l'autonomie et la qualité de vie du sujet âgé. En effet ils peuvent avoir une incidence sur les fonctions cognitives, et en termes de morbidité somatique en impactant de manière péjorative l'évolution et le pronostic de plusieurs pathologies.

Jean-Claude Monfort, psychiatre spécialiste en gériatrie a écrit dans son livre « La psychogériatrie » : « La psychogériatrie n'est pas une discipline : ni psychiatrie, ni gériatrie, la psychogériatrie est une approche multidisciplinaire. Elle a pour objet de comprendre et d'accompagner les personnes âgées qui souffrent de difficultés psychologiques ou d'un trouble psychiatrique caractérisé, qu'elles aient ou non une polypathologie somatique et un état démentiel associés. »

Constat :

Je suis infirmier en santé mentale depuis 6 ans sur le secteur 59G21 à l'EPSM Lille Métropole.

D'un point de vue historique le secteur 59G21 est un secteur pilote, qui, sous l'impulsion du Dr Roelandt a transformé un pavillon de force appelé « pavillon 11 » (qui à l'époque en 1977 était un asile où les patients étaient gardés enfermés en y passant la plus grande partie de leur vie. Il est devenu un secteur de santé mentale où les effectifs des professionnels sont essentiellement (pour presque 80 %) dédiés au travail extra- hospitalier : ambulatoire, équipe mobile de crise, équipe mobile FACT, intégrés dans la cité au plus proche du lieu de vie des

1 L.Cohen. « La psychiatrie de la personne âgée : enjeux et perspectives » vol 172 novembre 2014 p781-784

usagers. Grace à un travail important de partenariat avec les acteurs locaux, travail poursuivi aujourd'hui par Dr Defromont qui est devenu chef de pôle du secteur 59G21 en 2012.

Mon idée de thème de mémoire est partie d'un postulat issu de mon activité professionnelle. En effet, j'ai pu participer à une SAD (Soins à Domicile) au cours de laquelle j'accompagnais Dr Robert, Psychiatre du G21 pour une situation complexe : une personne âgée souffrant de troubles psychiatriques anciens stabilisés.

Nous avons été interpellés par les partenaires participant au maintien à domicile de cet usager à travers des aides à la personne. En effet, ces derniers se trouvaient en difficulté face à des comportements déviants à thématiques sexuelles. Notre service de psychiatrie mobile de secteur a donc été sollicité et un rendez-vous commun a été organisé avec le dispositif MAIA (Méthode d'Action pour l'Intégration des services d'aide et de soins dans le champ de l'Autonomie) porté par l'association EOLLIS (Ensemble Organisons du Liens pour Lutter contre l'Isolement et promouvoir la Santé).

Au cours de cet entretien, j'ai pu constater les limites de la prise en charge du soin global de la santé mentale pour une personne souffrant de troubles psychiques associés à des troubles neurocognitifs et à des problèmes de santé physique. En effet, malgré une volonté du secteur et du dispositif MAIA, travaillant ensemble en partenariat, j'ai pu constater les limites d'accompagnement.

J'ai donc discuté avec Dr Robert, de mon impression vis-à-vis des personnes souffrant de problèmes de santé mentale associés à des troubles neurocognitifs et des problèmes somatiques qui peuvent être renvoyés d'une spécialité à l'autre prétextant ne pas dépendre de l'une ou l'autre.

Dr Robert m'a alors informé que l'ARS (Agence Régionale de Santé) avait décidé d'établir une réflexion sur la psychogériatrie. Il a donc été décidé de mettre en place un groupe de travail composé de professionnels de santé dans le but de déterminer les contours de la psychogériatrie et les besoins de prise en soin spécifiques des personnes dans une approche de parcours à travers la rédaction d'un cadre portant sur l'organisation de la psychogériatrie dans les Hauts-de-France (intégrée aux travaux préparatoires au Projet Régional de Santé, en coordination avec les conseils départementaux).

L'état de santé des sujets âgés souffrant de troubles psychiques peut être aggravé par l'enchevêtrement de pathologies somatiques ou de troubles neurocognitifs. Ceci peut rendre indispensable l'avis de différents spécialistes tel que le psychiatre, le gériatre ou encore le neurologue, et donc une réflexion commune sur le parcours de soin.

De plus, d'après l'ARS « *La région des Hauts de France est fortement impactée par les pathologies mentales et les troubles cognitifs. Ces pathologies, intriquées avec d'autres pathologies chroniques et les syndromes gériatriques chez les personnes âgées créent des situations souvent complexes qui génèrent des besoins à la frontière entre différentes disciplines et différents dispositifs. Elles sont souvent source de fracture dans les parcours des usagers et nécessitent des réponses de proximité.* » ²

Problématique :

Comment permettre aux personnes âgées d'assurer une continuité et une complémentarité des soins concernant leur santé mentale et physique ?

Des groupes de travail ont été prédécoupés et définis par l'ARS et je m'intéresserai dans ce mémoire au territoire Lille Sud Est correspondant à la couverture territoriale du MAIA Lille Métropole Sud Est, ainsi qu'à quatre secteurs de psychiatrie publique adulte (59G09, 59G10, 59G11 et 59G21) s'étendant sur deux EPSM (Établissement Publics de Santé Mentale) Lille Métropole et Lille Agglomération. Mon secteur d'activité professionnel étant le 59G21.

Le but est de mettre en lumière les freins et les leviers permettant une prise en soin globale dans le domaine de la psychogériatrie aboutissant à une réflexion sur les outils à mettre en place afin d'harmoniser les pratiques régionales tout en mettant en avant les travaux et les démarches locales et ainsi améliorer la continuité des soins. (Association EOLIS avec son dispositif MAIA, et CLIC).

I. Définitions :

Santé : Selon l'OMS, « *la santé est un état de complet bien-être physique, mental et social, qui ne consiste pas seulement en l'absence de maladies ou d'infirmité.* »

2 <https://www.hauts-de-france.ars.sante.fr/psychogeriatrie>

Santé mentale : L'OMS définit la santé mentale comme « *un état de bien être qui permet à chacun de réaliser son potentiel, de faire face aux difficultés normales de la vie, de travailler avec succès et de manière productive et d'être en mesure d'apporter une contribution à la communauté.* »

Psychiatrie : « *Spécialité médicale dont l'objet est l'étude et le traitement des maladies mentales, des troubles psychologiques.* »³

Gérontologie : « *Science qui s'occupe des problèmes biologiques, psychologiques, sociaux et économiques posés par les personnes âgées.* »⁴

Gériatrie : « *Discipline médicale consacrée aux maladies dues au vieillissement.* »⁵

Psychogériatrie : L'OMS et l'association mondiale de la psychiatrie (AMP) ont récemment publié un protocole d'accord sur la psychogériatrie, définie comme « *étant une branche de la psychiatrie qui est une partie intégrante des soins multidisciplinaires de santé mentale fournis aux personnes âgées.* »

Différence avec psychiatrie du sujet âgé : « *prise en charge des personnes âgées présentant des troubles psychiques relevant des activités du secteur de psychiatrie adulte seul (ex : dépression du sujet âgé sans polypathologie complexe, ...)*

La psycho-gériatrie requiert une expertise en psychiatrie et en gériatrie. »⁶

II. Diagnostic de territoire :

On peut observer au niveau national un vieillissement de la population ces dernières années. De plus, la génération du « Baby-boom » avançant en âge, les personnes âgées de plus de 65 ans sont de plus en plus nombreuses. De plus les avancées en matière de médecine ont permis un allongement de la durée de vie.

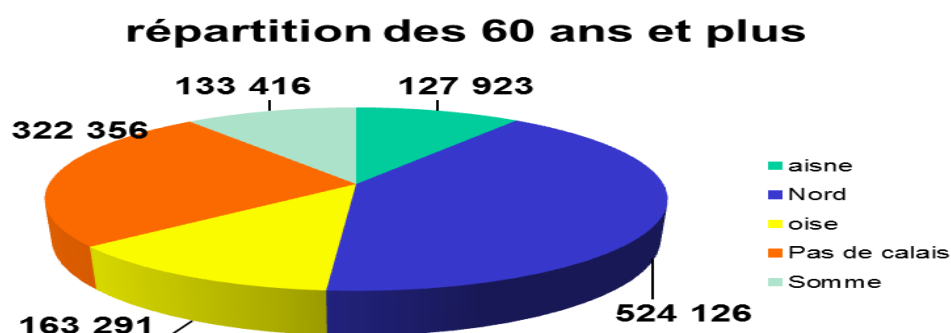
3 <https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/psychiatrie/64814>

4 <https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/gérontologie/36822>

5 <https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/gériatrie/36779>

6 <https://www.f2rsmpsy.fr/fichs/18745.pdf>

Caractéristiques Régionales :



Le schéma ci-dessus nous montre que dans la région des Hauts de France, c'est le département du Nord qui regroupe le plus grand nombre de personnes âgées de 60 ans et plus.

Évolution du nombre d'habitants âgés de 65 ans ou plus en 2013 et 2030 et de leur part dans la population par territoire de la MEL (source Insee)

Zone d'étude	Nombre d'habitants âgés de 65 ans ou plus		Taux de croissance annuelle moyen des 65 ans ou plus		Part de la population âgée de 65 ans ou plus	
	en 2013	en 2030	entre 1999 et 2013 (en %)	entre 2013 et 2030 (en %)	en 2013 (en %)	en 2030 (en %)
Territoire Roubaisien	29 600	40 200	0,3	1,8	13,1	16,9
Lille-Lomme-Hellemmes	24 000	28 100	0,3	0,9	10,4	11,7
Territoire Tourquennois	22 400	30 200	0,9	1,8	13,8	16,9
Couronne Nord de Lille	21 900	28 500	1,0	1,6	15,8	18,9
Couronne Sud de Lille	16 600	21 600	1,1	1,6	15,2	17,8
Territoire de la Lys	12 800	19 000	1,0	2,4	14,4	19,7
Territoire Est	12 100	19 500	1,8	2,8	11,5	17,0

Territoire des Weppes	10 400	16 000	1,6	2,6	14,5	20,2
Métropole Européenne de Lille	149 800	203 100	0,8	1,8	13,2	16,7 ⁷

On peut observer dans le tableau ci-dessus que le nombre de personnes âgées de plus de 65 ans représente une part importante dans la population correspondante à environ 10 à 15% de la population de la MEL (Métropole Européenne de Lille) et devrait continuer à augmenter à l'horizon 2030.

On constate dans le graphique de la DREES ⁸(Direction de la Recherche, des Études, de l'Évaluation et des Statistiques) en annexe 1 que l'espérance de vie continue d'augmenter pour les hommes et les femmes en France passant de 83,8 à 85,3 ans entre 2004 et 2017 pour les femmes et de 76,7 à 79,5 ans pour les hommes durant la même période. Cependant dans le même temps, l'espérance de vie en bonne santé ou sans incapacité augmente légèrement depuis plus de 10 ans passant de 64,3 à 64,9 ans pour les femmes et de 61,5 à 62,6 pour les hommes.

Ce qui veut dire que l'espérance de vie augmente plus vite que l'espérance de vie en bonne santé.

Ce qui augmente la période durant laquelle l'être humain est sujet à une santé de moins bonne qualité et nécessitant plus de soins et d'accompagnements.

On peut donc imaginer que les besoins en matière de santé pour cette tranche d'âge de population devraient également croître dans les prochaines années, ce qui en fait un enjeu majeur en matière de santé publique.

Pour preuve de cette priorité nationale pour l'état, les différents plans de santé mis en place ces dernières années, le plan Alzheimer 2008-2012 ou encore le plan maladie neurodégénérative 2014-2019.

7 <https://www.insee.fr/fr/statistiques/3125065>

8 <https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/er1083.pdf>

De plus l'OMS dans son plan santé 2013-2020 encourage les pays à s'intéresser aux troubles psycho-gériatrique dans le contexte de vieillissement de la population.

L'objectif de l'ARS est « les patients âgés doivent pouvoir bénéficier d'un continuum de prises en charge, pour leur assurer un parcours sans perte de chance. La filière gériatrique doit permettre à chaque personne âgée d'accéder à une prise en charge globale médico-psycho-sociale, graduée, répondant aux besoins de proximité mais aussi au nécessaire recours à un plateau technique, en prenant en compte les aidants proches. »

III. Identification des acteurs du territoire :

EOLLIS : « Est une association de services pour accompagner le parcours de soins à domicile à travers plusieurs dispositifs tel que la MAIA, le CLIC, le RSGT

Le territoire d'intervention d'EOLLIS couvre 83 communes du sud et de l'est de la métropole Lilloise soit 375 939 habitants dont 73 930 de plus de 60 ans. »⁹

MAIA : « Méthode d'Action pour l'Intégration des services d'aide et de soins dans le champ de l'Autonomie.

Financé par l'ARS, la MAIA Lille Métropole Sud-Est est portée par l'association EOLLIS. Ce projet a pour finalité d'améliorer l'accompagnement des personnes âgées de 60 ans et plus en perte d'autonomie et de leurs aidants, il s'appuie pour cela sur la concertation et la responsabilisation de tous les acteurs qui s'y impliquent en territoire qu'ils soient issus du champ sanitaire, médico-social ou social.

La MAIA a pour mission de mettre en réseau l'ensemble de ces acteurs, dans ce qui est nommé le guichet intégré. Il s'agit à travers cela de développer et de faciliter les coopérations afin d'assurer la cohérence et la continuité des soins tout au long du parcours de santé et de vie des personnes.

Ce schéma d'organisation qui s'inscrit également dans une interaction constructive avec les pouvoirs publics (décideurs et financeurs) est destiné à améliorer l'efficacité du système de soins et d'aide. »¹⁰

9 <http://www.eollis.net/eollis/nous-sommes-la-pour-vous-aider>

10 <http://www.eollis.net/dispositif-maia>

Il existe un découpage territorial sur lequel est systématiquement implanté un MAIA couvrant ainsi 98 % du territoire Français. Voir exemple pour le département du nord en annexe 2.

RSGT : « Réseau de Santé Gériatrique de Territoire.

Le cadre de mission des Réseaux de Santé Gériatrique de Territoire (RSGT) est fixé par l'Agence Régionale de Santé (ARS).

Il s'agit globalement de réaliser une coordination d'appui en vue du maintien ou du retour à domicile (après hospitalisation), d'une personne âgée.

Le réseau prend en charge de manière prioritaire les personnes de plus de 75 ans, présentant une fragilité médicale et/ou psychosociale la rendant à haut risque de dépendance physique et/ou psychique et vivant à domicile. »¹¹

a) Acteurs spécifiques sur le secteur de la MAIA Lille Métropole Sud Est :

Les acteurs spécifiques sont définis par leur activité concerne la prise en soin d'un type de population, en l'occurrence relevant de la psychogériatrie.

UCC : Unité Cognitivo-Comportementale, situé en SSR (soin de suite et de réadaptation), cette unité propose une prise en soin adapté aux personnes atteintes de maladie d'Alzheimer ou apparenté. Elle propose un accompagnement par une équipe pluridisciplinaire composé notamment de psychologue, de psychomotricien, d'ergothérapeute, ainsi que des spécialistes en gérontologie. L'objectif primaire est la réduction des troubles permettant un retour dans le lieu de vie d'origine de la personne, autant que possible.

Par ailleurs l'autre objectif est de limiter l'utilisation de psychotropes sachant que ce type de population fragilisé est plus sujet aux effets indésirables.

UHR : Unité d'Hébergement Renforcé, situé dans un EHPAD (Etablissement d'Hébergement pour Personne Agée Dépendante), permet un accompagnement 24h/24 pour des personnes souffrant de la maladie d'Alzheimer ou de maladies neuro-dégénératives présentant des troubles du comportement. L'unité propose un hébergement, des soins et des activités sociales

11 <http://www.eollis.net/le-reseau-de-sante-geriatrique-de-territoire>

et thérapeutiques individuelles et collectives. L'accompagnement est assuré par une équipe pluridisciplinaire composée d'un médecin, d'infirmiers, de psychomotriciens, d'ergothérapeutes, d'aides-soignants, d'aide médico-psychologique ainsi que d'un psychologue.

La finalité étant le retour dans le lieu de vie d'origine une fois les troubles du comportement amendés ou suffisamment diminués.

PASA : Pôle d'Activité et de Soins Adaptés, également implanté dans un EHPAD, concerne la population des personnes souffrant de la maladie d'Alzheimer ou apparenté.

Contrairement à l'UHR, le PASA ne propose pas d'hébergement mais un accueil à la journée. L'objectif est de proposer un espace confortable, stimulant et rassurant car sécurisé. L'accompagnement est assuré par une équipe pluridisciplinaire composée d'un médecin coordinateur, d'un psychomotricien et ou ergothérapeute et d'assistants de soins en gérontologie.

Propose un accompagnement personnalisé à chaque personne accueillie en fonction de leurs besoins.

Consultations psychogériatriques : Concerne la population âgée de 60 ans ou plus ayant des besoins psychogériatriques, présentant des troubles du comportement, des troubles psychiatriques ou des problèmes cognitifs. Ces consultations permettent d'évaluer, de dépister, d'initier un traitement ou encore d'orienter vers des services spécifiques.

Equipes mobiles de psychogériatrie : L'intérêt principal de ce dispositif est la possibilité d'intervenir au domicile dans le lieu de vie de la personne âgée. Ce qui permet de rompre l'isolement et de favoriser le maintien à domicile tout en favorisant l'accès aux soins.

Elle a pour but d'intervenir rapidement, d'améliorer le dépistage à travers l'évaluation de la personne dans son environnement et d'améliorer la coordination et l'orientation.

Hospitalisation psychogériatrique : Propose des hospitalisations à temps complet en soin libre. Permet une évaluation et une prise en soin globale du sujet âgé. Accompagnement réalisé par une équipe pluridisciplinaire composée de médecin, psychiatre avec compétence en gériatrie ou gériatre, psychologue, infirmier, psychomotricien, assistante sociale, kinésithérapeute, ergothérapeute, aides-soignants, AMP (aide médico-psychologique). Le but est d'accompagner l'utilisateur souffrant de pathologies mentales tel que les troubles anxieux et dépressifs, la

décompensation psychotique, les troubles du comportement, qu'ils soient associés ou non à des troubles neurocognitifs.

Télémédecine psychogériatrique : Permet une consultation à distance via des réseaux de communications tel que l'ordinateur ou une tablette numérique.

L'intérêt concernant la personne âgée est d'optimiser la prise en soin en proposant ce service dans le but d'éviter toute perturbation des habitudes de l'utilisateur en le maintenant dans son lieu de vie lors de la consultation.

UVA : Unité de vie Alzheimer, anciennement appelé CANTOU (Centre d'Activités Naturelles Tirées d'Occupations Utiles) service fermé situé au sein d'un EHPAD. S'adresse aux personnes souffrant de la maladie d'Alzheimer ou présentant des symptômes de troubles neurocognitifs. Les locaux sont pensés de telle sorte que les chambres sont réparties autour de la salle de vie dans laquelle sont effectuées les activités collectives et de la vie courante.

Tableau récapitulatif des acteurs spécifiques recensés :

Services / Structures	Financement ou rattachement.	Points forts	Points faibles
RSGT	Fait partie des dispositifs MAIA financé par l'ARS, porté par l'association EOLLIS	-Projet d'accompagnement personnalisé adapté à la personne âgée par une équipe pluridisciplinaire. -Travail en partenariat avec les acteurs locaux.	-Pas de professionnel de la santé mentale dans l'équipe pluridisciplinaire. -Disparité des ressources sur le territoire.
UCC	Financé par le FMESPP (Fond de Modernisation des Établissements de Santé Publics Privés) Situé en service de SSR (Soins de Suite et de Réadaptation)	-Accompagnement par une équipe pluri-professionnelles. -Implanté au plus près des usagers. -Prise en soin spécifique pour les personnes atteinte de maladie d'Alzheimer ou apparenté.	-Délais d'attente lié à une forte demande et un nombre de places limités. -Peu de liens avec la santé mentale de secteur.
UHR	Financé par l'ARS,	-Prise en soin par une	-Manque de place et

	implanté dans les EHPAD	équipe pluridisciplinaire. -Médecin gériatre formé à la psychogériatrie. -Implanté au plus près de la population concernée.	délais d'attente pour intégrer le service assez long. -Tout le personnel n'est pas formé à la psychogériatrie.
PASA	Financé par l'ARS, implanté dans les EHPAD	-Fluidité de communication entre la filière gériatrique, les EHPAD et les acteurs du domicile. -Implanté dans établissement réservé aux personnes âgées dépendantes.	-Pas assez de personnel formé aux spécificités de la psychogériatrie. -Disparité d'accès entre les EHPAD (liste d'attente trop longue ou l'inverse trop peu d'utilisateurs)
Consultation psychogériatrie	Dépend des CH (Centre Hospitalier) ou des EPSM (Etablissement Public de Santé Mentale)	-Facilite l'accès aux services de soins psychogériatriques. -Travail en réseau avec médecin traitant et plateforme EOLLIS.	-Difficultés d'échange d'information avec les secteurs de santé mentale. -Peu de lien avec les médecins formés en neurologie.
EMPG	Dépend des CH ou des EPSM	-Intervention au domicile dans l'environnement de l'utilisateur. -Orientation vers les services adaptés aux besoins de la personne.	-Disparité entre les secteurs de santé mentale qui ne proposent pas tous d'EMPG. -Disparité des ressources du territoire.
Hospitalisation psychogériatrie	Dépend des CH ou cliniques privées.	-Prise en soin par équipe pluridisciplinaire adapté aux personnes âgées. -Personnel formé à la psychogériatrie.	-Peu de communication et de continuité des soins avec les acteurs du domicile.
Télé médecine	Professionnels de santé publics ou privés.	-Améliore l'accessibilité aux soins de personnes âgées isolées. -Accompagnement au domicile ou dans le lieu de vie du patient.	-Domicile ou lieu de vie pas toujours équipé de matériel adapté. -Utilisateurs parfois réticents à l'utilisation de ce procédé.
UVA	Implanté dans les	-Accompagnement	-Manque de place et

	EHPAD	par une équipe pluri-professionnelles. -Implanté au plus près des usagers. -Prise en soin spécifique pour les personnes atteinte de maladie d'Alzheimer ou apparenté.	délais d'attente pour intégrer le service assez long. -Tout le personnel n'est pas formé aux spécificités de la psychogériatrie.
--	-------	---	---

On peut observer que les différents dispositifs ont un point commun à savoir la mise en place d'une équipe pluridisciplinaire multidimensionnelle.

Le but étant que chaque profession puisse apporter sa spécificité dans la prise en soin globale de nos aînés.

Tous ces dispositifs ont été mis en place dans le but de proposer une offre de soin spécifique à la population des personnes âgées dans le domaine de la santé mentale.

Points forts des acteurs spécifiques :

Concernant les acteurs spécifiques repérés sur le territoire, on peut constater que l'offre de soin est diverse et plutôt importante.

Qu'en est-il de l'efficience de ces services proposés aux patients psychogériatriques ?

On peut dans un premier temps établir qu'il est proposé des suivis ou accompagnements par des professionnels spécialisés ayant reçu une formation dédiée à la prise en soin de nos aînés dans le domaine de la santé mentale. Ce qui permet en l'occurrence de mettre à disposition une expertise dans le domaine de la psychogériatrie.

On observe que les équipes qui accompagnent dans le soin sont presque systématiquement pluridisciplinaires ce qui permet une mise en commun des différents savoirs professionnels au service de l'utilisateur soigné.

Les services spécialisés sont généralement implantés au plus proche des lieux de vie institutionnels (EHPAD) ou des services de soins généraux adaptés aux personnes âgées. En effet les UCC sont dans les SSR, UHR, UVA et PASA dans les EHPAD ce qui permet de les

rendre plus accessibles, de fluidifier le partage d'informations ainsi que le parcours de soin en évitant les ruptures dans la prise en soin globale de la personne soignée.

L'offre de soin est large et elle a été pensée pour permettre un maintien au domicile du sujet âgé autant que possible. En effet il est possible de proposer un suivi dans l'environnement de la personne accompagnée à travers une prise en soin par l'EMPG en offrant une expertise pluridisciplinaire. La télémédecine qui n'en est encore qu'à ses balbutiements a pour but de proposer un accompagnement en permettant au sujet âgé d'avoir accès aux soins depuis son lieu de vie tout en évitant toutes perturbations des habitudes de vie.

Il est intéressant de constater que la recherche de liens et de coordination entre ces différents partenaires ou services est prépondérante. Ainsi l'EMPG assure, en plus du suivi au domicile, la liaison avec les EHPAD et propose des formations.

Limites et freins des acteurs spécifiques :

Concernant les limites de ces services proposés à nos aînés dans le domaine de la santé mentale, on peut évoquer la disparité des services proposés, en constatant d'après le tableau récapitulatif qu'il existe des dispositifs dont le financement ou le rattachement n'est pas le même. Cette multitude d'établissement ou de financement peut être un avantage pour les usagers d'un point de vue de la diversité de prise en soin proposée, mais il peut également être un frein car augmente le nombre d'intervenants, fragilise la transmission d'information et compartimente une prise en soin qui devient difficilement globale pour l'utilisateur.

Il y a aussi des différences concernant l'accessibilité aux services disponibles sur le territoire ou en fonction des services proposés par le secteur de santé mentale.

En effet les équipes mobiles gériatriques n'existent pas par exemple sur tous les secteurs.

De plus hormis les équipes mobiles gériatriques et le fonctionnement très axé sur l'ambulatoire proposé sur le G21 qui n'est pas spécifique à la population concernée, la possibilité de proposer des soins à domicile de santé psychique reste exceptionnel.

Comme l'ensemble de la santé, les services de psychogériatrie sont confrontés au manque de moyens humains qui permettraient de proposer une prise en soin de meilleure qualité et une diminution des délais d'attente.

La formation proposée aux professionnels n'est pas homogène et les professionnels ne sont pas tous formés aux spécificités de la psychogériatrie même s'ils finissent par développer un savoir expérimental soit par le contact des usagers et de leurs collègues ayant reçu une formation, soit par la possibilité de formation comme le propose par exemple l'EMPG.

On peut évoquer comme limite le nombre de places dans les unités spécialisées qui en diminue l'accès.

On constate des obstacles liés au matériel pour la télémédecine par exemple, en effet tous les EHPAD et les logements des usagers ne sont pas forcément équipés pour permettre l'usage de cette pratique.

Le manque d'identification des missions et même de l'existence des services proposés par les acteurs de la santé dans la communauté est également un frein important dans la continuité de soin de la personne âgée nécessitant des soins psychogériatriques.

b) Acteurs non-spécifiques sur le secteur de la MAIA Lille Métropole Sud Est :

Les acteurs non-spécifiques sont définis par leur activité dédiée occasionnellement à la prise en soin des usagers psychogériatriques permettant un accompagnement en santé mentale ou en gériatrie.

Accueil de jour des personnes âgées : A pour objectif de permettre aux personnes âgées en perte d'autonomie physique mais aussi aux usagers atteints de la maladie d'Alzheimer ou apparentés de rester le plus longtemps possible dans leur cadre de vie. Permet d'entretenir leurs capacités à travers la mise en place d'activités visant à stimuler les capacités physiques sensorielles ou cognitives.

CLIC : Centre Local d'Information et de Coordination.

Sur le secteur Lille Sud Est, trois clics se partagent le territoire : Clic des Weppes, Clic Eollis et Clic Respa.

Concerne les personnes âgées de 60 ans et plus, la famille, les professionnels et acteurs du territoire. A pour vocation d'informer et de coordonner les actions entre les différents acteurs ou encore d'orienter et d'accompagner dans les démarches.

Consultation gériatrique : Permet une évaluation médicale psychologique et sociale de l'utilisateur. Réalisé par une équipe pluridisciplinaire composée d'un gériatre, d'un psychologue, et d'une assistante sociale. Elle sert à orienter vers les services adaptés aux besoins de la personne accompagnée.

Consultation neurologique : Concerne les pathologies liées au fonctionnement du cerveau. En l'occurrence permet d'évaluer, d'accompagner et d'orienter les personnes souffrant de troubles neurocognitifs. Peuvent également participer aux consultations mémoires pour évaluer les fonctions cognitives de l'utilisateur.

Consultation psychiatrique : Assurée par un psychiatre, elle permet à l'utilisateur de bénéficier d'une évaluation dans le domaine de la santé mentale. Ce dernier assure le suivi médical et au besoin thérapeutique. Il coordonne aussi la prise en soin de la personne soignée.

CPAA : Centre Psychiatrique d'Accueil et d'Admission, est un service d'urgence avec une permanence téléphonique joignable 24h/24. A pour vocation de réaliser des entretiens d'écoute, d'orienter, propose des consultations non programmée et non sectorisée.

CSG : Court Séjour Gériatrique, est un service d'hospitalisation à temps complet dont le public visé sont les personnes âgées. Prise en soin dans la globalité de patient souvent atteint de polyopathologies chroniques invalidantes à l'origine d'une dépendance physique et/ou psychique. Est donc proposé une prise en soin à la fois médicale, psychologique et sociale.

EHPAD : Établissement d'Hébergement pour Personne Âgée Dépendante, est un lieu de résidence pour nos aînés pour qui le maintien à domicile est difficile voir impossible. Réalisation d'un projet de vie réalisé avec la personne avec des objectifs à courts moyens et longs termes.

Équipe mobile de liaison psychiatrique : Permet de faire le lien entre les services d'un centre hospitalier et les services de soin en santé mentale. Elles ont pour but d'évaluer, d'accompagner, d'informer et d'orienter.

Équipe mobile gériatrique : A pour vocation une évaluation médico-psycho-sociale. Elles ont pour but de proposer une évaluation, une information et une orientation. Leurs champs d'intervention sont les services hospitaliers et les EHPAD.

CMP : Centre Médico-Psychologique, est un centre de soin proposant un accompagnement à travers des consultations par une équipe pluridisciplinaire composée de psychiatre, psychologue, psychomotricien, assistante sociale, ergothérapeute.

Structure pivot du secteur de santé mentale, elle a vocation à évaluer, accompagner et orienter.

CATTP : Centre d'Accueil Thérapeutique à Temps Partiel, est un dispositif de soin permettant aux usagers de réaliser des soins à médiation dans le but de développer ou entretenir l'autonomie à travers des activités de groupe.

HDJ : Hôpital De Jour, permet de proposer des soins et un accompagnement pour les usagers la journée par une équipe pluridisciplinaire. Alternative à l'hospitalisation complète car les patients rentrent chez eux le soir.

Équipe mobile de situation aiguë en santé mentale : Organise un suivi renforcé au domicile dans l'environnement de vie de l'utilisateur. Possibilité d'évaluer des situations dites aiguës. Le but ultime étant de limiter les ruptures de soins, de limiter les hospitalisations en ayant la capacité d'intervenir précocement dès les prodromes de la crise.

Équipe mobile de réhabilitation psycho-sociale : L'objectif de cette équipe est de proposer un accompagnement avec pour objectif de développer les capacités cognitives et les compétences de la personne suivie.

Aide au logement, orientation vers les soins, accompagnement dans les démarches administratives, éducation thérapeutique...

Accueil Familiale Thérapeutique : Est une alternative à l'hospitalisation, permet un séjour de rupture avec l'environnement souvent nocif de l'utilisateur.

Concernant les services publics de santé mentale sur le territoire, le fonctionnement et l'offre de soin proposé est dépendant de chaque secteur, l'orientation est portée par le chef de pôle.

Sur le secteur MAIA Lille Sud Est, 4 secteurs couvrent le territoire : 59g09, 59g10, 59g11, 59g21. 3 secteurs dépendent de l'EPSM Lille Métropole : g 9,10 et 21 et un secteur dépend de l'EPSM Lille Agglomération : 59g11

En fonction des secteurs l'offre de soin proposée aux habitants est différente et non homogène, généralement spécifique à la demande du territoire en question.

Tableau récapitulatif des acteurs non spécifiques recensés :

Services / Structures	Financement ou rattachement.	Points forts	Points faibles
Hôpital De Jour pour personnes âgées	Dépend et est implanté dans EHPAD, clinique privée, EPSM, CH, ou hôpitaux privés à but non lucratif (St Vincent de Paul)	-Prise en soin personnalisée la journée. -Maintien dans le lieu de vie. -Favorise l'autonomisation. Rompre l'isolement.	-Délais d'attente lié à une forte demande et un nombre de places limités. -Disparité des ressources sur le territoire.
CLIC	Fait partie des dispositifs MAIA financé par l'ARS, porté par l'association EOLLIS	-Accompagnement et suivis spécifiques aux personnes âgées de plus de 60 ans. -Possibilité d'intervention au domicile. -Travail en partenariat.	-Manque de formation à la psychogériatrie. -Difficultés de composer avec les délais de prise en soin des partenaires.
Consultation gériatrique	Dépend des CH, clinique privée ou hôpitaux privés à but non lucratif (St Vincent de Paul)	-Facilite l'accès aux services de soins gériatriques. -Évaluation et orientation vers partenaires ou services adaptés.	-Délais d'attente lié à la forte demande. -Peu de communication avec les partenaires de santé mentale.
Consultation neurologique	Dépend des CH, clinique privée ou hôpitaux privés à but non lucratif (St Vincent de Paul)	-Évaluation, diagnostique concernant les états de troubles neurocognitifs et les fonctions cognitives.	-Peu de communication et de lien avec la santé mentale.

Consultation psychiatrique	Proposé par les CH, EPSM, établissement de santé mentale de la MGEN (Mutuelle Générale de l'Education Nationale), Psychiatrie libérale ou hôpitaux privés à but non lucratif (St Vincent de Paul)	-Large offre de soins disponible sur le territoire. -Évaluation, accompagnement, suivi adapté en fonction des besoins.	-Disparité des prises en soin en fonction de la sectorisation et de l'offre de soin disponible sur le territoire. -Peu de communication et de complémentarité entre la psychiatrie publique et privée, libérale. -Délais de prise en soin variable.
Court séjour gériatrique	Dépend de CH ou hôpitaux privés à but non lucratif (St Vincent de Paul)	-Prise en soin globale de l'usager hospitalisé. -Travail en collaboration avec les partenaires du territoire et la santé mentale.	-Pas de médecin gériatre formé à la psychogériatrie. -Pas de psychiatre ou de psychogériatre dans le service.
EHPAD	Financé par l'ARS et le conseil régionale	-Prise en soin par équipe pluridisciplinaire. -Services adaptés aux spécificités, implanté dans les EHPAD (UVA, HDJ, UHR, PASA...)	-Peu de professionnel formé à la psychogériatrie. -Délai d'attente. -Peu de communication avec les acteurs de santé mentale.
Equipes mobiles de liaison psychiatrique	Dépendent des CH ou hôpitaux privés à but non lucratif St Vincent de Paul)	-Liaison entre les services de soins généraux et la santé mentale pour une prise en soin globale de l'usager.	-Accompagnement et suivi de la situation temporaire, le temps que l'usager quitte le centre hospitalier.
Equipes mobiles gériatriques	Dépendent des CH ou hôpitaux privés à but non lucratif St Vincent de Paul)	-Facilite l'accès aux soins des structures gériatriques. -Travail en réseau avec l'usager et les accompagnants ainsi que tous les acteurs du domicile et des structures spécialisées.	-Pas de compétence psychiatrique ou psychogériatrique. -Difficultés de liaison et de travail en partenariat avec la santé mentale, méconnaissance de la sectorisation.
CMP, CATTP, HDJ, équipes mobiles de	Dépendent des EPSM	-Offre de soins en santé mentale	-Disparité de l'offre de soin et des délais

situation aiguë en santé mentale, équipes mobiles de réhabilitation psycho-sociale, AFT		importante et varié. -Accessibilité à tout type de population. Intervention au domicile ou dans le lieu de vie de l'utilisateur.	de prise en soin en fonction des secteurs de santé mentale. -Disparité de maillage des partenaires locaux.
---	--	--	---

On peut donc constater qu'il existe des acteurs spécifiques permettant de répondre aux besoins des patients gériatriques. Mais aussi des services ou structures de soins non spécifiques mais permettant d'avoir un accompagnement dans le soin somatique particulier aux personnes âgées. Et enfin des soins dans le domaine de la santé mentale non spécifique à la population des personnes âgées.

Points forts des acteurs non-spécifiques :

Comme pour les acteurs spécifiques, on peut constater que l'offre de soin est variée et semble complète.

On constate qu'il est mis à disposition des usagers des équipes pluri-professionnelles mettant à disposition leur savoir d'expert dans le domaine de la gériatrie ou de la santé mentale en fonction de leur domaine professionnel, ce qui permet de proposer un accompagnement personnalisé et prenant en compte les spécificités de ces spécialités.

On retrouve la possibilité d'intervention au domicile ou dans le lieu de soin de l'utilisateur. En effet le CLIC permet par exemple d'évaluer l'utilisateur dans son milieu de vie et de mettre en place les ressources nécessaires au maintien à domicile. Le travail partenarial en réseau est lui aussi assuré en permettant l'échange et la transmission d'informations, la mobilisation des acteurs, mais également l'orientation vers les services de soin proposant des soins adaptés aux besoins de l'utilisateur.

Les consultations gériatriques permettent une évaluation précises des besoins et des ressources, une orientation adaptée et une entrée direct vers les services adéquats.

Limites et freins des acteurs non-spécifiques :

Comme pour les acteurs spécifiques, on retrouve des limites similaires, à savoir le manque de moyens humains et logistiques permettant de répondre à l'ensemble des besoins de cette population âgée.

De plus comme constaté pour les acteurs spécifiques, les différences d'établissements de référence ou de financements créent une multiplicité des intervenants et donc une transmission d'information plus difficile et une segmentation de la prise en soin de la personne âgée.

On distingue de nouveau le manque d'intervention au domicile et les mêmes problématiques concernant la télémédecine.

De plus on constate les différences de fonctionnement des secteurs de psychiatrie, les CMP par exemple ne proposent pas le même type de fonctionnement et de prise en soin et on retrouve une variabilité dans les délais de prise en soin proposés accentués quand il y a déménagement et changement de secteur de rattachement.

On observe un recours vers les urgences sans consultation des spécialistes pouvant proposer une prise en soin adéquate et sans parcours de soin préalablement défini.

De nouveau la formation des professionnels n'est pas effective pour tout le monde.

Prise en soin encore trop cloisonné entre santé mentale et gériatrie, difficulté de travail en collaboration, le plus souvent mise en place d'un projet de soin spécifique à chaque spécialité mais peu de mise en commun et de projet de soin global.

On note une accessibilité souvent tardive aux services compétents, du fait des difficultés de repérages des acteurs disponibles et de leurs missions.

c) Axes d'amélioration pour les acteurs spécifiques et non spécifiques :

On peut facilement évoquer comme axe d'amélioration le développement de la capacité de réponse en ambulatoire.

D'autant plus pour cette population plus fragile et en besoin de repères clairs, il serait intéressant de proposer une réponse au domicile plus conséquente. Le virage ambulatoire

comme évoqué dans le domaine de la santé mentale pourrait concernant la psychogériatrie avoir une importance prépondérante.

On pourrait donc imaginer développer plus de réponses dans l'environnement, soit par la création de davantage d'équipes mobiles ayant la capacité d'intervenir au plus près de la personne âgée et de son environnement avec des professionnels tous formés aux spécificités de cette prise en soin.

On peut imaginer que la télémédecine puisse prendre une place plus importante concernant les dispositifs proposés. Vu l'évolution constante et rapide dans le domaine informatique, des médias et de la communication, il pourrait être intéressant de proposer un matériel adapté à ce dispositif de la télémédecine ainsi qu'une formation adaptée des professionnels.

On note dans les freins et les limites que la transmission d'informations malgré le travail effectué dans ce domaine reste encore à développer et à réfléchir.

Comment informer les partenaires sur les dispositifs existants et leurs missions ?

En ce qui concerne cette question, on pourrait imaginer la création d'un annuaire recensant l'ensemble des services et partenaires ainsi que leurs missions.

Comment favoriser la transmission d'informations entre les différents services proposés, pour en arriver à un projet et une prise en soin commune dans l'intérêt de la personne âgée ?

On pourrait imaginer un service pilote, à l'image de ce que peut proposer le MAIA qui pourrait proposer un projet de soin global et organiser la prise en soin globale et la mise en relation des différents partenaires dans le but d'établir un projet de soin global du sujet âgé.

Reste à améliorer les disparités liées à la sectorisation et au fonctionnement propre à chaque pôle de psychiatrie avec des fonctionnements différents et des délais variables.

IV. Dispositifs innovants existants en dehors du secteur de recherche :

Elargissons notre point de vue en allant observer ce qui existe en étendant notre périmètre de recherche. Et il ne faut pas aller bien loin pour constater qu'actuellement dans le Valenciennois des expérimentations sont en cours.

En effet depuis 2014, des territoires pilotes dont fait partie **le Valenciennois** ont été déterminés par l'ARS afin d'évaluer la mise en place d'un dispositif appelé « **PAERPA** » (**Parcours de santé des Personnes Agées En Risque de Perte d'Autonomie**). Concerne les personnes âgées de 75 ou plus et a pour but principale de favoriser l'autonomie le plus longtemps possible dans l'environnement habituel de l'utilisateur. Cf Annexe 3

« En partant des besoins de la personne et de ses aidants, cette action est rendue possible en agissant en amont de la perte d'autonomie par un repérage des quatre principaux facteurs d'hospitalisations évitables (dépression, chute, problèmes liés aux médicaments) et en optimisant la coordination des professionnels (sanitaires, sociaux et médico-sociaux) autour de la personne âgée. »¹²

Les 5 actions principales de ce dispositif sont :

- « *Renforcer le maintien à domicile* » : Permis grâce au travail en collaboration des professionnels de santé de proximité de l'utilisateur. L'objectif est que le médecin traitant ainsi que d'autres spécialistes de la santé primaire puissent travailler en étroite collaboration avec les services sociaux pour favoriser le maintien dans l'environnement de vie de la personne.
- « *Améliorer la coordination des intervenants et des interventions* » : Mise en place d'une plateforme avec numéro unique permettant de gérer l'orientation et l'organisation des soins en fonction des besoins de la personne et ce en sollicitant les services compétant en fonction des disponibilités.
- « *Sécuriser la sortie de l'hôpital* » : Consolider le retour dans le lieu de vie en proposant la mise en place d'un accompagnement adapté pour ajuster le logement ou les aides à domicile ou encore envisager un hébergement temporaire.
- « *Éviter les hospitalisations inutiles* » : Améliorer le repérage des prodromes de la perte d'autonomie ou d'une décompensation somatique ou psychique dans le but d'agir au plus vite et éviter un passage par les urgences ou une hospitalisation mal préparée.
- « *Mieux utiliser les médicaments* » : Éviter des poly-médications inappropriées chez une population fragile et sujette à la fois aux effets indésirables et aux interactions médicamenteuses chez des personnes souvent atteintes de polyopathologies.

12 <https://solidarites-sante.gouv.fr/systeme-de-sante-et-medico-social/parcours-des-patients-et-des-usagers/le-parcours-sante-des-aines-paerpa/article/le-dispositif-paerpa>

Le gouvernement avance des chiffres positifs sur la mise en place de ce dispositif qui s'étend progressivement sur le territoire. A ce jour d'après le site du gouvernement, 11% de la population des plus de 75 ans est couverte par l'expérimentation du PAERPA ce qui correspond à 700 000 personnes.

La mise en place de ce projet se fait progressivement et à terme permet aux différents acteurs d'apprendre à se connaître et de pouvoir déterminer les missions de chacun dont le but ultime est de développer une « culture commune autour de la prise en soin des personne âgée ».

Les résultats sont cependant à nuancer, les chiffres montrent que le projet peut être encore amélioré. En effet pour exemple dans la région des Hauts de France, en 2015 et 2016 la durée cumulée de séjour des personnes âgées a augmentée de 5,9 et 7,2%. La ré-hospitalisation à 30 jours pour 100 patients dans le même temps a augmenté de 5,6 et 1,2%. On constate également que les hospitalisations non programmées pour 100 personnes âgées ont été plutôt stables en 2015 avec une diminution de 0,5% avant d'augmenter en 2016 de 3,6%. Constat similaire pour les hospitalisations évitables qui ont dans un premier temps diminué de 7,2% en 2015 avant d'augmenter en 2016 de 5,3%.

Les chiffres sont positifs cependant concernant la poly-médication continue qui a diminué en 2015 et 2016 de 2,1 et 3,5% et pour les prescriptions inappropriées qui ont baissé de 8 et 9,6% sur la même période. Voir tableau en annexe 4

Cela peut s'expliquer par le fait que les réseaux et l'identification de chaque acteur par ses partenaires peut prendre du temps, et il faudrait des chiffres plus récents pour constater l'efficacité de ce projet.

De ce projet PAERPA a découlé la création d'une équipe mobile de psychogériatrie toujours dans le Valenciennois en 2015.

Ils sont partis du constat que nos aînés accèdent souvent trop tardivement aux soins, en effet ils arrivent la plupart du temps en hospitalisation longtemps après le début de la décompensation.

Cette difficulté d'accès est souvent liée à un défaut de repérage des situations complexes nécessitant du soin en amont d'une décompensation. Lié aussi aux représentations de cette géné-

ration vis-à-vis de la psychiatrie, ou encore aux problèmes de déplacement pour consulter un spécialiste de la santé mentale.

Pour arriver à la conclusion qu'il faut pouvoir proposer une prise en soin spécifique, adaptée aux besoins des personnes âgées.

L'intérêt de cette équipe mobile est d'intervenir le plus rapidement possible au domicile dans l'environnement de vie de l'usager et ainsi améliorer l'accessibilité aux soins.

Ils proposent une équipe formée aux spécificités de la psychogériatrie composé de spécialistes dans ce domaine permettant une bonne évaluation, un suivi temporaire le temps d'orienter et de coordonner les différents acteurs afin de mettre en place le suivi adapté aux besoins de l'usager tout en favorisant le maintien à domicile.

Il est intéressant de constater que le territoire d'action de cette équipe s'étale sur plusieurs secteurs de psychiatrie : 59G29, G30, G31, G32, G33 et G34.

Une équipe intersectorielle permet une harmonisation des pratiques et une égalité dans la prise en soin de nos aînés. L'EMPG est identifié par les professionnels de la santé, les accompagnants et les partenaires avec la création et l'entretien des liens incontournables pour une prise en soin globale efficiente.

Prenons à présent plus de distance en allant observer ce qui a été mis en place à **Lausanne en Suisse**.

Ils sont partis du constat que la conjoncture actuelle montre que le vieillissement de la population a un impact non négligeable sur le plan de la santé mentale dans la communauté se traduisant par une demande grandissante en termes de besoins de soins psychogériatriques.

A donc été mis en place une **EMPAA pour Equipe Mobile de Psychiatrie de l'Age Avancé**. L'objectif est d'intervenir le plus rapidement possible afin d'éviter une hospitalisation compte tenue des limites financières.

Partant du principe que pour les usagers âgés, il semble plus pertinent et plus efficient de faire intervenir dans la prise en soin, l'expertise des spécialistes dans le domaine de la psychogériatrie en comparaison de prise en soin proposé par le secteur de santé primaire.

De plus il permet d'avoir de meilleurs résultats concernant les troubles du comportement, le recours à l'hospitalisation et l'utilisation de psychotropes en intervenant au domicile ou dans

le lieu de vie de la personne accompagnée. La « *revue médicale suisse* »¹³ »¹⁴ étudiée évoque un intérêt non négligeable pour les accompagnants, ainsi en proposant une intervention précoce, cela permettrait de diminuer « le sentiment d'épuisement ».

Pour ce faire, ils sont partis du constat que le système de soin était trop hospitalocentré, et qu'il y avait un intérêt grandissant pour le développement d'un système ambulatoire permettant de répondre aux besoins dans le but de proposer une alternative concrète à l'hospitalisation et l'excès de médication. C'est pourquoi ils ont mis en place des services de consultations spécifiques et des hôpitaux de jour.

La création de cette équipe mobile s'inscrit donc dans cette dynamique de proposer une offre de soins tournée vers l'ambulatoire au plus près de la communauté.

Elle a pour objectif de proposer une expertise pluridisciplinaire de professionnels formés aux spécificités de la psychogériatrie en l'occurrence un médecin et deux infirmiers. Se traduisant par une évaluation dans le lieu de vie du patient, une prise en soin temporaire le temps d'informer, de coordonner avec les acteurs de la santé primaire tel que le médecin traitant ou les établissements de soins et d'orienter vers les services de soins les plus adaptés aux besoins des personnes âgées. L'accompagnement est temporaire car elle n'a pas pour but de se substituer aux services de soin existants, mais bien de favoriser et de rendre le plus efficient possible le recours aux services concernés en accompagnant l'utilisateur, l'entourage et les professionnels du médico-social. Elle se retire de la prise en soin en restant à disposition une fois la situation stabilisée et les bons soins et services mis en place.

Cette expertise peut permettre une réévaluation du traitement et une proposition d'harmonisation thérapeutique.

Elle a également vocation à favoriser l'échange d'informations et d'expertise entre les partenaires.

Il est intéressant de constater que le point a été mis sur la rapidité de réaction une fois la demande faite, en effet d'après les chiffres avancés, 22% des usagers sont vus le jour même, 25% le lendemain et 9% le surlendemain.

13 <https://www.revmed.ch/RMS/2008/RMS-153/Equipe-mobile-de-psychiatrie-de-l-age-avance-principes-et-perspectives>

14 <https://www.revmed.ch/RMS/2008/RMS-153/Equipe-mobile-de-psychiatrie-de-l-age-avance-principes-et-perspectives>

L'objectif est clair, il faut une intervention le plus rapide possible afin d'éviter que la situation ne se chronicise, s'enlise et augmente l'intensité des troubles.

On peut en déduire qu'au plus vite on intervient, au plus on évite les hospitalisations inutiles et on épargne ainsi aux usagers une perturbation dans leurs habitudes de vie.

Continuons avec des chiffres tout aussi révélateurs, sur l'ensemble des situations suivies au domicile, un tiers uniquement débouche sur une hospitalisation, tandis qu'un autre tiers ne nécessite pas la mise en place de nouveaux services. Enfin le chiffre le plus important est que plus de la moitié des patients suivi par l'EMPAA avec un risque majeur de passage à l'acte auto ou hétéro-agressif ont évité l'hospitalisation.

Il est intéressant d'observer dans cette étude que les partenaires ont été consultés afin d'évaluer l'intervention de l'EMPAA. Et d'après les résultats de cette enquête, ils sont globalement satisfaits et mettent en avant la nécessité d'une continuité dans les prises en soin de situations données et cette équipe remplit cet objectif d'interlocuteur privilégié garant de la coordination.

Conclusion :

Ce travail m'a permis dans un premier temps de confirmer ce que j'ai pu constater lors de mon soin à domicile effectué avec Dr Robert.

Effectivement, la prise en soin de la personne âgée dans sa globalité, en tant qu'entité multidimensionnelle est difficile dans le système de soin actuel.

De ce fait la psychogériatrie qui est une discipline relativement nouvelle se confronte à cette réalité. Cette difficulté est d'autant plus dommageable à la population soignée dans cette spécialité qu'elle a besoin de stabilité et de repaires. L'utilisateur se retrouve souvent segmenté dans sa prise en soin par ses polyopathologies. Le décloisonnement entre les spécialités médicales va de pair avec une pratique qui s'appuie sur des intervenants d'horizons divers dans l'intérêt de l'utilisateur.

L'État, conscient de cette difficulté a mis en place, par le biais des ARS, des plateformes d'accompagnement au maintien à domicile que sont les MAIA, couvrant la quasi-totalité du territoire Français.

Elles sont identifiées par les acteurs du territoire et permettent un recensement des professionnels et dispositifs existants adaptés aux besoins de l'utilisateur.

Elles permettent de croiser les regards et facilitent la transmission d'informations entre les professionnels dans l'intérêt de l'utilisateur.

L'objectif serait de profiter de l'expertise des spécialistes et de travailler ensemble et non de se reposer sur la croyance sociale du savoir expert ayant une solution magique pour chaque situation aussi complexe puisse-t-elle être.

Cependant ce système est perfectible et j'ai pu constater les limites surtout concernant le champ de la santé mentale.

En effet les possibilités d'interventions dans le lieu de vie de l'utilisateur sont limitées et l'évaluation par des professionnels formés à la psychogériatrie encore trop peu disponible.

On a pu constater que des expérimentations sont en cours dans d'autres territoires qui mettent en avant un intérêt certain de mettre en place des équipes mobiles spécialisées en psychogériatrie composées de différents professionnels formés aux spécificités de cette discipline. L'objectif étant de pouvoir intervenir dans le lieu de vie de l'utilisateur, limitant les

perturbations et pouvant par la même occasion évaluer l'environnement et de s'y adapter en proposant un projet de soin personnalisé.

Il serait intéressant que cette équipe mobile soit une plateforme de coordination territoriale, qui, de par son activité permettrait un recensement des professionnels et dispositifs existants tout en tissant des liens et en étant le fil conducteur d'un échange d'informations entre les spécialités, le médecin traitant, les acteurs du territoire, l'entourage et bien évidemment l'utilisateur.

Pour ce faire il faudrait élargir le périmètre d'intervention en proposant une équipe intersectorielle capable d'accompagner un nombre d'habitants plus important que celui représenté par la sectorisation de la santé mentale et ce dans le but d'harmoniser les pratiques.

Par ailleurs, on pourrait imaginer qu'au même titre que les enfants bénéficient d'une proposition de prise en soin spécifique et différencié de l'adulte avec un système de santé mentale qui lui est propre qu'on appelle la pédopsychiatrie. Les personnes âgées de par leur spécificité pourraient également prétendre à une spécialisation de leur santé mentale qui pourrait être indépendante de l'adulte et pourrait être la psychogériatrie.

D'ailleurs depuis 2017 il est proposé l'option psychiatrie de la personne âgée aux internes de psychiatrie. Cette option rajoute un an d'internat et permet une surspécialisation spécifique à la psychogériatrie, au même niveau désormais que la pédopsychiatrie. Cette option n'existait pas avant et s'inscrit dans une volonté gouvernementale de renforcer les soins psychogériatriques au niveau national.

Pour terminer, il me semble essentiel de dire que l'intérêt numéro un pour les personnes âgées est de rompre l'isolement tout est permettant de les maintenir le plus longtemps possible dans leur lieu d'habitation.

Ainsi prenons l'exemple des pays nordiques comme le Danemark, qui, depuis trente ans n'a pas construit de maison de retraite et a investi le budget dans un plan efficace de maintien à domicile pour en arriver à « *moins de 5% de Danois vivant en maison de retraite.* »

En développant par exemple des structures telles que des foyers disposant de studios indépendants pour chaque usager bénéficiant de « *soins et d'assistance 24h/24.* »

Et pour rompre l'isolement et intégrer les aînés à la vie en communauté, les structures sont ouvertes et insérées dans la cité et dans « *la vie de quartier où crèches, jardins d'enfants, potagers et parc animalier partagent le même espace* ». ¹⁵

15 <https://www.franceculture.fr/emissions/grand-reportage/retraites-doit-suivre-le-modele-scandinave>

Annexe 1 : Graphique de la DREES

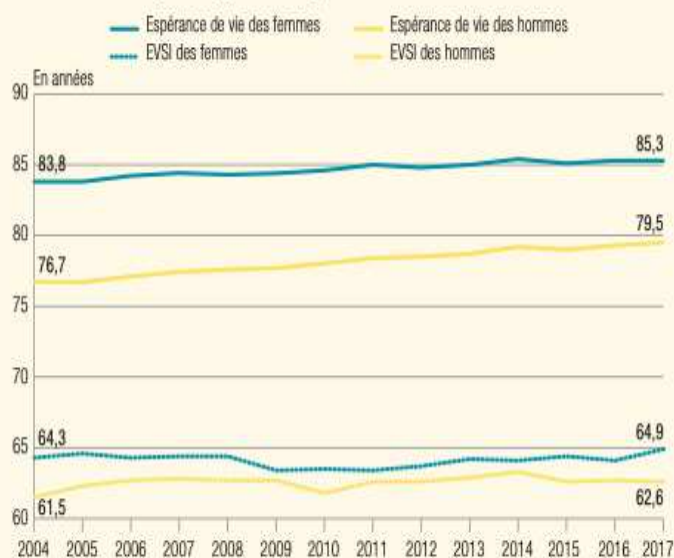
L'espérance de vie à la naissance des Français s'allonge régulièrement ce qui pose l'enjeu de la qualité de la fin de vie. L'indicateur de l'espérance de vie en bonne santé ou sans incapacité (*encadré 1*) croisé avec celui de l'espérance de vie à la naissance permet de mieux apprécier le bénéfice de ces années de vie supplémentaires.

Une espérance de vie en bonne santé en hausse pour les femmes et stable pour les hommes

En 2017, l'espérance de vie en bonne santé s'élève à 64,9 ans pour les femmes et 62,6 ans pour les hommes. Si cet indicateur reste stable pour les hommes par rapport à 2016 (-0,1 an), il progresse de +0,8 an pour les femmes sous l'effet de la baisse de la déclaration de limitations fonctionnelles, particulièrement chez les septuagénaires. Néanmoins, cette évolution s'inscrit dans la tendance des

GRAPHIQUE 1

Évolution de l'espérance de vie et de l'espérance de vie sans incapacité, par sexe, entre 2004 et 2017



EVSI : espérance de vie sans incapacité.

Champ • France entière.

Sources • Insee, statistiques de l'état civil et données issues de l'enquête *European Union-Statistics on Income and Living conditions* (UE-SILC). Calculs Insee pour l'espérance de vie et calculs Drees à partir de 2016 pour l'espérance de vie sans incapacité (méthode EHEMU).

Annexe 2 : Carte MAIA département du Nord



Annexe 3 : Parcours de soin

Un parcours mieux coordonné



Conception : Diarm - Juillet 2014

Annexe 4 : Estimation de l'impact du PAERPA

T2

Estimations d'Impact du dispositif Parcours santé des aînés (Paerpa) :
écarts entre les territoires Paerpa et leur contrôle composite en 2015 et 2016 (%)

	Impact	Durée cumulée de séjours (jours/PA*)	Réhospitalisations à 30 jours (/100 séjours)	Hospitalisations non programmées (/100 PA)	Hospitalisations évitables (/100 PA)	Passages aux urgences non suivis d'hospitalisation (/100 PA)	Poly-médication continue (/100 PA)	Au moins une prescription inappropriée (/100 PA)
Aquitaine	2015	+1,5 %	+5,0 %	+3,9 %	+4,6 %	-4,7 %	-8,0 %***	+1,7 %
	2016	+0,8 %	+2,2 %	+2,0 %	-7,7 %	-4,6 %	-9,2 %***	+4,0 %
Lorraine	2015	+7,3 %	+1,3 %	+2,8 %	+15,3 %**	-23,5 %**	-1,2 %	-7,3 %
	2016	+5,0 %	+1,4 %	+4,4 %	+28,1 %***	-23,1 %**	-1,6 %	-5,2 %
Nord - Pas-de-Calais	2015	+5,9 %	+5,6 %	-0,5 %	-7,2 %	+5,7 %	-2,3 %**	-8,0 %***
	2016	+7,2 %	+1,2 %	+3,6 %	+5,3 %	+1,0 %	-3,1 %*	-9,6 %***
Ile-de-France	2015	-4,2 %	-4,1 %	+2,6 %	+13,6 %	-1,3 %	+2,8 %	+1,3 %
	2016	+1,7 %	+5,8 %	+6,0 %	+6,4 %	+0,7 %	+1,4 %	-2,4 %
Pays-de-la-Loire	2015	+1,2 %	+1,6 %	-2,1 %	+4,0 %	-5,4 %	-1,6 %	-2,6 %
	2016	-0,8 %	+4,2 %	-1,7 %	-13,3 %	+2,1 %	-2,4 %	-2,1 %
Centre	2015	+2,9 %	+5,7 %	+3,6 %	+9,9 %	+1,8 %	+0,4 %	-3,6 %
	2016	+7,6 %	+9,9 %*	+5,9 %	+6,2 %	+4,0 %	-0,6 %	-6,8 %
Limousin	2015	+5,7 %	+2,5 %	+4,0 %	+0,9 %	-10,0 %	+2,9 %	+0,2 %
	2016	+4,7 %	+4,1 %	-0,4 %	-7,0 %	-8,4 %	+2,2 %	+1,5 %
Bourgogne	2015	-5,9 %	+5,4 %	-11,6 %	-9,8 %	-4,7 %	+2,5 %	+4,2 %
	2016	-7,9 %	+1,5 %	-15,6 %*	-23,6 %**	-4,2 %	+1,4 %	+6,5 %
Midi-Pyrénées	2015	+7,7 %	-0,2 %	-9,9 %	+1,5 %	+4,1 %	-2,7 %	-0,6 %
	2016	+8,6 %	-2,3 %	-13,9 %*	-9,1 %	+1,2 %	-3,7 %	+0,0 %
Ensemble Paerpa	2015	+4,7 %	+0,6 %	+0,1 %	+0,7 %	+1,2 %	-1,1 %	-2,5 %
	2016	+5,5 %	+0,9 %	+0,2 %	-3,4 %	-2,2 %	-2,1 %	-2,3 %

* PA. Personnes âgées. Les étoiles indiquent le niveau de significativité statistique des résultats (* < 10 % ; ** < 5 % ; *** < 1 %).

Lecture : En Aquitaine, Paerpa a eu un impact significatif pour réduire la polymédication avec un écart de 8 % en 2015 et de 2 % en 2016 par rapport à la valeur du territoire témoin. En points de pourcentage, la proportion de personnes âgées polymédiquées baisse donc en 2015 grâce à Paerpa de 23 %*8 % = 1,8 point.

Sources : Bases Irdes ; Données Sniiram (DCIR) 2010-2016.

[Télécharger les données](#)

Bibliographie :

Livres :

JEAN-CLAUDE MONFORT « La psychogériatrie » Presse universitaires de France 2019
6ème édition.

Articles :

L.Cohen. « La psychiatrie de la personne âgée : enjeux et perspectives » vol 172 novembre
2014 p781-784

Sites internet :

<https://www.hauts-de-france.ars.sante.fr/psychogeriatrie>

<https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/psychiatrie/64814>

<https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/gérontologie/36822>

<https://www.larousse.fr/dictionnaires/francais/gériatrie/36779>

<https://www.f2rsmpsy.fr/fichs/18745.pdf>

<https://www.insee.fr/fr/statistiques/3125065>

<https://drees.solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/er1083.pdf>

<http://www.eollis.net/eollis/nous-sommes-la-pour-vous-aider>

<http://www.eollis.net/dispositif-maia>

<http://www.eollis.net/le-reseau-de-sante-geriatrique-de-territoire>

<https://solidarites-sante.gouv.fr/systeme-de-sante-et-medico-social/parcours-des-patients-et-des-usagers/le-parcours-sante-des-aines-paerpa/article/le-dispositif-paerpa>

<https://www.revmed.ch/RMS/2008/RMS-153/Equipe-mobile-de-psychiatrie-de-l-age-avance-principes-et-perspectives>

<https://www.franceculture.fr/emissions/grand-reportage/retraites-doit-suivre-le-modele-scandinave>

Résumé :

Partant du postulat qu'il est difficile pour les différents professionnels gravitant autour de la personne âgée de proposer un projet de soin incluant toutes les sphères qui composent une personne dans son entièreté.

J'ai d'abord établi un état des lieux des acteurs spécifiques et non spécifiques du territoire MAIA Lille Métropole Sud Est. Pour en arriver à la conclusion que l'offre de soin est riche en termes de structures mais aussi de professionnels. Mais cette offre de soin est à double tranchant pour l'intérêt de l'utilisateur. Car si elle permet une prise en soin adaptée et personnalisée, elle multiplie le nombre d'intervenants et rend plus difficile la transmission d'information et le projet de soin unique.

Ensuite je me suis intéressé à ce qui se fait dans d'autres territoires. Dans le Valenciennois où le dispositif PAERPA avec des résultats mitigés qui mériteraient d'être mis à jour avec plus de recul depuis sa mise en application.

A découlé de ce projet une équipe mobile psychogériatrique, un peu à l'image de ce qui se fait en Suisse : une équipe pluridisciplinaire, formée, intervenant dès les prodromes d'une situation de complexe et ce dans le lieu de vie de l'utilisateur. Cela permet de rompre l'isolement, d'établir un projet de soin global personnalisé avec l'utilisateur et son entourage, d'orienter et d'accompagner les usagers et les spécialistes dans l'objectif d'une prise en soin commune et efficace.

Cette équipe a également un intérêt concernant les liens qu'elle entretient avec les partenaires et le recensement des acteurs du territoire.

Pour en arriver à la conclusion que la discipline qu'est la psychogériatrie est encore très jeune, et au même titre que la santé mentale en général, il serait préférable pour l'utilisateur de réussir son virage ambulatoire. Et dans cette optique, il pourrait être intéressant de proposer une équipe mobile, psychogériatrique, intersectorielle, pluridisciplinaire capable de rompre l'isolement de nos aînés et de les accompagner dans et vers les soins.