

F2RSM Psy

Fédération régionale de recherche  
en psychiatrie et santé mentale Hauts-de-France

Les monographies de la F2RSM Psy

Juin 2022

# La psychiatrie de la personne âgée dans les Hauts-de-France

# COMITÉ ÉDITORIAL

Alina Amariei<sup>1</sup>, D<sup>r</sup> Wanda Blervaque<sup>2</sup>, D<sup>r</sup> Maxime Bubrovsky<sup>1,3</sup>, Marie-Noëlle Cadou<sup>4</sup>, Michael Codron<sup>5</sup>, D<sup>r</sup> Eric Diers<sup>3</sup>, D<sup>r</sup> Jean-Paul Durand<sup>6</sup>, Sophie Loridan<sup>1</sup>, Marine Merlevede<sup>4</sup>, Laurent Plancke<sup>1</sup>, D<sup>r</sup> Marie Playe<sup>7</sup>, Pierre Pruvost<sup>8</sup>, D<sup>r</sup> Jean Roche<sup>2,5</sup>, D<sup>r</sup> Céline Talmant<sup>9</sup>, Juliette Vrolant<sup>10</sup>

1. Fédération régionale de recherche en psychiatrie et santé mentale Hauts-de-France - F2RSM Psy, Saint-André-lez-Lille
2. Centre hospitalier universitaire - CHU, Lille
3. Établissement public de santé mentale (EPSM) de l'agglomération lilloise, Saint-André-lez-Lille
4. Centre de ressources sur le handicap psychique Hauts-de-France - Crehpsy, Loos
5. Centre Ressources Inter-régional en Psychogériatrie de Psychiatrie de la Personne Âgée (CR3PA) Hauts-de-France et Normandie
6. Établissement public de santé mentale (EPSM) des Flandres, Bailleul
7. Centre hospitalier de Valenciennes
8. Association pour la création et la coordination d'équipements médico-sociaux - Acces,
9. Établissement public de santé mentale (EPSM) de l'Oise, Clermont
10. Groupement de coopération médico-sociale - GCMS, Méthode d'action pour l'intégration des services d'aide et de soins dans le champ de l'autonomie - Maia du Littoral-Flandres, Dunkerque

Coordinateur du projet : Laurent Plancke

Directeur de la F2RSM Psy : D<sup>r</sup> Maxime Bubrovsky

Relecture et corrections : Pauline Bareille

Composition : Sophie Loridan - responsable communication et Cindy Lefebvre - stagiaire communication

# EDITO

Grâce à l'amélioration des dispositifs et politiques de santé, ainsi qu'aux modifications du cadre de vie personnel et professionnel, la population française vit plus longtemps. La part des personnes de plus de 65 ans ne cesse de croître : une personne sur cinq en 2020, une sur quatre à l'horizon 2035 [1]. Cette augmentation du nombre de personnes âgées amène son lot de besoins nouveaux, en termes de logement, d'offre de soins et d'accompagnement, de financement.

En matière sanitaire, les questions de santé mentale des aînés constituent un champ très peu investi par les pouvoirs publics mais également par les psychiatres eux-mêmes. Les politiques se concentrent surtout sur la prise en charge des personnes atteintes de troubles neurocognitifs de type Alzheimer ou apparentés. L'épidémiologie des troubles mentaux chez les personnes âgées, l'organisation de soins spécifiques, la formation, sont sous-développés en France, alors que les prises en charge obéissent à des parcours complexes et peu visibles, associant, sous des modalités d'une grande variabilité, psychiatres, gériatres, neurologues, médecins généralistes, Clic, Maia/Dac, réseaux et médecins coordinateurs en Ehpad...

Les personnes âgées souffrant de troubles mentaux peuvent les avoir développés depuis longtemps et sont alors en général suivies par les services de psychiatrie, qui poursuivent un accompagnement à domicile voire en Ehpad. Mais l'absence de formation spécifique et la charge de travail importante des secteurs psychiatriques ne le permet pas toujours, d'autant plus que ces patients sont moins acteurs de leur demande de soins du fait de leurs comorbidités (troubles cognitifs, baisse d'autonomie physique...)

Les pathologies psychiatriques ayant débuté tôt sont à l'origine d'une surmortalité précoce, amputant l'espérance de vie de 16 ans chez les hommes et de 13 ans chez les femmes pour

les troubles psychiatriques sévères [2]. Les personnes développant des troubles mentaux alors qu'elles sont déjà âgées sont, quant à elles, mal diagnostiquées et leur prise en charge incertaine ; la dépression mal traitée contribue par exemple à la forte mortalité suicidaire des aînés [3]. Quel que soit l'âge de début des troubles psychiatriques, une réflexion sur l'offre de soins et l'adaptation de l'accès à des soins psychiatriques spécifiques doit être poursuivie.

Le champ abordé dans cette monographie est traversé de tensions que les débats lexicaux illustrent (psychogériatrie, gérontopsychiatrie, psychiatrie de la personne âgée, neuropsychiatrie...) ; elles reflètent sans doute les difficultés de définition du rôle de chacun (psychiatres, gériatres, neurologues, médecins généralistes, médico-social, réseaux, aidants...) dans les parcours de soins et de vie des aînés.

Ce document réalisé par un comité éditorial constitué par la Fédération régionale de recherche en psychiatrie et santé mentale Hauts-de-France (F2RSM Psy), avec plusieurs de ses membres dont le Centre régional sur le handicap psychique (Crehpsy), ainsi qu'avec l'Union régionale interfédérale des œuvres et organismes privés sanitaires et sociaux (Uriopss) et le Centre de ressources inter-régional en psychogériatrie et psychiatrie de la personne âgée (CR3PA), propose d'aborder les thèmes de la clinique, de l'épidémiologie, de la prise en charge et des politiques publiques, principalement à l'échelon des Hauts-de-France. Notre souhait est que cette nouvelle monographie apporte quelques repères sur les sujets abordés et contribue à la structuration d'une psychiatrie régionale de la personne âgée.

## Références bibliographiques

- [1] Blanpain N, Buisson G. Projections de population à l'horizon 2070 - Insee Première - 1619. Paris : Insee; 2016.
- [2] Coldefy M, Gandré C. Personnes suivies pour des troubles psychiques sévères : une espérance de vie fortement réduite et une mortalité prématurée quadruplée. *Questions d'économie de la santé* 2018;237:8.
- [3] Plancke L. Épidémiologie des conduites suicidaires des personnes âgées. *NPG Neurologie - Psychiatrie - Gériatrie* 2016. <https://doi.org/10.1016/j.npg.2016.04.002>.

### D<sup>r</sup> Martine Lefebvre

Présidente du conseil d'administration  
Fédération régionale de recherche en  
psychiatrie et santé mentale  
Hauts-de-France

### D<sup>r</sup> Jean Roche

Psychiatre de la personne âgée  
et gériatre  
Réfèrent de la filière de psychogériatrie  
- unité cognitivo-comportementale -  
consultation mémoire - CHU de Lille

# S O M M A I R E

## Sociologie et démographie des personnes âgées dans les Hauts-de-France 8

La construction sociale de la vieillesse	9
Les personnes âgées dans les Hauts-de-France	12

## Approches cliniques 16

Psychogériatrie ou psychiatrie de la personne âgée : rappel historique d'un choix lexical	17
Le corps dans la vieillesse : pour une approche psychopathologique	20
Spécificités cliniques des troubles mentaux chez la personne âgée	24
Histoire de vie et symptôme	33
Errance et dépression : le parcours de soins initial d'un patient âgé mélancolique	37
Frontière entre vieillissement et maladie cognitive	41
L'Approche optimale	44
Pertinence et actualité de la réhabilitation en psychiatrie de la personne âgée	48

## Une offre complexe et inégalement répartie 54

Unités d'hospitalisation, unités cognitivo-comportementales, équipes mobiles et structures ambulatoires	56
Le service de psychogériatrie et de psychiatrie de la personne âgée du CHI de Clermont (EPSM de l'Oise)	58
L'équipe mobile de psychogériatrie de Grande-Synthe	61
L'équipe mobile de psychogériatrie de Valenciennes	63
L'équipe mobile de psychogériatrie d'Arras	65
L'unité de gérontopsychiatrie de la clinique de l'Escrebieux	67
La concertation gérontologique pluridisciplinaire du territoire littoral-Flandres, dispositif d'appui autour de la psychiatrie de secteur	68
Le centre de jour de gérontopsychiatrie de Seclin	70
L'activité de consultation-liaison de psychiatrie de la personne âgée au centre hospitalier de Valenciennes	72
Unités médico-sociales	74
L'hébergement des personnes âgées en situation de handicap psychique	74

Un total de 979 places d'hébergement	76
L'unité de vie gérontopsychiatrique de l'Ehpad Le Champ d'Or (Marquette-en-Ostrevant)	78
L'unité gérontopsychiatrique de l'Ehpad La Maison du Clos des Marronniers (La Vallée-au-Blé)	80
Des maisons pour le répit et l'accompagnement des aidants	81

## Les conduites suicidaires 84

Suicides et tentatives de suicide des personnes âgées	85
Le suicide des personnes âgées est-il un suicide « comme les autres » ?	91

## Recours aux soins et aux médicaments 94

Les prises en charge dans les services de psychiatrie	95
Le recours aux médicaments psychotropes des âgés	100

## Politiques publiques, coopérations 106

L'action de l'État	107
Les conseils départementaux et la santé mentale des âgés	109
La psychiatrie de la personne âgée dans les Projets territoriaux de santé mentale (PTSM)	112
Les Dispositifs d'appui à la coordination (Dac)	114
Un centre interrégional de ressources de psychogériatrie et psychiatrie de la personne âgée	117

## La formation des professionnels 118

L'offre de formation en PPA dans les Hauts-de-France	119
Paroles de jeunes psychiatres de la personne âgée	123
Une formation à la gestion de crise suicidaire en Ehpad	126

## Annexes 132

Index des illustrations	133
Sigles et acronymes	135

# Sociologie et démographie des personnes âgées dans les Hauts-de-France

## La construction sociale de la vieillesse

Pr Vincent Caradec<sup>1</sup>

*Pour le sociologue, le déroulement des vies individuelles s'inscrit dans un cadre institué par la société, qui organise la succession des étapes de l'existence et oriente les comportements individuels aux différents âges. Appliquée à la vieillesse, cette perspective amène à défendre trois idées : la vieillesse contemporaine est indissociable de la retraite et elle s'inscrit dans une dynamique d'institutionnalisation/désinstitutionnalisation du cours de vie ; la vie à la retraite est façonnée par des modèles successifs, qui dépendent notamment des orientations des politiques publiques ; les retraités sont eux aussi partie prenante de la construction sociale de la vieillesse [4].*

### Retraite et (dés)institutionnalisation du cours de vie

Dans les sociétés occidentales, la vieillesse a aujourd'hui partie liée avec l'institution de la retraite. Les systèmes de retraite ont, en effet, donné à ceux qui étaient auparavant des « *vieillards* » à la fois un droit social nouveau (celui de ne plus travailler à partir d'un certain âge sans devenir dépendants de l'assistance ou de leurs enfants) et un statut : au fur et à mesure de la montée en charge des systèmes de retraite au cours du XX<sup>e</sup> siècle, ces « *vieillards* » sont devenus des « *retraités* » [5].

Pour bien comprendre ce qui s'est joué avec l'apparition des systèmes de retraite, il est utile de faire un détour par les analyses du sociologue suisse Martin Kohli [6]. Celui-ci soutient que le développement des retraites s'inscrit dans une profonde dynamique sociétale, qui se déploie à partir de la fin du XVIII<sup>e</sup> siècle dans les sociétés occidentales et qu'il qualifie d'*institutionnalisation du cours de vie*. De ce mouvement, on peut retenir ici deux aspects. D'un côté, il est marqué par une plus grande standardisation des trajectoires, les grandes étapes de l'existence étant plus étroitement resserrées autour de certains âges chronologiques. Parallèlement, il se caractérise par une spécialisation des âges dans des activités sociales qui leur sont propres. Cette spécialisation est elle-même associée à une partition de l'existence en trois étapes, adaptées aux besoins de la société industrielle : une phase de préparation au travail prise en charge par l'école ; une phase centrale de l'existence, qui est la période d'activité professionnelle ; une phase de retraite, prise en charge par les systèmes de retraite (qui définissent aussi l'âge auquel on y accède).

Kohli considère cependant que, depuis les années 1960, se dessine un mouvement de *désinstitutionnalisation* du cours de vie. Celui-ci a notamment pris la forme d'une diversification des âges légaux de la retraite. Ainsi, dans le régime général, il existe aujourd'hui deux âges de la retraite : 62 ans, l'âge auquel un salarié peut faire valoir ses droits à la retraite (avec une éventuelle décote s'il n'a pas cotisé le nombre de trimestres requis pour obtenir une pension à taux plein) et 67 ans, l'âge auquel il peut faire valoir ses droits à la retraite sans décote. A ces deux âges de la retraite, s'ajoute un troisième : 70 ans, l'âge en-deçà duquel il est interdit à une entreprise de mettre ses salariés à la retraite d'office.

<sup>1</sup> Professeur de sociologie - Université de Lille - [vincent.caradec@univ-lille.fr](mailto:vincent.caradec@univ-lille.fr)

Notons qu'un système de retraite « *par points* » irait encore plus loin dans cette logique de déstandardisation, l'idée étant que les salariés fassent des arbitrages pour décider du moment de leur cessation d'activité. Parallèlement, on assiste à une déspecialisation des âges du fait de l'assouplissement des règles du cumul entre emploi et retraite qui s'est opérée, en France, depuis 2003.

Et certains, au nom du refus de la « *discrimination selon l'âge* » (catégorie apparue, dans le droit français, au début des années 2000), contestent que l'on puisse les exclure du marché du travail du fait de leur âge et revendiquent le droit à pouvoir continuer à travailler [7].

La dynamique de désinstitutionnalisation du cours de vie n'a certes pas effacé le lent mouvement d'institutionnalisation qui l'a précédé : les trois temps de l'existence (jeunesse, âge adulte, retraite) continuent à structurer les vies individuelles ; l'âge auquel les salariés font valoir leurs droits à la retraite reste assez homogène ; en France, le temps de la retraite demeure principalement une période d'inactivité professionnelle (seuls 3,7% de l'ensemble des retraités exercent une activité professionnelle). Pour autant, les réformes récentes ont introduit des changements dont tous les effets ne se sont pas encore fait sentir.

## Trois modèles successifs pour la retraite : repos, loisirs, activité

Au-delà de cette dynamique générale, arrêtons-nous maintenant sur les significations sociales qui ont successivement été associées à la période de retraite. On peut repérer, entre 1945 et aujourd'hui, trois grandes époques.

La retraite a d'abord été considérée, entre 1945 et 1960, comme un temps de repos après une vie de labeur. Cependant, le contenu de cette nouvelle période de la vie n'a pas fait, dans un premier temps, l'objet d'une élaboration collective et la retraite était alors marquée par l'ennui et par un sentiment d'inutilité sociale.

Puis, la retraite est devenue, au cours des années 1970 et 1980, alors que l'espérance de vie à la retraite augmentait fortement, une période de la vie associée aux loisirs. C'est l'époque où se sont mis en place, sous l'impulsion du rapport Laroque (1962), des dispositifs comme les clubs, les vacances, ou les universités pour le troisième âge, tandis que la presse senior diffusait un modèle de vie à la retraite orienté vers l'épanouissement de soi et les activités de loisirs. Cette dynamique a conduit à une représentation de la retraite en deux temps : le temps du 3<sup>e</sup> âge s'est trouvé dissocié de celui du 4<sup>e</sup> âge qui, à partir des années 1980-1990 a de plus en plus été considéré comme le temps de la « *dépendance* » (la première loi sur la dépendance date de 1997), alors même que celle-ci ne touche qu'une partie des personnes les plus âgées. Plus récemment, s'est diffusée une nouvelle signification sociale de la retraite, moins tournée vers les loisirs et davantage orientée vers l'utilité sociale. C'est ce dont témoigne le développement de la catégorie de « *vieillesse active* », qui s'est diffusée au sein des grandes organisations internationales depuis la fin des années 1990 [8]. La conception de la retraite comme temps de loisirs s'est alors trouvée concurrencée par un modèle qui valorise la poursuite d'une « *activité* », que ce soit sous forme bénévole ou à travers le maintien ou le retour en emploi.

## Les retraités, acteurs de la construction sociale de la vieillesse

Les développements précédents ne doivent pas donner à penser que les modes de vie à la retraite s'imposent de manière exclusivement descendante aux retraités.

D'une part, ils s'approprient différemment ces modèles selon leur milieu social, leur genre, leur situation domestique, leur trajectoire antérieure ou encore leurs ressources en termes de revenus ou de santé.

Le modèle du vieillissement actif est ainsi plutôt en phase avec les conceptions des classes moyennes et supérieures et tous les retraités n'y adhèrent pas.

D'autre part, et plus fondamentalement, les retraités – ou du moins une partie d'entre eux –, doivent être considérés comme des acteurs de la construction sociale des modes de vie à la retraite. La génération des retraités des années 1970 a ainsi contribué à inventer la retraite-loisirs : ils en ont été les pionniers, beaucoup n'ayant pas eu l'exemple de parents retraités. De même, les nouvelles générations, qui arrivent aujourd'hui en nombre dans le grand âge sont en situation d'inventer des manières de vivre dans la grande vieillesse et de lui donner du sens. En témoignent des initiatives dans les modes d'habiter, qui cherchent à concilier liberté et sécurité autour de projets d'habitat autogéré (le plus célèbre étant celui des Babayagas à Montreuil), ou la création de l'association Old Up [9], qui rassemble des personnes « *autour de la 2<sup>e</sup> étape de la retraite* » qui souhaitent être pleinement dans la vie, avoir prise sur les décisions qui les concernent et porter une image du grand âge alternative à la vision en termes de déclin et de dépendance.

### Références bibliographiques

- [4] Caradec V. Sociologie de la vieillesse et du vieillissement. Paris : Armand Collin ; 2015.
- [5] Feller E. Histoire de la vieillesse en France, 1900-1960. Du vieillard au retraité. Paris : Seli Arslan ; 2005.
- [6] Kohli M. Le cours de vie comme institution sociale. Enquête Archives de la revue Enquête 1989. <https://doi.org/10.4000/enquete.78>.
- [7] Caradec V, Poli A, Lefrançois C. Les deux visages de la lutte contre la discrimination par l'âge. Mouvements 2009 ; n° 59:11-23.
- [8] Moulaert T, Viriot Durandal J-P. De la notion au référentiel international de politique publique. Le savant, l'expert et le politique dans la construction du vieillissement actif. Recherches sociologiques et anthropologiques 2013 ; 44:11-31. <https://doi.org/10.4000/rsa.904>.
- [9] Savona-Chignier F, Caradec VP. Les nouveaux vieux sont arrivés. Paris, France : Éditions In press ; 2017.

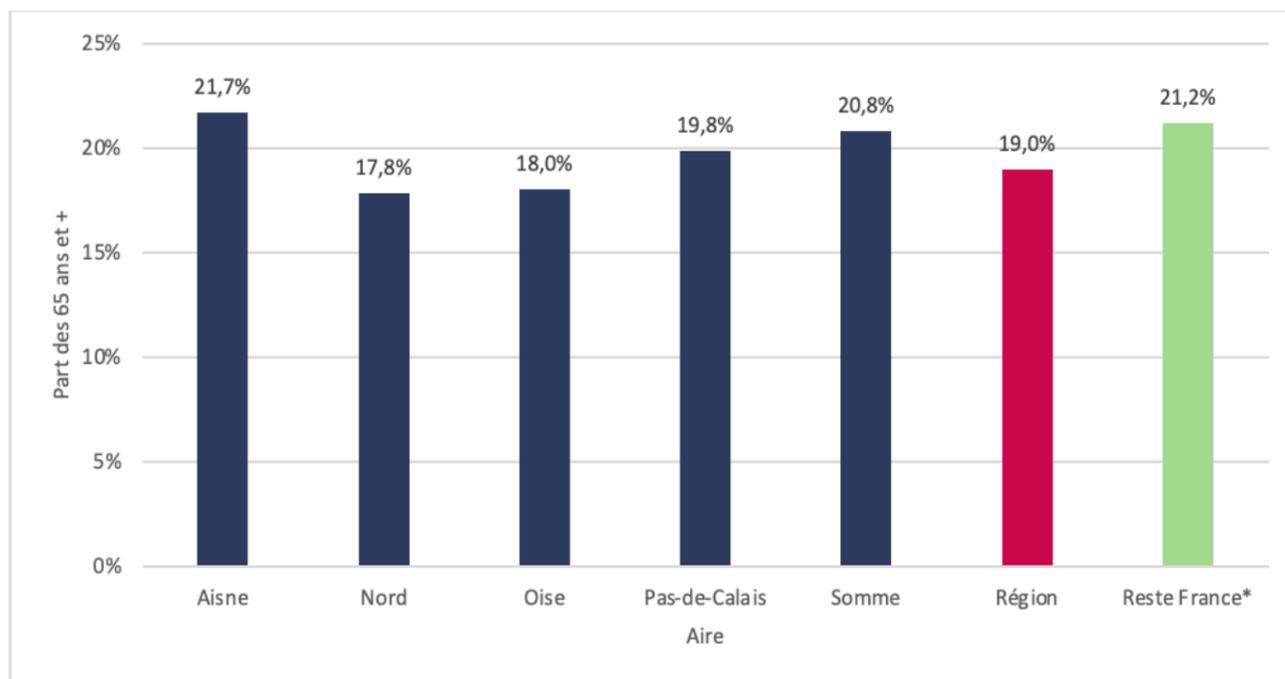
# Les personnes âgées dans les Hauts-de-France

Laurent Plancke<sup>2</sup>

*Les personnes âgées de 65 ans ou plus représentent désormais le cinquième de la population régionale. Si cette part augmente régulièrement, elle est cependant inférieure à celle de la France, sauf dans le département de l'Aisne, département le plus âgé de la région. La part des femmes devient toujours plus prépondérante avec l'avance en âge, pour atteindre 4/5<sup>e</sup> de la génération des 95 ans ou plus.*

Les Hauts-de-France comptent 1 134 109 personnes âgées de 65 ans ou plus en 2021 ; elles représentent 19% de la population régionale. Nord et Oise présentent les taux les plus faibles, alors que l'Aisne présente la valeur la plus élevée (21,7%). Les Hauts-de-France comptent moins de personnes âgées que les autres départements métropolitains.

FIGURE 1 Part de la population de 65 ans et plus. Hauts-de-France et ses départements. 2021



Source : Insee. Traitement : F2RSM Psy. \*autres départements métropolitains

La part des personnes âgées ne cesse de croître ; les projections démographiques pour la France établissent que cette proportion sera de 23,4% en 2030, de 26,1% en 2040 et pourrait atteindre 28,7% en 2070<sup>3</sup>.

<sup>2</sup> Fédération régionale de recherche en psychiatrie et santé mentale Hauts-de-France - F2RSM Psy

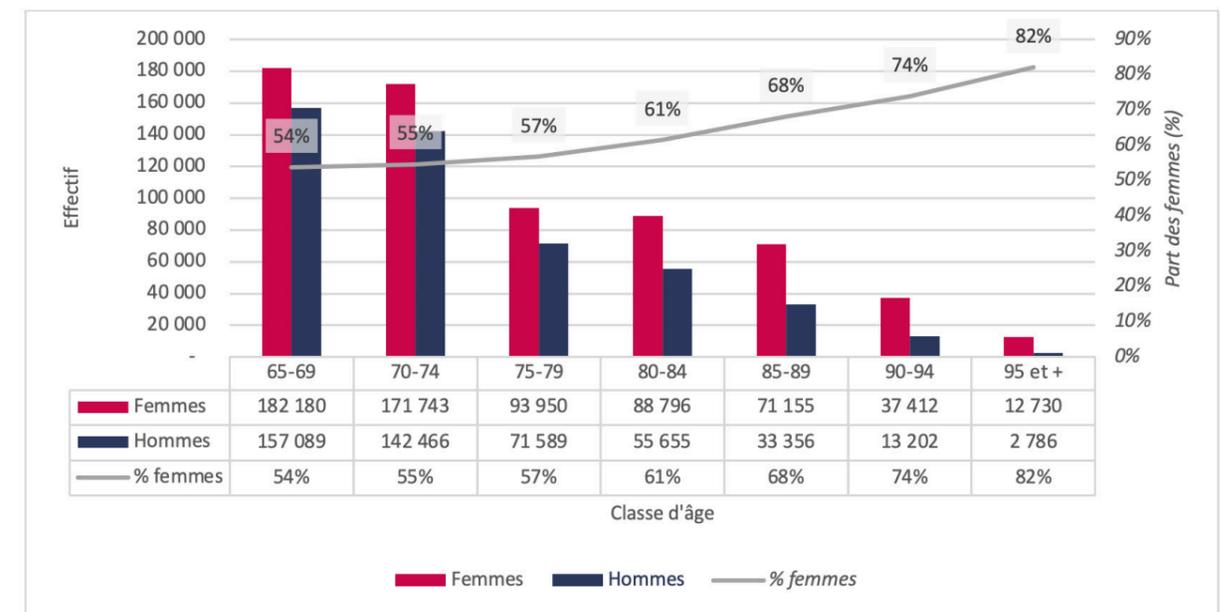
<sup>3</sup> Source : Insee, scénario central des projections de population 2013-2070  
<https://www.insee.fr/fr/statistiques/4277619?sommaire=4318291>

## Trois personnes âgées sur cinq sont des femmes

Les femmes constituent 58% des personnes âgées ; leur espérance de vie étant beaucoup plus élevée que celle des hommes<sup>4</sup>, cette proportion augmente avec l'avancée en âge, pour atteindre 82% chez les personnes de 95 ans et plus.

Nombre d'hommes et de femmes âgés et proportion de femmes par classe d'âge. Hauts-de-France. 2021

FIGURE 2



## Un vieillissement moins marqué qu'en moyenne nationale

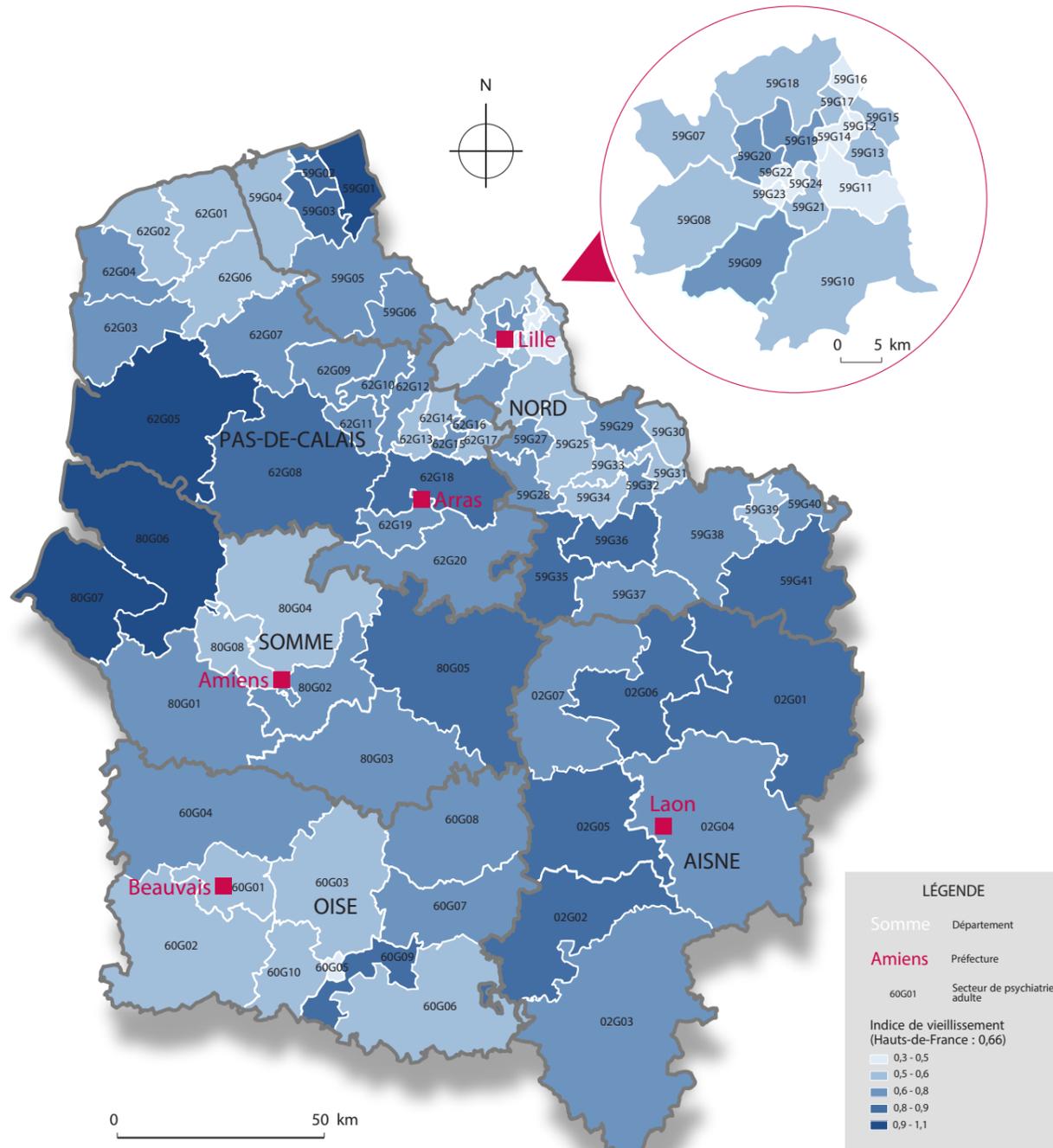
En 2017, en moyenne régionale, les Hauts-de-France comptent 0,66 personne âgée de 65 ans ou plus pour 1 personne de moins de 20 ans, contre 0,81 en France métropolitaine. L'indice de vieillissement<sup>5</sup> varie de 0,33 à 1,10 selon les secteurs de psychiatrie adulte (cf. Carte 1).

7 des 8 secteurs les plus jeunes sont situés dans la Métropole européenne de Lille (Roubaix centre et Roubaix ouest, les 3 secteurs de Lille, Tourcoing - Neuville-en-Ferrain et Villeneuve-d'Ascq) et 1 dans l'Oise (Creil). Ce dernier département présente, dans sa partie sud, des faibles indices de vieillissement, de même que les secteurs au nord d'Amiens, les secteurs du Calais et de Gravelines et la partie occidentale du département du Nord (de la Métropole lilloise jusqu'au Valenciennois).

À l'inverse, la Somme (à l'exception du nord de l'Amiénois), l'ensemble du département de l'Aisne et le sud des départements du Nord et du Pas-de-Calais, territoires le plus souvent ruraux, présentent des indices égaux ou supérieurs à 0,88, avec un maximum de 1,1 dans le secteur 80G07 autour de Friville-Escarbotin.

<sup>4</sup> À 60 ans, l'espérance de vie d'un homme est de 23,2 ans en moyenne, celle des femmes de 27,6 ans  
<https://www.insee.fr/fr/statistiques/3676610?sommaire=3696937>

<sup>5</sup> L'indice de vieillissement est calculé en divisant la population de 65 ans ou plus par la population de moins de 20 ans



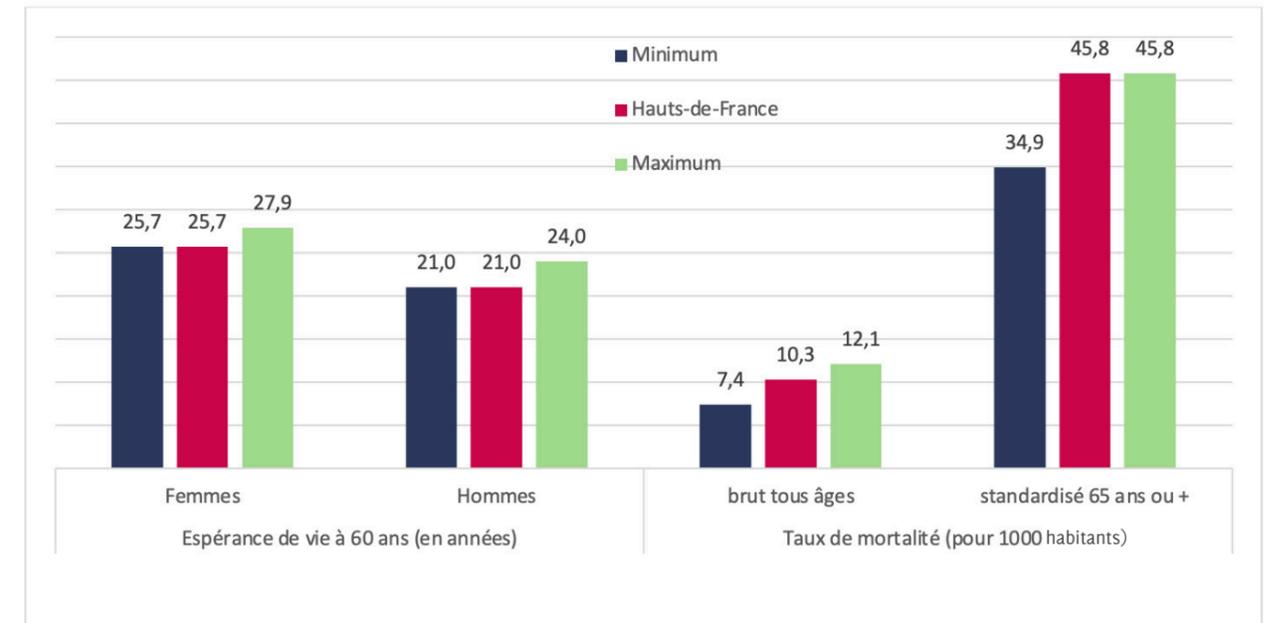
Source : Insee. Cartographie : FzRSM Psy.

## Espérance de vie et mortalité

À 60 ans, l'espérance de vie régionale est de 25,7 ans chez les femmes, de 21 ans chez les hommes ; ces valeurs sont les plus basses des régions métropolitaines françaises. Le taux de mortalité tous âges (10,3 pour 1000 habitants) place les Hauts-de-France en 9<sup>e</sup> rang des régions métropolitaines françaises.

Espérance de vie à 60 ans et mortalité (tous âges et chez les 65 ans et plus). Hauts-de-France et régions aux valeurs extrêmes. 2020

FIGURE 3



Source : Insee. Traitement : FzRSM Psy.

## Conclusion

L'augmentation du nombre de personnes âgées et de leur poids dans la population constitue une évolution démographique majeure, entraînant de considérables besoins d'aide à l'autonomie et de santé. Par hypothèse, le besoin en santé mentale<sup>6</sup> est également concerné par cette hausse, même s'il convient de rappeler que les personnes souffrant de troubles mentaux ont une espérance de vie singulièrement écourtée [2] et qu'elles sont donc moins représentées en population âgée.

### Référence bibliographique

[2] Coldefy M, Gandré C. Personnes suivies pour des troubles psychiques sévères : une espérance de vie fortement réduite et une mortalité prématurée quadruplée. Questions d'économie de la santé 2018 ; 237:8.

<sup>6</sup> Le recours aux soins et aux médicaments des personnes âgées fait l'objet d'un chapitre, p 100

## Approches cliniques

# Psychogériatrie ou psychiatrie de la personne âgée : rappel historique d'un choix lexical

D<sup>r</sup> Georges Jovelet<sup>7</sup>

***Les variations terminologiques dans l'intitulé de l'exercice du psychiatre auprès de la personne âgée présentant des manifestations psychiques, psychiatriques font symptôme. Pas moins de dix appellations ont coexisté ou se sont succédé depuis les années 50. Parmi celles-ci, trois ont eu une audience durable.***

La gérontopsychiatrie puis la psychogériatrie et la psychiatrie de la personne âgée (PPA). Cette dernière appellation, succédant à la psychiatrie du sujet âgé (PSA), est reconnue au plan académique en France depuis 2017 comme branche de la discipline psychiatrique et en fixe la nomination<sup>8</sup>. Ce choix lexical est conforme aux recommandations émises lors des réunions de consensus OMS-AMP<sup>9</sup> (1996-1998) [10] qui en déterminent l'usage. La fédération française de psychiatrie a récemment étendu le champ de ses compétences en intégrant ce champ pathologique placé sous la bannière : *psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent, psychiatrie de l'adulte et de la personne âgée*.

D'où provient cette difficulté à croiser psychiatrie et sujets âgés, alors que l'incidence des affections psychiatriques dans cette tranche d'âge est superposable à celle de l'adulte jeune ? Quelle est la part de l'innommable qui amène à cet embarras ? On peut dans une première approche constater que désigner les personnes âgées elles-mêmes n'est guère plus aisé et ouvre à de multiples vocables. Est-ce l'effet conjugué de la rencontre de deux signifiants qui comportent leur part d'intraitable et de discrimination : la vieillesse avec la perspective de la mort et la déraison ? La pratique de la psychiatrie du sujet âgé est à la fois complexe, car présentant des caractères d'atypicité par rapport à celle de l'adulte jeune, et hétérogène, comportant des spécificités liées à l'âge du fait des comorbidités somatiques, et en particulier l'augmentation de la fréquence des maladies neurodégénératives avec l'âge. Certains éléments complexifient la description du socle identitaire de la psychiatrie du sujet âgé comme :

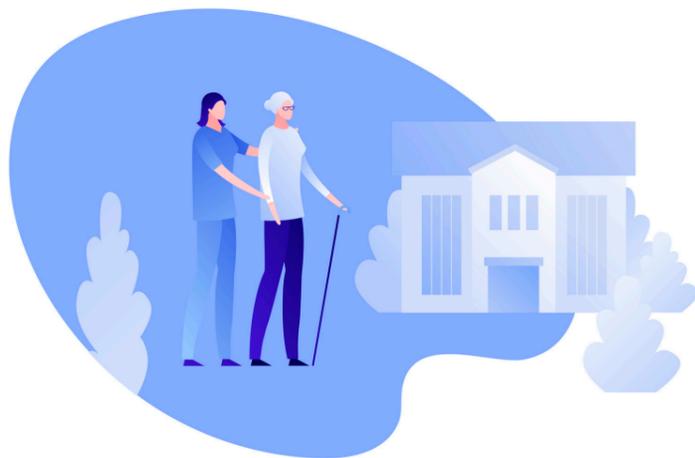
- La mise en jeu constante du somatique et du psychique qui sont intriqués ; c'est la composante la plus médicale de notre exercice dont la dimension sociale ne doit pas être occultée.
- La frontière poreuse entre le normal de la vieillesse, et le pathologique des affections qui surviennent à cet âge.
- La perte d'autonomie peut procéder d'une origine organique comme de facteurs psychiques, en particulier la dépression sévère ou une angoisse avec sidération ; elle témoigne d'une altération des fonctions et d'une réduction des capacités adaptatives du sujet,
- Le fait qu'il existe un continuum entre :
  - La gérontologie, l'étude du vieillissement normal et de ses incidences psychiques, relationnelles et sociales ;

<sup>7</sup> Psychiatre honoraire des hôpitaux, ancien chef de pôle - Laon - [georges.jovel@wanadoo.fr](mailto:georges.jovel@wanadoo.fr)

<sup>8</sup> On peut s'étonner de la locution sur-discipline ou sur-spécialité pour qualifier cet exercice. En quoi la PPA surplomberait-elle la discipline ou la spécialité psychiatrique ? Ce choix discutable évite le suffixe sous qui assignerait l'exercice à une moindre valeur, un caractère restrictif et péjoratif dont pâtissent les praticiens

<sup>9</sup> Organisation mondiale de la santé - Association mondiale de psychiatrie

- La psychogériatrie qui étudie les effets pathologiques du vieillissement dans ses composantes psychologiques, psycho-pathologiques, ainsi que les manifestations psychiques, psychiatriques des maladies somatiques et la gérontopsychiatrie puis la PSA et PPA qui s'adresseraient plus aux décompensations psychiatriques du grand âge ou liées au vieillissement des malades mentaux.
- Un exercice qui se situe à la convergence de plusieurs spécialités : la psychiatrie et la santé mentale, la gériatrie mais aussi la neurologie lorsqu'il s'agit de processus de déficit cognitif.



Le champ pluridisciplinaire plutôt que transdisciplinaire de la PPA inclut les remaniements intrapsychiques et relationnels liés à l'avancée en âge, la sénescence, les états anxieux, dépressifs, les conduites suicidaires, addictives, les décompensations psychotiques, la bipolarité d'apparition tardive et les maladies neurodégénératives. Fait également partie de ce champ la pathologie des patients présentant des névroses graves ou des psychoses chronicisées et/ou advenues à l'âge de la vieillesse.

L'âge délimitant le suivi en PPA varie de 65 à 60 ans voire à 55 ans quand il s'agit de psychotiques chroniques (handicapés psychiques âgés) dont l'espérance de vie moyenne est de 67-68 ans. Lors d'une réunion de concertation réalisée avec l'ARS des Hauts-de-France, le seuil de 65 ans a été retenu. La gériatrie prend en soin les plus de 75 ans ainsi que les sujets plus jeunes porteurs d'un handicap ou d'une polypathologie.

Éclairer cette série de termes conduit à faire le rappel des conditions historiques du fondement théorico-clinique de ce champ de la psychiatrie. Les aliénistes se sont attachés à décrire la spécificité des manifestations psychiatriques en rapport avec l'âge et le processus démentiel sans en isoler un corpus théorico-clinique ou une doctrine. Ce sont trois psychiatres, H. Baruk, M. Leconte et P. Balvet [11] qui, dans l'après-guerre, ont conceptualisé et mis en place dans leurs services cette activité et en ont précisé la méthode, le contenu, le projet original et la dimension politique.

Le terme de gérontopsychiatrie, créé en 1956, a été progressivement abandonné pour faire place en France dans les années 1980 à celui de psychogériatrie. L'usage de ce terme s'alignait sur celui utilisé dans les pays anglo-saxons officialisé par l'association internationale de psychogériatrie (IPA) née en 1981. Il est contemporain de l'essor de la gériatrie en France. Le vocable sera utilisé pour désigner l'activité clinique du psychiatre, une unité, un service.

Le terme est utilisé selon les auteurs comme un calque de l'activité globale du psychiatre du sujet âgé. Il coexistera avec celui de psychiatrie du sujet âgé apparu une décade plus tard. Parfois sa lecture est plus restrictive et met en avant les manifestations psychiques et psychiatriques de la vieillesse à l'exclusion de la pathologie des malades mentaux âgés. Le Pr J-M. Léger<sup>10</sup>, figure tutélaire de la PSA, qui avait mis en place à Limoges dès les années 70 les premières structures d'accueil de ces patients, a privilégié dans les années 80 le terme de psychogériatrie qui met l'accent sur ce qui nous rapproche de l'exercice du gériatre. Il en a favorisé le développement. Ce terme hybride prend en compte une communauté de problématiques abordées et de patients rencontrés. Mais cette dénomination méconnaît la divergence d'orientation dans leur interprétation psychopathologique, leur approche thérapeutique (dont psychothérapeutique) et en dénie les enjeux de différenciation en termes d'identité professionnelle, d'influence et de moyens.

Ce vocable transversal « politiquement correct » selon Hazif-Thomas et al [12], élide la psychiatrie, et met en avant la gériatrie, au « *risque que la pratique « psy » (...) soit récupérée comme un sous-produit de la gériatrie médicale* » (ibidem). Force est de constater que cette appellation induit une confusion préjudiciable dans les spécificités des pratiques de chacun. Cette ambiguïté est redoublée par le fait que, pour certains psychiatres, l'expression « *en gériatrie* » signifie auprès des personnes âgées et non au sein de la spécialité gériatrique. J-P. Clément [13] affirmera de façon conclusive que « *le meilleur compromis évitant toute polémique et assimilation à une branche de la gériatrie est celui de psychiatrie de la personne âgée* ».

Cette réappropriation syntaxique était indispensable à la requalification claire et cohérente de notre pratique par les psychiatres, les équipes, au service des patients et des familles. Si la psychogériatrie du gériatre continue à avoir un sens et une fonction au même titre que la cardio ou la neuro-gériatrie, la psychogériatrie du psychiatre, dans sa définition désormais restreinte à un sous-ensemble, est incluse dans la psychiatrie de la personne âgée, branche de la psychiatrie au même titre que la psychiatrie de l'enfant et de l'adolescent.

## Références bibliographiques

- [10] Camus V, Augusto Bertolote C, De Mendonça Lima M, Gaillard M. Réunions de consensus sur la psychiatrie de la personne âgée. Une initiative de l'OMS et de l'association mondiale de psychiatrie. Serveur académique Lausannois 2000.
- [11] Jovelet G. Construction historique et clinique de la Psychiatrie de la personne âgée. Perspectives Psy à paraître.
- [12] Hazif-Thomas C, Peix R-O, Thomas P. Le choix d'une approche, le destin d'un mot, le sens d'une question : gérontopsychiatrie ou psychogériatrie ? NPG Neurologie - Psychiatrie - Gériatrie 2010 ; 10 : 184-8.
- [13] Clément J-P. Histoire et champ de la psychiatrie de la personne âgée. 2e édition. Psychiatrie de la personne âgée. Lavoisier, Cachan : 2019, p. 677-84.

<sup>10</sup> L'unité d'hospitalisation était dite de gérontopsychiatrie

# Le corps dans la vieillesse : pour une approche psychopathologique

Rosa Caron<sup>11</sup>

***L'homme est en perpétuel devenir jusqu'à la fin de son existence. Mais si la grande majorité vieillit relativement bien, force est de constater que la vieillesse peut être une période particulièrement éprouvante, émaillée de maladies, voire de polyopathologies, de troubles du comportement ou de décompensations d'allure psychotique.***

Le scandale qui a secoué récemment les Ehad privés a mis en évidence la façon dont les nouvelles gouvernances, soumises à la logique économique, imposent des restrictions de tous genres (de fonctionnement, de personnel, de besoins élémentaires). Autant de restrictions qui deviennent les métaphores criantes des restrictions de l'existence. Ces hébergements pour personnes âgées dépendantes rendent compte d'une prise en charge qui se décentre de la globalité du résident et de sa singularité pour optimiser un fonctionnement centré sur une symptomatologie. Le phénomène de pathoplastie [14] qui en découle, y est la plupart du temps occulté. Dans ce contexte, la médicalisation de la vieillesse fait du corps qui vieillit un corps-objet, réduit à un agencement d'organes, un corps en train de mourir. L'arrivée du DSM-III<sup>12</sup> en 1980 n'y est pas étrangère. Posée comme norme unique, son utilisation très fétichiste a fait éclater l'unité psychique, offrant de façon très réductrice une vision cloisonnée des troubles somatoformes dans un déni de la fonction du symptôme. L'unidimensionnalité du corps vieillissant qu'il impose réifie la personne âgée et refoule à la marge tout abord psychopathologique pour lequel le corps reste toujours un corps vivant jusqu'au bout, messenger d'une vie psychique qui elle, ne vieillit jamais.

Quel regard la psychanalyse dans ses liens à la psychopathologie psychiatrique peut-elle porter sur les symptômes actuels qui prennent le corps vieillissant en otage ? C'est ce qui fera l'objet de notre propos, en posant l'hypothèse que dans la vieillesse, il est toujours question du corps, un corps qui crie au monde son mal d'être et l'angoisse qui l'habite.

## Le corps à l'épreuve de la vieillesse

Il va sans dire que le corps dont nous parlons n'est pas uniquement le corps biologique, le corps pris dans sa matérialité ; il ne peut pourtant pas être exclu de la réflexion qui nous intéresse, car il est aussi le témoin du temps qui passe.

<sup>11</sup> Psychanalyste, maître de conférences, HDR - Universités Lille et Paris Diderot - [rosa.caron@univ-lille.fr](mailto:rosa.caron@univ-lille.fr)

<sup>12</sup> Diagnostic and statistical manual, 3<sup>e</sup> révision

L'homme et son corps ne sont pas séparables non plus d'un monde qui leur transmet une interprétation, ni des représentations collectives où prennent corps tous les fantasmes qui construisent l'image du corps. Si un corps est toujours dessiné par les représentations populaires, avec le corps, il est toujours question de désir, il est toujours question de sujet, il est toujours question d'identité [Perrier, cité par Del Volgo [15]]. Il est évident que la fragilité du corps sénescant ne peut être niée, mais l'importance des dysfonctionnements somatiques ne doit pas nous éloigner du sujet pris dans son articulation somato-psychique et du caractère profondément singulier des répercussions psychiques sur le corps.

Ainsi, croire que le corps dispose d'une autonomie propre, toujours en risque de la perdre, n'est en fait qu'un leurre que la psychanalyse a démenti. L'étonnante dialectique entre processus corporels et processus psychiques dans la survenue de maladies somatiques s'est par ailleurs inscrite comme évidence dans l'imaginaire collectif, à la suite des travaux de l'école de Marty [16], que les découvertes récentes des neurosciences viennent objectiver. Elle est pourtant déniée pour la vieillesse comme si le corps sénescant en était exempt. Or notre pratique nous montre que le corps reste un paradigme essentiel pour comprendre les enjeux psychiques à l'œuvre.

Même confiné, comme lors de la pandémie, l'homme cherche à tout prix des espaces interstitiels pour se nourrir de l'Autre.

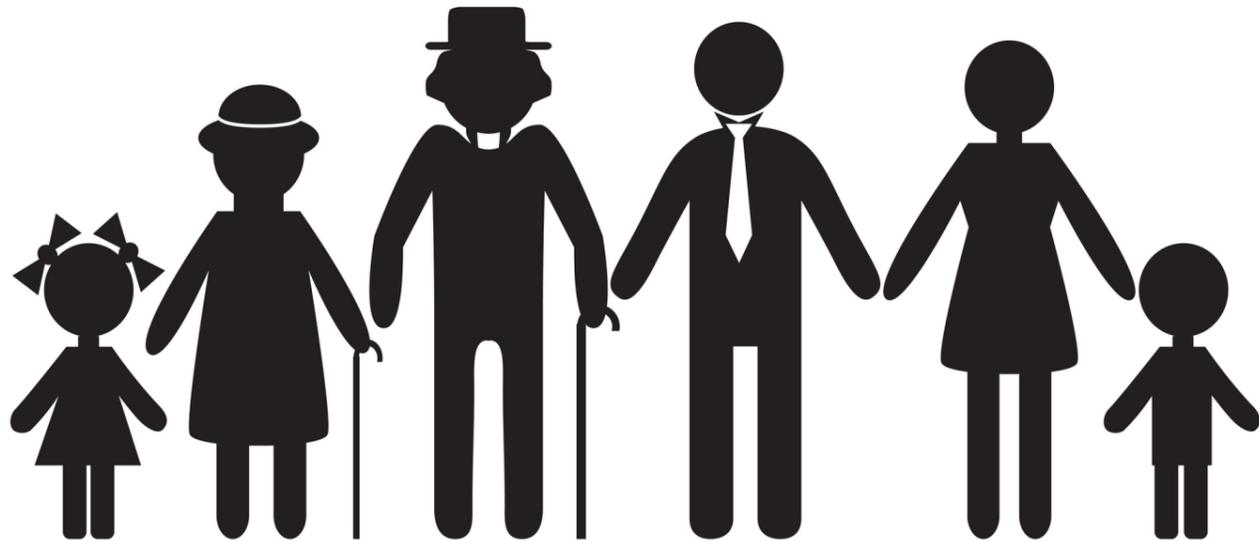
Nulle autre période de la vie n'est autant concernée par le corps que cette période où le vieillissement œuvre sournoisement. Si nous vivons longtemps avec un certain *silence des organes*, les modifications physiques et neurobiologiques rappellent à l'être humain le côté inéluctable de la vie. La prise de conscience est d'autant plus cruelle que le miroir renvoie une image qui ne nourrit plus l'illusion narcissique. Il s'agit alors d'être face à face dans une vision spéculaire parfois insoutenable à un nouvel ordre de réalité inscrit dans les transformations d'un corps qui perd l'espoir d'être un jour comblé. *Se savoir vieux* dans le regard de l'autre dévoile inexorablement le spectre de la mort que nos sociétés tentent en vain de refouler, point à partir duquel une véritable crise identitaire peut secouer le sujet jusqu'à le faire vaciller. Ce moment de l'existence où le sujet doit affronter le réel de son corps est particulièrement traumatique, faisant ainsi courir un risque accru de décompensation physique ou psychique a fortiori lorsque les liens affectifs s'effritent et que le silence de l'environnement devient assourdissant. L'abrasement des résistances, la diminution de la force de refoulement sont autant d'expressions de l'éprouvé de la finitude, qui fait retour par des manifestations *somatoformes* qui cherchent une adresse pour les endiguer.

## La mise en corps

Que le corps colonisé par la médecine soit isolé comme lieu de souffrance et mis en acte n'est pas étonnant. Car si la matérialité du corps en assume toute la portée, la psyché qui lui est subordonnée, reste vivace. Par son corps même dira Lacan, le sujet émet une parole [17], ne serait-ce que pour que le corps-plaisir ne se transforme pas en un corps-déplaisir selon l'expression de Simeone [18]. À la fois message et messenger, à la fois silencieux et bavard, le corps peut revivre les blessures endormies du passé. Et dans la lutte qui est menée pour survivre malgré tout, le corps épouse de façon surprenante les symptômes de notre contemporanéité, réponses subversives à un environnement en défaut d'étayage. Mais la complexité des situations rencontrées, la sélection qui s'opère en fonction des capacités régressives nous invitent à une réflexion singulière car les positions qui apparaissent signent bien la manifestation d'une subjectivité qu'il s'agit de (re)trouver.

Elle se manifeste dans le corps recroquevillé que les pertes en cascades ont réduit à l'inertie ; mais dans une saisie incontrôlable des dernières forces vives, un passage à l'acte suicidaire radical peut devenir le dernier recours pour se soustraire d'un monde qui l'a abandonné dans la plus grande indifférence. Le syndrome de la chute pourrait en être un marqueur avant-gardiste. De façon plus insolente, le syndrome de glissement, dans un acte qui paraît délibéré, s'annonce comme un vieillissement accéléré qui laisse impuissant l'entourage soignant et familial. La position subjective apparaît aussi dans le corps douloureux, qui crie sa plainte au soignant qui va le porter, le laver, lors des soins médicaux [19]. Elle se dévoile dans le corps en fugue [20], dans le corps errant, déambulant, posant contre *la dépendance et l'immobilité*, un acte de liberté qui contrevient à tous les protocoles bien établis.

Autrement plus créatif, le délire déploie sa dimension langagière [21] et pourrait représenter selon Minkowski « *un essai de traduire dans le langage du psychisme d'antan, la situation inaccoutumée en présence de laquelle se trouve la personnalité qui se désagrège* » [22]. Dramatique aussi le rabattement de la psyché sur le corps [23] qui se dessine dans la maladie d'Alzheimer où le corps pris au mot, en manque de mémoire et de repères, se fait le porteur d'une pensée délitée.



## Conclusion

Identifiée à l'objet des peurs collectives qui ne parviennent plus à être symbolisées, la vieillesse, à *son corps défendant*, cherche désespérément des voies en quête de l'Autre pour arrimer une psyché en désespérance, en perte d'unité. Et si tout ne peut être mis à distance, parce que le réel est strictement impensable, la demande à l'adresse de l'Autre bien que perpétuellement vouée à l'échec, reste pourtant ontologiquement intacte.

Au réductionnisme biologique, opposons donc une approche psychopathologique telle que Basaglia l'appelait de ses vœux « *si, donc, la subjectivité humaine est l'énigme centrale de toute science, l'étude des relations du Je avec son propre corps, de celles du corps en tant que corps propre avec le corps d'autrui, sera le centre de toute investigation psychiatrique, parce que le « corps » dans sa double polarité ambiguë de sujet-objet joue un rôle central dans la détermination des modifications structurelles que l'on observe dans la pathologie mentale.* » [24]. C'est à cette condition que s'il faut porter encore en soi un chaos, pour pouvoir mettre au monde une étoile dansante, selon la citation de Nietzsche [25], alors, il y aura toujours quelqu'un pour aider à le (sup)porter.

## Références bibliographiques

- [14] Oury J. L'aliénation. Séminaire de Sainte-Anne, 10e année. Galilée ; 1992.
- [15] Del Volgo M-J. L'Instant de dire. Le mythe individuel du malade dans la médecine moderne. Eres ; 2012.
- [16] Marty P. L'ordre psychosomatique. Payot ; 1980.
- [17] Lacan J. Écrits. Éditions du Seuil ; 1966.
- [18] Simeone I, Abraham G. Introduction à la psychogériatrie. Simep ; 1984.
- [19] Caron R. Cliniques des plaintes somatiques dans le grand âge. Corporeité 2012 ; 17-30.
- [20] Brossard F, Caron R. Sorties intempestives de personnes atteintes de maladie d'Alzheimer en Ehpad : perspectives thérapeutiques. L'Encéphale 2016 ; 42 : 484-91.
- [21] Caron R. Le dérapage psychotique dans le grand âge : une voie d'expression du désir. Annales Médico-psychologiques, revue psychiatrique 2011 ; 169 : 288-91. <https://doi.org/10.1016/j.amp.2010.03.017>.
- [22] Minkowski E. Le temps vécu. Études phénoménologiques et psychopathologiques. PUF ; 1933.
- [23] Grosclaude M. Les déments parlent donc ? Gérontologie et société 2003 ; 26106 : 129-45.
- [24] Basaglia F. Corps, regard et silence: L'énigme de la subjectivité en psychiatrie. L'Évolution Psychiatrique 1965 ; 30 : 11-25.
- [25] Nietzsche F. Ainsi parlait Zarathoustra. Gallimard (1985) ; 1883.

# Spécificités cliniques des troubles mentaux chez la personne âgée

D<sup>r</sup> Eric Diers, D<sup>r</sup> Jean Roche D<sup>r</sup> Marie Playe et D<sup>r</sup> Jean-Paul Durand<sup>13</sup>

**Dans ce texte, quatre groupes de pathologies sont présentés, sous le prisme particulier des personnes âgées.**

## Les troubles anxieux

### Épidémiologie

Les troubles anxieux touchant la personne âgée ont dans la grande majorité des cas commencé avant l'âge de 40 ans (90% des cas). La prévalence des troubles anxieux est estimée à 7% en population générale. Les troubles anxieux les plus fréquemment observés sont l'anxiété généralisée et les phobies.

### Particularités cliniques de l'anxiété chez la personne âgée

L'expression de l'anxiété généralisée va se faire souvent sous un masque somatique avec des plaintes à type de vertiges, de difficultés de marche, de palpitations, de dysurie, de difficultés de mémorisation... Sur l'axe psychique, il sera rapporté une asthénie, une irritabilité...

En ce qui concerne les phobies, elles sont le plus souvent une continuation d'éléments cliniques anciens et peu invalidants. Elles peuvent cependant s'accroître (ou plus rarement apparaître) suite à des modifications de l'environnement ou de l'état médical du patient : décès du conjoint, entrée en Ehpad, dépendance physique (exemple : patient claustrophobe devenu dépendant et étant dans l'impossibilité d'ouvrir seul une fenêtre, ce qui peut favoriser le déclenchement d'une anxiété avec une sensation de manquer d'air)... Ce même phénomène peut se voir en cas de troubles obsessionnels compulsifs (Toc) préexistants [26,27].

Par ailleurs, suite aux images de guerre en Ukraine (bombardements et exode), on a vu resurgir chez des personnes âgées un stress post-traumatique en lien avec leur vécu de la seconde guerre mondiale lorsqu'ils étaient encore enfants ou adolescents.

### Anxiété et comorbidités

La grande fréquence des intrications somatiques et psychiatriques avec l'âge complexifie l'analyse des symptômes observés. Par exemple, un resserrement ressenti dans la poitrine est-il d'ordre psychique ou en lien avec l'angor du patient ?

Il convient d'être particulièrement vigilant dans ces cas pour ne pas passer à côté d'une décompensation somatique (ex : dysthyroïdie, hypoglycémie, insuffisance cardiaque ou coronaire, troubles du rythme

paroxystiques, bronchopneumopathie chronique obstructive (BPCO), embolie pulmonaire, prise ou sevrage de médicaments, effet de la prise de toxique comme l'alcool...) tout en ne banalisant pas la présence d'une souffrance psychique.

Un autre type de comorbidité est également fréquent chez la personne âgée. Il s'agit de l'association, en cas de dépression, de symptômes anxieux. La prise en charge est bien sûr différente, par rapport à un trouble anxieux isolé. Une mauvaise réponse thérapeutique d'une anxiété doit faire rechercher cette association. Enfin, une vigilance particulière sera à porter en cas d'apparition ou d'accentuation tardive de troubles anxieux. En effet, cette symptomatologie peut être en lien avec un trouble neurocognitif sous-jacent qu'il conviendra de dépister. La perte de contrôle de son environnement (en lien avec les oublis, les pertes de repère, la désorientation temporo-spatiale...) explique cette symptomatologie anxieuse tardive [26,27].

### Spécificités thérapeutiques

Comme à tout âge, les psychothérapies sont à mettre au premier plan. Il peut s'agir de psychothérapie simple de soutien, mais aussi de thérapeutiques plus structurées comme les thérapies cognitivo-comportementales (TCC).

Par ailleurs, comme toujours chez la personne âgée, il conviendra de chercher à ne pas nuire si un traitement psychotrope devait être instauré. Les benzodiazépines (BZD) seront à utiliser avec précaution aussi bien sur leur posologie que sur leur durée d'utilisation. Leur indication restera la situation de crise. Il conviendra d'utiliser des posologies faibles et des molécules BZD à demi-vie courte, tout en étant vigilant sur leur risque iatrogénique notamment sur le plan moteur et cognitif. Les antidépresseurs avec action sérotoninergique seront utilisables en cas de troubles anxieux chroniques et invalidants en compléments de la psychothérapie [28].

Enfin, dans le cas spécifique d'un syndrome post-chute, les conséquences d'une chute avec immobilisation prolongée au sol sont importantes sur le plan psychique. Il existe alors une perte d'autonomie rapide et une anxiété marquée lors d'essai de verticalisation ou de marche. La prise en charge devra privilégier la rééducation motrice plutôt que l'utilisation de psychotropes.

En conclusion, comme fréquemment en psychiatrie de la personne âgée, un regard croisé somatique et psychiatrique sur ces troubles anxieux sera particulièrement utile.

## La dépression

La dépression est à distinguer du vieillissement normal ; si l'on peut avoir des raisons « *d'être triste* », il n'est pas « *normal* » d'être déprimé après 65 ans ! Banaliser les affects dépressifs chez la personne âgée relève de l'âgisme, c'est-à-dire de préjugés liés à l'âge qui peuvent contribuer à modifier le regard clinique y compris chez les soignants, mais aussi favoriser un vécu dépréciatif chez les individus vieillissants. Ainsi, la dépression est souvent négligée, méconnue ou mal traitée, alors qu'elle est responsable d'une diminution de la qualité de vie notamment par décompensation des autres comorbidités, par l'accélération de l'entrée dans la dépendance et parce qu'elle favorise l'institutionnalisation plus précoce. Comme à tout âge, elle participe aussi à une surmortalité notamment consécutive à un risque suicidaire élevé, puisqu'il s'agit du premier facteur de risque de suicide abouti dans cette tranche d'âge.

<sup>13</sup> Psychiatre, secteur 59G15 (Wattrelos-Leers) - EPSM agglomération lilloise - [eric.diers@ghtpsy-npdc.fr](mailto:eric.diers@ghtpsy-npdc.fr)  
Réfèrent filière psychiatrie de la personne âgée et consultation mémoire gériatrique - CHU de Lille - [jean.roche@chu-lille.fr](mailto:jean.roche@chu-lille.fr)  
Psychiatre, pôle de psychiatrie - centre hospitalier de Valenciennes - [playe-m@ch-valenciennes.fr](mailto:playe-m@ch-valenciennes.fr)  
Psychiatre, chef de pôle de psychiatrie - EPSM des Flandres - 03.28.24.40.62 - [jean-paul.durand@ghtpsy-npdc.fr](mailto:jean-paul.durand@ghtpsy-npdc.fr)

## Épidémiologie

La prévalence de la dépression en population générale est difficile à estimer et il est considéré que plus de la moitié des dépressions ne seraient pas diagnostiquées chez la personne âgée. Néanmoins on considère qu'il y aurait 5 à 9% d'épisodes dépressifs caractérisés chez les plus de 65 ans selon les différentes études. Les dépressions mineures, quant à elles, seraient plutôt plus fréquentes dans la population âgée que dans la population générale. Ces prévalences vont varier selon les modalités de leur mesure (déclarative, tests de dépistage, entretien psychiatrique...), la durée de la période d'évaluation (ponctuelle, mensuelle, annuelle, vie entière...) ou le lieu où elle est recherchée (domicile, hospitalisation, Ehpad...). Les chiffres retrouvés sont alors très variés, pouvant atteindre 10% en médecine de ville et jusqu'à 30% en institution [29].

Ce qui est cependant plus important que les pourcentages, c'est la sensibilisation des soignants au repérage de ces dépressions et la connaissance de leurs spécificités cliniques.

## Vulnérabilité du sujet âgé

Le vieillissement est une période de la vie où l'homéostasie est bouleversée et où le sujet sollicite particulièrement ses capacités d'adaptation. Un vieillissement réussi est un vieillissement où les capacités de réinvestissement sont mobilisables et efficaces. On comprend dès à présent que la vulnérabilité individuelle est alors corrélée à un certain nombre de facteurs.

Ces principaux facteurs sont :

- **Psychiques** : *capacité d'adaptation aux « pertes » au sens large* : transformations de l'apparence physique et impact sur le narcissisme du sujet (image et estime de soi), modifications des performances intellectuelles, regard sociétal sur les plus âgés, départ à la retraite, le départ des enfants, les deuils, l'isolement social, l'entrée en institution... (l'importance du sentiment de pouvoir compter pour quelqu'un et sur quelqu'un est important) ;
- **Biologiques et somatiques** : déplétion de systèmes monoaminergiques cérébraux, modifications hormonales, pathologies neurodégénératives, intrications avec les facteurs de risque cérébrovasculaires, comorbidités somatiques et perte d'autonomie.

## Facteurs de risque

Il existe une vulnérabilité accrue chez la personne âgée en cas de pertes sociale et affective, stress psychosociaux (veuvage, solitude, isolement, conflits interpersonnels, perte des liens et des rôles sociaux, entrée en institution), ou si elle a un âge avancé (plus de 90 ans). La dépendance physique, les comorbidités somatiques, les déficits sensoriels, un bas niveau d'éducation et un niveau socio-économique faible majorent le risque dépressif. Les femmes sont également plus exposées à ce risque.

D'un point de vue épidémiologique, sont également retrouvés en principaux facteurs de risque de troubles dépressifs chez la personne âgée le deuil récent (OR<sup>14</sup> = 3,3), les troubles du sommeil (OR = 2,6), l'incapacité (OR = 2,5), les antécédents de dépression (OR = 2,3) et le sexe féminin (OR = 1,4).

<sup>14</sup> L'odds ratio (OR) exprime un rapport de probabilités entre un groupe présentant une caractéristique (ici, avoir connu un deuil récent) et un chez qui elle est absente. Une valeur de 3,3 exprime un risque multiplié par 3,3.

Certains médicaments comme les corticoïdes, la clonidine, la L-dopa, ou les neuroleptiques, les traitements hormonaux ainsi que la polymédication peuvent l'induire. Certaines pathologies sont également associées à un risque dépressif accru : la douleur chronique, la maladie de Parkinson, les pathologies cérébrovasculaires et les néoplasies...

## Sémiologies

La sémiologie spécifique de la dépression de la personne âgée nécessite de s'éloigner de la nosographie classique et notamment du DSM 5<sup>15</sup>. La temporalité des troubles (évolution rapide) est essentielle ainsi que l'impact sur le fonctionnement habituel du sujet, elle nécessite donc une analyse de l'histoire d'apparition des troubles rigoureuse.

Les formes mineures, si elles ne sont pas repérées et prises en charge, évoluent vers des formes plus sévères, plus difficiles à traiter et avec des conséquences somatiques et comorbides non négligeables dans cette tranche d'âge.

Certains symptômes dépressifs pouvant être repérés sont indépendants de l'âge ; il s'agit de la tristesse de l'humeur, l'anhédonie, la diminution de l'estime de soi, le désespoir, le pessimisme, la perte d'anticipation, le ralentissement psychomoteur et les troubles des conduites instinctuelles (anorexie, amaigrissement, troubles du sommeil).

Néanmoins, certains symptômes sont plus fréquemment retrouvés chez la personne âgée : l'expression diminuée de la tristesse de l'humeur (émoussement affectif voire indifférence affective), les symptômes comportementaux en lien avec une sthénicité (instabilité, agressivité, colère, hostilité) ; des somatisations fréquentes voire une hypocondrie et/ou une nosophobie (tout syndrome douloureux chronique chez un sujet âgé doit faire rechercher une dépression) ; des symptômes cognitifs marqués (troubles mnésiques allégués, plainte cognitive, voire un tableau confusionnel) ; des formes régressives avec repli sur soi, perte d'autonomie et isolement.

À l'inverse, il existe des formes cliniques particulièrement observées chez la personne âgée :

### Formes cliniques spécifiques de la dépression chez le sujet âgé

Les formes peuvent être **anxieuses** (on retrouve 15 fois plus d'anxiété chez les sujets âgés dépressifs que chez les non dépressifs) ; anxiété psychique avec agitation fébrile ou, au contraire, inhibition ; insomnie ; dépendance excessive vis à vis de l'entourage. Les tableaux cliniques peuvent prendre l'aspect d'un pseudo-syndrome confusionnel en cas d'anxiété majeure masquant par ailleurs le ralentissement psychomoteur.

Chez le sujet âgé, la dépression présente des **formes hypochondriaques fréquentes** (jusqu'à 60% des cas) ; il s'agit de douleurs, de plaintes cardiovasculaires, respiratoires ou digestives, de troubles des conduites instinctuelles marqués. Ces formes sont marquées par la pauvreté affective associée aux troubles, l'évolution délirante est fréquente ainsi que les répercussions somatiques (restriction alimentaire, iatrogénie, etc).

**Les formes délirantes** augmentent avec l'avancée en âge, c'est d'ailleurs chez les plus de 65 ans que l'on retrouve les deux tiers des épisodes dépressifs majeurs avec composante délirante. Les thématiques des délires sont mélancoliques : idées d'incurabilité, d'indignité, de ruine, à des degrés divers. Un syndrome

<sup>15</sup> Le Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders ou Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux

de persécution est fréquemment associé, ainsi que des phénomènes hallucinatoires. Un syndrome de Cotard (damnation, négation d'organe et immortalité) ou un délire de sosie y sont parfois associés. Ces formes sont à rechercher à l'interrogatoire car pas toujours accessibles du fait de la réticence du sujet. Elles constituent un critère de gravité avec un risque sur la morbi-mortalité non négligeable. Enfin, l'association à un syndrome catatonique est également possible et à rechercher.

En cas de dépression d'intensité modérée avec troubles délirants présents, il conviendra de ne pas oublier la coexistence possible avec un trouble neurocognitif débutant.

Autres formes rencontrées, l'**hostilité** (troubles caractériels récents, irritabilité, agressivité, refus, opposition) ou enfin des **formes démentielles** : désorientation temporo-spatiale (DTS), troubles de la mémoire et de la concentration, troubles du comportement (une association dépression – démence est présente dans 20 à 50% des cas) [13].

### Dépression et suicide

Il faut rappeler le risque de mortalité par suicide majoré avec l'âge (scénarios utilisant de façon plus fréquente des modes de suicides violents) et que la dépression est le premier facteur de risque de suicide abouti chez les plus de 65 ans [30].

### Dépression et comorbidités

L'évaluation des conséquences des comorbidités du sujet âgé est un des principaux facteurs de prise en charge important pour l'amélioration clinique chez les plus âgés. Il est donc essentiel d'évaluer chez la personne âgée déprimée les comorbidités et le risque de décompensation gériatrique : évaluation de l'autonomie et lutte contre la perte de celle-ci, évaluation de l'état nutritionnel et de l'état métabolique, évaluation et suivi des fonctions cognitives.

Sur ce dernier point, le dépistage des troubles cognitifs (MMS ou Moca) en période d'altération thymique est faussé mais le suivi de l'évolution cognitive des sujets est justifié, de même que la réalisation d'imagerie complémentaire (IRM cérébrale). En effet, l'intrication entre les décompensations thymiques tardives et les pathologies neurovasculaires notamment n'est plus à démontrer, et nécessite le cas échéant la prise en compte de la prévention du risque (traitement de l'hypertension, recherche de séquelles ischémiques, etc..). De même, les intrications avec de pathologies neurodégénératives sont également possibles ;

### Outils de dépistage

#### Échelles gériatriques de la dépression

- Geriatric depression scale (GDS), échelle d'auto-évaluation de référence à 30 items.  
<https://ressources-aura.fr/wp-content/uploads/2017/04/GDS-30-items.pdf>
- GDS 4, basée sur la réponse à 4 questions, pour le dépistage.  
<https://ressources-aura.fr/wp-content/uploads/2017/04/Mini-GDS-ou-GDS-4-items.pdf>

#### Pour le dépistage de troubles neurocognitifs

- Le Mini-Mental State Examination (MMSE)  
<http://www.sgca.fr/outils/mms.pdf>
- Le Montreal cognitive assessment (Moca)  
<https://cnfs.ca/agees/tests/mesurer-l-etat-cognitif/montreal-cognitive-assessment-moca>

En contre point de l'image que la société se fait de la vieillesse et de nos aînés, les conduites addictives de ces derniers demeurent une réalité, même si elles semblent moins fréquentes qu'à d'autres âges de la vie. Cependant le manque d'études dans ce domaine oblige à la plus grande prudence. Les troubles de l'usage de l'alcool, des benzodiazépines et du tabac figurent parmi les substances psycho-actives les plus consommées entre 60 et 75 ans.

### Les conduites d'alcoolisation

Il s'agit de l'addiction la plus fréquente chez le sujet âgé. Elle est très probablement sous-estimée tant dans son importance que dans ses conséquences. Ainsi, on estime que 20% des sujets alcoolo-dépendants anciens décèdent avant la retraite.

### Épidémiologie

La grande fragilité de cette population amène le clinicien à ne pas se limiter aux mésusages de l'alcool pour s'intéresser aux risques liés à la consommation dans son ensemble.

Sujet tabou, qui oscille entre banalisation et négligence ; seuls 25% des sujets en difficulté avec ce produit seraient suivis.

Ainsi, avec l'avance en âge, on relève dans la littérature, par rapport aux jeunes [31] :

- une augmentation de la part des non-consommateurs : 40% chez les plus de 65 ans (2) 10% chez les plus jeunes ;
- une diminution des quantités consommées ;
- une augmentation du nombre de consommateurs quotidien.

On distingue par ailleurs :

- le mésusage d'alcool « ancien », c'est à dire ayant débuté avant 60 ans, qui représenterait les deux tiers des cas, son évolution étant variable par la suite :
  - certains vont diminuer leur consommation (pouvant cependant rester trop importante par rapport la « tolérance » du corps à cet âge),
  - pendant que d'autres vont la maintenir voire l'augmenter ;
- le mésusage à début tardif, ayant débuté après 60 ans, où prévalent les facteurs de risques tels que l'isolement, les séparations et le fait d'être un homme. Les événements de vie porteurs de pertes et de profonds changements confèrent un caractère réactionnel à ces excès que l'on retrouve souvent au domicile. Quoiqu'il en soit la prévalence des troubles liés à l'usage de l'alcool oscillerait entre 2 et 10% des personnes âgées selon les études.

### Diagnostic

Il est rendu particulièrement difficile du fait des conditions de cette consommation et de signes cliniques plus frustrés. Il y a aussi fréquemment une banalisation de cette consommation par le patient ou des

proches mais aussi par les soignants. Les consommations sont de plus souvent solitaires et matinales, réalisées fréquemment à domicile.

Le repérage peut s'opérer à l'occasion de diverses situations :

- syndromes et tableaux gériatriques comme : déclin cognitif, confusion mentale, épilepsie tardive, chutes, malnutrition, signes atypiques de pathologies somatiques diverses ;
- situations du registre « *psychosocial* » : négligence, isolement, anxiété, insomnie, inquiétudes de l'entourage, etc ;
- états dépressifs caractérisés, conduites suicidaires, irritabilité, etc.

## Recherche de complications

Le bilan tiendra compte de la particulière fragilité somatique de ces patients, qui cumulent une moindre tolérance physiologique à l'alcool, de fréquentes polyopathologies et polymédications.

On retiendra notamment :

- le bilan cardiologique à la recherche d'une hypertension artérielle (HTA) et d'un trouble du rythme ;
- l'exploration de la sphère digestive et ORL à la recherche d'un cancer ;
- un bilan nutritionnel (risque de malabsorption) et métabolique à la recherche d'un diabète et / ou d'une dyslipidémie ;
- sur le plan neurologique, une évaluation cognitive et de recherche de signes de confusion ;
- sur le plan psychiatrique, on recherchera un syndrome anxieux et surtout une dépression. Le risque suicidaire chez les consommateurs d'alcool est 10 fois plus élevé après 65 ans que chez les non-consommateurs [31].

Un repérage est donc primordial.

## Conséquences des consommations d'alcool sur le vieillissement cérébral

L'alcool est un facteur de risque de développer des troubles neurocognitifs précoces ou plus tardifs. Une étude de l'Inserm de 2018 [32] retrouve que la consommation excessive d'alcool est associée à un doublement du risque de développer une maladie d'Alzheimer en plus de ce que l'on connaissait déjà sur les troubles cognitifs précoces (l'alcool est impliqué dans 50% des cas de troubles cognitifs survenant avant 65 ans).

La toxicité neuronale de l'alcool est directe, en lien avec des altérations de la neurotransmission. On retrouve également des troubles électrolytiques ainsi qu'une diminution du volume cérébral. On observe des lésions cérébro-vasculaires ainsi qu'une diminution des réserves cognitives. De plus, comme chez les plus jeunes on relève l'action indirecte des carences en vitamines B et PP. Enfin, l'alcool entraîne des dommages cérébraux source d'épilepsie, de chutes avec traumatismes crâniens, et favorise le développement d'HTA, d'accident vasculaire cérébral (AVC) hémorragique, d'arythmie atriale...

## Prise en charge

Le sevrage : en cas de dépendance ou si des facteurs de risques sont repérés il conviendra d'hospitaliser le patient. Cela permettra d'évaluer les conséquences tout en cultivant une alliance thérapeutique.

Le recours aux benzodiazépines de demi-vie courte ou intermédiaires (oxazépam, lorazépam) se fera avec

des doses initiales réduites de 30 à 50 % par rapport aux adultes plus jeunes. On veillera à l'hydratation ainsi qu'à la vitaminothérapie B1, B6 et PP.

Concernant l'aide au maintien de l'abstinence ou à une baisse de la consommation, les molécules utilisées chez les plus jeunes (naltrexone, acamprosate, nalméfène et baclofène) n'ont pas fait l'objet de suffisamment d'études pour en préciser les indications [33].

L'accompagnement non médicamenteux est essentiel à tous les stades de la consommation. On retiendra la psychothérapie de soutien et l'approche motivationnelle, fondée comme chez les plus jeunes sur l'écoute, la reformulation et l'empathie.

Les réponses aux diverses approches psychothérapeutiques étant a priori aussi bonnes que chez les adultes plus jeunes, on proposera les thérapies cognitivo-comportementales, les thérapies à médiation corporelle et les approches groupales.

## Addictions aux médicaments de la personne âgée

Selon le P<sup>f</sup> Legrain, avec moins de 20% de la population, les sujets de plus de 65 ans consomment environ 40% des médicaments prescrits en ville [34].

Un rapport de l'ANSM (2017) faisait un état des lieux de la consommation des benzodiazépines en France, et établissait que la prévalence d'utilisation (sur l'année 2015) des benzodiazépines anxiolytiques ou hypnotiques était plus élevée chez les femmes (16,6 %) que chez les hommes (9,7 %) quel que soit l'âge. Cette prévalence augmentait avec l'âge et était maximale chez les femmes âgées de 80 ans et plus (38,3 %). Or, au même titre que les opioïdes, les benzodiazépines sont à risque de mésusage. On estime que 36% des sujets âgés en consomment plus de 30 jours et que près de 20% plus de 135 jours [33].

Cependant, les benzodiazépines étant consommées dans le contexte d'une prescription médicale, s'il peut y avoir dépendance, il n'y a pas le plus souvent de recherche active même si elle est possible. En cela plutôt que de parler d'addiction, il convient de parler « *d'usage chronique avec dépendance* ». La dépendance apparaît dès 3 à 4 semaines de traitement continu. Un arrêt du traitement doit être prévu et négocié avec le patient dès l'instauration du traitement.

Les risques d'effets indésirables sont à cet âge multiples :

- chutes par effet myorelaxant et baisse de vigilance,
- sédation,
- accentuation de troubles cognitifs préexistant source d'épisodes de confusion mentale,
- déstructuration du sommeil paradoxal et du sommeil profond, source d'asthénie,
- incontinence urinaire, etc.

## Psychopathologie des conduites addictives

Le modèle de la vulnérabilité apparaît à ce jour celui qui permet le mieux d'intégrer l'approche bio-psycho-sociale des conduites addictives chez les aînés.

La vieillesse comporte son lot de pertes dans différents champs de l'existence :

- transformations corporelles ;
- modification et/ou relâchement des liens sociaux ;
- pertes et séparations rapprochées d'objets au sens psycho-affectif du terme ;

- l'ensemble pouvant être à l'origine de travaux de deuil plus ou moins faciles à réaliser en fonction du niveau d'autonomie ou de dépendance du sujet âgé.

Dans ce contexte, les comportements addictifs peuvent prendre valeur de tentative de soulagement de la douleur, tant dans sa dimension corporelle que psychique. De même, une forme de recherche d'illusion de la toute-puissance infantile peut conduire à vouloir compenser les pertes si fréquentes à cet âge avancé de la vie. Enfin, le sentiment d'insécurité qui peut résulter de l'isolement social, peut être à l'origine d'une relation de dépendance à des substances psychoactives.

Le thérapeute doit cependant rester positif sur les possibilités de prise en charge de ces addictions et savoir créer une alliance ainsi qu'une offre de soins adaptée à la situation et aux particularités du sujet âgé.

## Références bibliographiques

[26] Roche J, Lepetit A, Playe M, Thomas P. Pathologie anxieuse. Psychiatrie de la personne âgée. Lavoisier, Cachan: 2019, p. 201-11.

[27] HAS. Plainte anxieuse chez un sujet âgé. Paris : 2014.

[28] Markota M, Rummans TA, Bostwick JM, Lapid MI. Benzodiazepine Use in Older Adults: Dangers, Management, and Alternative Therapies. *Mayo Clin Proc* 2016 ; 91 : 1632-9. <https://doi.org/10.1016/j.mayocp.2016.07.024>.

[29] Schuster J-P, Manetti A, Aeschmann M, Limosin F. Troubles psychiatriques du sujet âgé : données épidémiologiques et morbi mortalité associée. *Geriatr Psychol Neuropsychiatr Vieil* 2013 ; 11 : 181-5.

[30] Roche J. Analyse de la littérature médicale française et internationale sur la dépression et le suicide des personnes âgées. *Anesm* ; 2014.

[31] Menecier P, Sagne A. Alcool et crise suicidaire du sujet âgé. *NPG Neurologie - Psychiatrie - Gériatrie* 2020 ; 20 : 369-73. <https://doi.org/10.1016/j.npg.2020.05.003>.

[32] Schwarzing M, Pollock BG, Hasan OSM, Dufouil C, Rehm J, Baillot S, et al. Contribution of alcohol use disorders to the burden of dementia in France 2008-13 : a nationwide retrospective cohort study. *The Lancet Public Health* 2018 ; 3 : e124-32. [https://doi.org/10.1016/S2468-2667\(18\)30022-7](https://doi.org/10.1016/S2468-2667(18)30022-7).

[33] Giustiniani J, Lévêque E, Vandel P. Conduite addictive du sujet âgé. *EM-Consulte* 2018 ; 37-530.

[34] Legrain S. Consommation médicamenteuse chez le sujet âgé. *Consommation, rescription, latrogénie et bservance* 2005.

## Histoire de vie et symptôme

D<sup>r</sup> Georges Jovelet<sup>16</sup>

***Contrairement aux idées reçues, la pratique psychiatrique avec les sujets âgés montre combien le symptôme, les conduites, les troubles du comportement peuvent être isolés du contexte dans lequel ils se manifestent, et dissociés de la subjectivité du patient et de son passé. Relier l'expression symptomatique au singulier de sa trajectoire de vie, de ses coordonnées symboliques, de ce qui l'a animé dans l'existence est essentiel à une démarche clinique éclairée, porteuse de sens. Explorer l'articulation entre histoire de vie, l'histoire de la maladie et le symptôme conduit à en définir au préalable les termes et à analyser les conditions de leur recueil avant d'en décrire les liens.***

Le syntagme histoire de vie ouvre à des occurrences qui sont tributaires du patient lui-même, de son dire mais aussi de l'interlocuteur et de la nature de l'entretien, aussi peu directif que possible, ou de l'examen. Le recueil procède d'un dispositif mettant en jeu un sujet désigné comme patient / soignant, et l'adresse à un autre d'une expérience intime : le récit plus ou moins détaillé de sa vie. Cette situation instaure une relation transférentielle où la dimension de surprise ou de pouvoir peut être présente comme une injonction à se raconter, si l'on ne prend pas en compte les résistances et les difficultés d'expression du sujet âgé. Le projet peut s'en tenir au rappel d'événements marquants (statut social, marital, repères biographiques, affiliation) et à cibler à titre informatif les éléments objectifs qui ont accompagné la trajectoire d'un sujet. Le récit de vie peut laisser place à des éléments plus subjectifs autour du ressenti, de l'éprouvé impliquant le sujet en tant qu'acteur ayant construit sa vie, pour cerner ce qu'il en est de son désir, de ses engagements, de ses convictions et de ses réalisations. Il s'agit dès lors de concevoir le rapport du sujet à lui-même, à son corps, à sa relation aux objets, aux autres et d'approcher sa réalité psychique. Quelle est sa façon d'être, de penser le monde, le sens qu'il donne à son existence au passé, au présent, au futur. Ces deux versions de l'histoire de vie ne s'opposent pas ; elles se complètent et peuvent évoluer au fil du temps et des entretiens entre le patient et le thérapeute. Les conditions varient selon que le psychiatre, le psychologue rencontre le patient dans le contexte parfois unique ou limité d'une consultation-liaison ou dans un cadre psychothérapeutique qui permet de prendre son temps, d'affiner la recherche de liens et d'une intelligibilité des symptômes. Des éléments complémentaires précieux peuvent être recueillis auprès du patient lors des entretiens infirmiers, des contacts, avec les aides-soignants. La possibilité de dire est donc variable selon les lieux, les membres de l'équipe, le contexte formalisé ou pas ; elle participe de l'humanisation de la relation thérapeutique et de la prise en compte de la souffrance de l'autre. Cette énonciation est à la jonction intime de la clinique et de la vie.

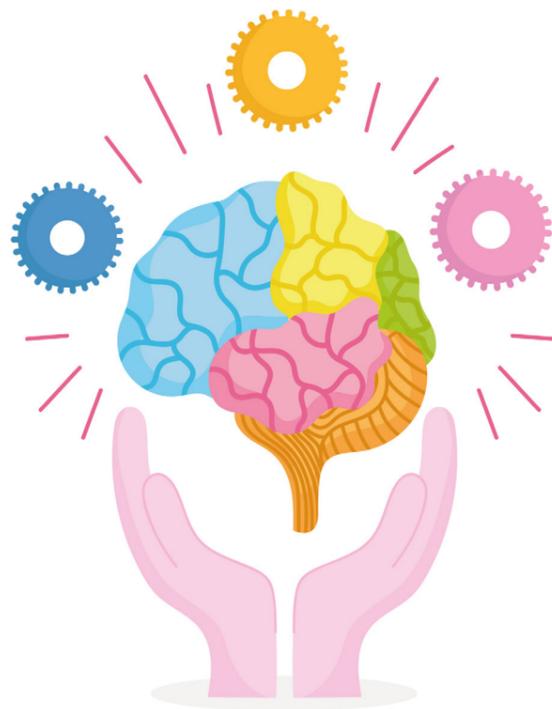
## Quel est le contenu de ces récits de parcours de vie ?

Il est par essence singulier. L'entretien, faute de temps, peut se cantonner au rappel de faits récents ou se limiter à de grands événements de vie. Dans des conditions plus propices, le thérapeute explore le climat

<sup>16</sup> Psychiatre honoraire des hôpitaux, ancien chef de pôle - Laon - [georges.jovelet@wanadoo.fr](mailto:georges.jovelet@wanadoo.fr)

affectif dans lequel se sont déroulés l'enfance, la séparation, le placement, le déplacement, moments qui sont importants pour la structuration future et pour la sécurité affective de l'adulte. L'existence de traumatismes précoces ou plus tardifs liés à des faits de guerres méconnus (en particulier « en Algérie »), à des deuils, des séparations, des conflits actuels ou au passé, des ruptures a pu laisser une empreinte durable du registre d'une vulnérabilité psychique. À l'opposé, certaines rencontres ont eu un effet bénéfique dans l'orientation de la vie. À côté des grands repères (mariage, éventuel divorce, naissances d'enfants, de petits-enfants, et le type de relation nouée avec eux), la place du travail, les conséquences de la retraite, les investissements autres -dont associatifs ou artistiques- sont utiles pour saisir le fonctionnement psychique d'un sujet âgé, sa personnalité. De quelle nature est son rapport à soi-même, à la conscience ou à la dépossession de soi, à son narcissisme blessé, à son corps altéré ? Quel est son rapport aux objets, en particulier d'amour, et aux autres du vivre ensemble ? Quelle est sa capacité à être seul, en particulier en cas de veuvage, ou à être entouré, sa potentialité adaptative à une nouvelle situation ou à un nouvel environnement ? Cerner la tonalité thymique permet de repérer une position négative, pessimiste de toujours, ou plutôt optimiste, joviale. À ces éléments concernant l'identité subjective se conjugue l'évaluation de l'impact de la maladie physique, psychique ou des maladies, puisque plus le sujet avance en âge plus il est polyopathologique. Les affections somatiques vulnérabilisent le sujet âgé en mobilisant le sentiment d'insécurité, les peurs, l'angoisse de mort. L'identification consciente ou inconsciente avec un proche décédé de la même affection fragilise le sujet et favorise la mise en place de défenses hypocondriaques ou caractérielles. Ce récit de soi permet au thérapeute d'éclairer l'émergence de symptômes, de donner sens à une décompensation psychique ou psychiatrique. Ce recueil de la parole se fait dans le respect de l'intimité de la personne et du secret professionnel.

**Le symptôme** : il y a plusieurs façons d'envisager le symptôme. Dans une clinique médicale classique, le symptôme signe la nature pathologique d'une manifestation ressentie, exprimée par des mots ou par un comportement. C'est un trouble, un dysfonctionnement par rapport à la norme, intégré dans un ensemble, un syndrome anxio-dépressif, confusionnel, délirant, addictif, démentiel (par déficit neurocognitif majeur) qui amène à la notion de maladie. C'est une alerte souvent accompagnée de souffrance, d'inquiétude et d'empêchement pour le sujet, ses proches. Dans la clinique phénoménologique le symptôme est rattaché à un ressenti, au perçu, à l'éprouvé. Le symptôme dans la conception psychanalytique a ses racines dans l'inconscient. Il a un sens singulier pour chaque sujet éclairant l'existence d'angoisses, de phobies ou d'obsessions, d'un épisode dépressif mais aussi la construction délirante.



Ces variantes dépendent du sujet, qui sur un mode opératoire peut s'en tenir à l'énoncé de seuls faits, témoignant d'une pensée concrète, mais aussi aux conditions de la rencontre. La nature du recueil est également déterminée par l'orientation du psychiatre et des théories et des références cliniques sous-jacentes oscillant entre les neurosciences -pour qui le symptôme est avant tout un signe au sens médical du terme- et les sciences humaines intégrant le symptôme dans une psychopathologie qui met en avant la parole, le discours du patient et sa plainte. Chez le sujet âgé, l'approche psychopathologique et l'approche neuro-pathologique sont à conjuguer plus qu'à opposer du fait de l'intrication de la clinique et d'une symptomatologie masquée où le corps parle.

Il y a différentes modalités de se raconter et les vécus affectifs et émotionnels sont à différencier. Certains patients s'expriment avec plaisir, répondant au besoin de témoigner de ce qui leur arrive, d'être acteur de leur histoire, place décalée du statut de malade ou de résident. D'autres accompagnent leurs propos de plaintes psychiques, somatiques, de ressentiments, de regrets, de culpabilités, fréquemment rencontrés chez le sujet âgé. Ailleurs, l'entretien peut révéler de la réticence, voire de la méfiance à se livrer, de la pudeur ou un sentiment d'intrusion de l'autre, touchant le quant-à-soi. Il convient d'aborder ces éléments mobilisant des souvenirs parfois sensibles, douloureux, ou source d'angoisse, avec tact, prudence et retenue.

L'histoire de vie telle qu'elle est restituée par le patient, qui peut mettre en avant sa trajectoire sociale, son corps et l'histoire médicale, peut être complétée, contredite, ou perçue différemment par ses proches : à chacun son ressenti, sa réalité, sa vérité. En cas de troubles cognitifs, lorsque le sujet âgé n'a plus un accès fiable à sa propre histoire, ou seulement par bribes, le témoignage des proches est essentiel pour recueillir ou préciser les éléments anamnestiques et le mode d'installation des manifestations pathologiques.

## Quel lien entre histoire de vie et symptôme ?

Articuler histoire de vie et symptôme c'est faire l'hypothèse qu'il y a entre ces termes un lien de contiguïté, voire de causalité, et tenter d'en éclairer la nature. Cette liaison étio-pathogénique peut guider la conduite thérapeutique.

- Le récit de la trajectoire de vie, surtout chez un sujet âgé, peut faire symptôme d'un manque de cohérence du récit. Le mode d'expression et le contenu de la narration sont à même, avec la présentation, de recéler d'emblée des éléments de la séméiologie psychiatrique. Le contact, la tonalité joviale ou dépréciative des propos, la réticence prolix ou semi-mutique, l'existence de troubles de la mémoire sont des indicateurs cliniques. Faire la synthèse de sa trajectoire de vie peut révéler une difficulté d'abstraction, de raisonnement, de logique, comporter des éléments de fabulation, de confusion, ou être infiltrée d'idées délirantes.

- Histoire de vie et symptôme peuvent être intimement mêlés. Dans la clinique classique, structuraliste, isolant névrose, psychose et perversion, il existe une continuité entre la personnalité et le symptôme névrotique, le scénario pervers où l'expression délirante qui selon E. Kretschmer peuvent se combiner comme clé et serrure [35].

- Dans d'autres cas, cette mise en perspective éclaire des éléments réactionnels ou relationnels. Les effets d'un deuil, d'une séparation, d'un stress post-traumatique, la représentation dramatisée d'une affection médicale sont des exemples. D'autres sont à explorer comme les antécédents dépressifs et l'existence de tentatives de suicide, de suicide d'un proche, la proximité d'une date anniversaire [36] ayant une charge affective, l'accès à l'âge de décès d'un parent, une collusion entre présent et passé comme par exemple l'entrée en Ehpad et en pensionnat ou dans la collectivité militaire. Certains événements en apparence minimes ont un impact émotionnel fort chez un sujet âgé à même de provoquer une décompensation : la perte d'un animal de compagnie, le départ de voisins, le remplacement de l'aide à domicile...

Si les symptômes anxio-dépressifs, une situation de crise, le thème des idées délirantes en particulier dans les délires adaptatifs peuvent faire emprunt à l'histoire de vie, le lien est plus complexe dans les maladies neurodégénératives. Certains troubles psycho-comportementaux comme les stéréotypies gestuelles ou verbales ou les thèmes délirants sont éclairés par la profession ou les investissements antérieurs du patient, comme chez cet agriculteur qui exige de sortir de l'Ehpad pour s'occuper de ses bêtes, ou chez cette ancienne « femme au foyer » agitée car elle veut, sans délai, aller chercher ses enfants à la sortie de l'école. Dans une conception psychogénétique des maladies neurodégénératives [37], l'existence de « stress traumatiques répétés ou prolongés », « d'événements de vie dépressogènes » peuvent donner un sens à la survenue d'une telle affection. Enfin, dans nombre de cas, les liens, s'ils existent, restent opaques au patient et au thérapeute, rendant illusoire le projet de tout comprendre de la pathologie.

La déclinaison des liens entre histoire de vie, approche biographique et manifestations symptomatiques chez le sujet âgé, n'est pas ici épuisée. Mais les exemples choisis montrent l'importance d'une écoute attentive et orientée pour en saisir toutes les finesses.

### Références bibliographiques

[35] Kretschmer E, Horinson S, Duché D-J. Paranoïa et sensibilité : Contribution au problème de la paranoïa et à la théorie psychiatrique du caractère. Paris: Presses Universitaires de France ; 1963.

[36] Maisondieu J. Décompensations anniversaires. Décompensations prédictions. Annales Médico-Psychologiques 1979 ; 137 : 454-9.

[37] Charles E, Bouby-Serieys V, Thomas P, Clément J-P. Relation entre événements de vie, traumatismes et démence. Etude ouverte portant sur 565 patients déments. L'Encéphale 2006 ; 32 : 746-52.

## Errance et dépression : le parcours de soins initial d'un patient âgé mélancolique

D<sup>r</sup> Marie Playe<sup>17</sup>

***Si la dépression majeure est régulièrement citée comme une des pathologies au cœur des préoccupations en santé mentale du sujet âgé, elle reste sous-estimée et diagnostiquée – trop – tardivement, alors que ses conséquences sur la qualité de vie et la morbi-mortalité des individus est majeure [29]. L'une des explications à ces retards de prise en charge, est sans doute celle liée à la présentation clinique souvent éloignée de celle classiquement décrite dans la nosographie contemporaine [38]. Les formes délirantes sont plus fréquentes, les présentations « inaffectives » également et les intrications avec des troubles cognitifs, déroutantes.***



L'histoire de Lucie racontée ci-après, est puisée parmi nombre d'expériences cliniques qui amènent toutes à réfléchir sur l'errance diagnostique initiale concernant les patients âgés mélancoliques, sur le retard de prise en charge qui en découle, à s'interroger quant aux modes d'entrée dans les soins en santé mentale pour les plus âgés et à la place de l'expertise clinique psychiatrique « au lit du malade », en dehors des lieux de soins psychiatriques conventionnels et en collaboration avec les autres disciplines médicales.

### L'histoire de Lucie

*Lucie a 75 ans. Elle appelle ses enfants « à l'aide » un jour, disant perdre ses fonctions intellectuelles. Ceux-ci entretiennent des relations distancées avec elle tant le passé a été riche de conflits, et lorsqu'ils la revoient, Lucie est l'ombre d'elle-même. Elle a maigri, ne peut plus gérer le quotidien, s'angoisse de tout et de rien. En quelques mois, elle devient dépendante, négligée, elle qui était si coquette, ne mange plus rien et ne supporte plus d'être seule.*

*Ses propos étant de plus en plus incohérents, elle sera amenée à deux reprises par sa fille aux urgences en quelques semaines. Sa fille décrit alors à ceux qui l'interrogent, la personnalité fantasque habituelle de Lucie, son amour des mondanités, son instabilité affective de longue date, son indépendance et son don pour se fâcher avec ses proches à force d'être « franche ». La fille racontera aussi, alors qu'elle et son frère étaient à nouveau sans nouvelles d'elle, avoir été appelée d'un hôpital psychiatrique il y a 5 ans où leur mère avait été admise pour des troubles du comportement, après une séparation. Lucie avait, au fil du temps, souhaité arrêter le traitement par valproate, en accord avec son psychiatre et depuis plus de nouvelles, jusqu'à ces derniers mois...*

<sup>17</sup> Psychiatre - pôle de psychiatrie du centre hospitalier de Valenciennes - [playe-m@ch-valenciennes.fr](mailto:playe-m@ch-valenciennes.fr)

Les bilans somatiques aux urgences ne montrant rien d'aigu, le scanner cérébral réalisé non plus, les psychiatres la trouvant confuse et « non décompensée », à deux reprises le diagnostic de troubles cognitifs sévères avec dénutrition est posé. Une orientation vers une consultation pour un bilan mémoire est proposée (6 mois d'attente).

Alors Lucie s'enfonce dans la dépendance, « fond » sur le plan musculaire, tombe souvent, devient incontinente. Les enfants, épuisés, décident d'une entrée temporaire en Ehpad pour la mettre en sécurité. Lucie dérouté les soignants par son comportement, oscillant entre prostration et agitation, agressivité et mutisme. Les médecins traitant et coordinateur demandent l'intervention du CMP de secteur. Les infirmiers psychiatriques venus à l'Ehpad sont perplexes et sollicitent un avis pour une thérapeutique sédatrice par téléphone auprès d'un psychiatre. Mais le traitement n'est pas pris. Les soignants de l'Ehpad craignent d'être maltraitants tant Lucie s'agite pendant les soins, refuse très souvent de manger et de boire, refuse les perfusions d'hydratation ; ils demandent à ce qu'une proportionnalité des soins soit discutée, face à un pronostic de plus en plus sombre. Pugnace, la fille de Lucie finit par obtenir un rendez-vous avec un gériatre pour discuter d'une entrée en service de soins de suite.

Devant le tableau jugé « atypique », Lucie pouvant être fugacement très informative puis complètement incohérente, la gériatre fait jouer son « réseau » et trouve un rendez-vous rapide avec un psychiatre habitué à la psychopathologie de la personne âgée. Une IRM est faite entre deux et montre une leucopathie sans atrophie cérébrale.

La consultation psychiatrique est laborieuse : Lucie ne tient pas en place, sa fille doit négocier pour qu'elle accepte de rentrer dans le bureau. Elle est agressive, interprétative « vous savez déjà tout », fait quelques jeux de mots sarcastiques, se dit « condamnée par une maladie des os de verre » et la « leucopathie » qu'elle a dans la tête (Lucie lit en boucle le compte rendu de l'IRM). Elle précise que ses jambes ne sont pas les siennes, qu'elle ne peut plus manger car « rien ne ressort » et que ses dents tombent un peu plus chaque jour. Devant ce tableau évocateur d'un syndrome de Cotard, le diagnostic de mélancolie délirante est posé et la patiente admise en SSR de psychogériatrie, plus de 8 mois après le début des troubles.

Finalement Lucie retrouvera sa pleine autonomie et son indépendance, après plusieurs mois d'hospitalisation, un traitement par électro-convulsivo-thérapie décidé face au risque nutritionnel majeur et au refus des traitements per os, puis la reprise d'un traitement thymorégulateur. Quand Lucie a pu raconter son histoire, complétée par les propos de ses enfants, le diagnostic d'un trouble bipolaire fait d'épisodes hypomaniaques peu médicalisés, et d'un premier épisode dépressif sévère et tardif, pourra être posé. Elle retrouvera « sa vie d'avant », de nouveau fâchée avec ses enfants, entourée de sa précieuse sociabilité mais aussi de quelques aides à domicile...

## Un parcours de soins à optimiser

L'histoire de Lucie nous permet d'évoquer « l'atypicité » de présentation, souvent évoqué lors d'un épisode dépressif majeur chez les plus de 65 ans, en référence aux caractéristiques cliniques décrites chez les plus jeunes. Ici l'aspect délirant, la régression psychomotrice, la détérioration cognitive et la pauvreté affective déroutent les références diagnostiques habituelles. On peut légitimement s'interroger sur le poids du préjugé lié à l'âge qui amène les différents praticiens que rencontrent Lucie, à ne pas entendre son histoire,

racontée par sa fille, son parcours de vie décousu, ses excès, son hospitalisation passée en psychiatrie. La rupture en quelques mois avec une autonomie complète aurait dû alerter bien avant sur l'origine des symptômes. L'importance de la formation des professionnels de santé mentale à la psychopathologie des plus âgés prend ici tout son sens, de même que celle de considérer l'individu à l'aune de son histoire personnelle, quel que soit son âge, pour une meilleure évaluation psychopathologique, distanciée d'une référence systématique à la nosographie de l'adulte plus jeune [39].

L'intrication entre les symptômes psychiatriques dépressifs et des troubles cognitifs, la présentation confusionnelle, donnent des tableaux complexes qui obligent les psychiatres à appréhender l'aspect neurocognitif clinique des pathologies mentales chez la personne âgée. Cette réticence de la psychiatrie française à se confronter à l'héritage de la neuropsychiatrie était déjà évoquée en 2006 par Pierre Charazac [40] comme un frein au développement de la gérontopsychiatrie. Le rôle des lésions cérébrovasculaires dans le risque dépressif chez les âgés, leurs impacts sur la résistance aux thérapeutiques sont connus et ne doivent pas participer à créer une nouvelle entité neurologique isolée mais à favoriser au contraire un regard holistique sur la prise en charge de cette population, où l'expertise du psychiatre clinicien reste essentielle. Les liens également entre les troubles thymiques tardifs inauguraux et des troubles cognitifs émergents comme les syndrome dysexécutifs [41], viennent renforcer l'idée du partenariat interdisciplinaire. L'histoire de Lucie et des conséquences des symptômes dépressifs sur l'état général, illustrent par ailleurs, la place des professionnels de la gériatrie dans ce qui pourrait être une « filière » de partenaires sensibilisés à la psychopathologie du sujet âgé et à ses risques en termes de qualité de vie voire de morbi mortalité. Pour ce faire, la culture commune à la psychiatrie et la gériatrie de l'approche globale et du travail en réseau est un véritable atout. La PPA représente ainsi une opportunité de travail interdisciplinaire.



Enfin, le parcours de soins laborieux de Lucie, heureusement épaulée par ses enfants, nous amène à poser la question de l'accès aux soins en santé mentale pour la personne âgée, comme un enjeu essentiel de prévention auprès de cette population. L'intrication de la dépression avec des comorbidités gériatriques et somatiques, illustre la nécessité de prioriser des modèles d'intervention de première ligne, au lit du malade. L'exercice spécialisé du travail de liaison, qu'il se déroule aux urgences, dans les services somatiques, dans les institutions gériatriques ou au domicile doit être encouragé.

Si l'option PPA, désormais instituée est une belle promesse d'arrivées de jeunes praticiens formés [42], l'attractivité de la discipline à l'hôpital qui plus est, intégrée aux missions de psychiatrie générale, est un véritable enjeu. Le rôle de l'infirmier de psychiatrie, rodé au travail de lien, est essentiel et nécessite de promouvoir la formation à la PPA également dans les instituts de formation en soins infirmiers.

### Références bibliographiques

- [29] Schuster J-P, Manetti A, Aeschmann M, Limosin F. Troubles psychiatriques du sujet âgé : données épidémiologiques et morbi mortalité associée. *Geriatr Psychol Neuropsychiatr Vieil* 2013 ; 11 : 181-5.
- [38] Roblin J. Les dépressions du sujet âgé : du diagnostic à la prise en charge. *NPG Neurologie - Psychiatrie - Gériatrie* 2015 ; 15 : 206-18. <https://doi.org/10.1016/j.npg.2014.11.001>.
- [39] Drunat O, Waksman N, Koskas P, Peyneau C. Dépression du sujet âgé : l'affaire du gériatre. *NPG Neurologie - Psychiatrie - Gériatrie* 2014 ;15.
- [40] Masse C, Chopard G, Bennabi D, Haffen E, Vandell P. Troubles cognitifs au cours de la dépression du sujet âgé. *Gériatrie et Psychologie Neuropsychiatrie Du Vieillessement* 2021 ; 19 : 202-10.
- [41] Charazac P. Réflexions sur la gérontopsychiatrie française et les origines de son retard. *L'information psychiatrique* 2006 ; 82 : 383-7.
- [42] Fontaine A, Hanon C, Limosin F. La psychiatrie de la personne âgée : challenges pour le développement d'une nouvelle sur-spécialité. *Perspectives Psy* 2020 ; 59 : 47-52.

## Frontière entre vieillissement et maladie cognitive

D<sup>r</sup> Jean Roche<sup>18</sup>

*Il est classique de dire que l'on perd la mémoire avec l'âge, avec tout de suite cette crainte d'être atteint d'une maladie d'Alzheimer. Ces propos sont facilités par une confusion des effets du vieillissement sur la cognition et la plus grande fréquence des maladies cognitives avec l'âge (maladie d'Alzheimer, mais aussi maladie à corps de Lewy, trouble cognitif vasculaire ou secondaire à un syndrome parkinsonien, ou en lien avec une maladie fronto-temporale...). La frontière entre vieillissement et maladie cognitive est alors floue. De plus, on sait que le diagnostic des troubles cognitifs est souvent retardé, avec une gêne cognitive qui peut être présente de nombreuses années avant que le diagnostic ne soit posé. Cependant, il est important de rappeler que l'existence d'une maladie cognitive n'est pas majoritaire chez la personne âgée, même à un âge très avancé.*

Une seconde erreur est de limiter le fonctionnement du cerveau à sa seule capacité de mémorisation et d'oublier notamment les fonctions instrumentales (dont le langage) et les fonctions exécutives. Une autre est de considérer le cerveau comme déconnecté du corps. Or les troubles sensoriels (ophtalmologiques et ORL surtout), les pathologies somatiques (insuffisance cardiaque ou respiratoire, dysthyroïdies, syndromes d'apnées obstructives du sommeil, syndromes des jambes sans repos, dénutritions, douleurs chroniques...), les pathologies psychiatriques (dépression, maladie bipolaire, anxiété, insomnie, trouble psychotique...) ainsi que la prise de traitements (psychotropes, antalgiques, médicaments avec effets anticholinergiques...) ou de produits addictifs (alcool, cannabis, ...) vont avoir un impact sur les capacités cognitives observées. Tous ces éléments seront donc à prendre en compte dans l'analyse des performances cognitives et des plaintes recueillies, avant d'en tirer des conclusions trop hâtives. Il conviendra aussi d'analyser leur impact sur le niveau d'autonomie du patient et l'éventuelle évolution des difficultés observées avec le temps.

### Une grande hétérogénéité des performances

Avant de détailler ce que l'on sait du vieillissement cognitif dit « normal », il convient de rappeler la très grande hétérogénéité des performances observées d'un individu à l'autre. Certaines personnes âgées ont des capacités cognitives qui restent préservées alors que d'autres ont une limitation de celles-ci sans que cela impacte cependant sur leur niveau d'autonomie au quotidien. Un des éléments mis en avant pour expliquer ce mécanisme est la notion de réserve cognitive. Le niveau de celle-ci serait lié au niveau d'éducation initial, au type d'activité professionnelle, à la stimulation cognitive reçue tout au cours de sa vie [44]. D'autres études font également un lien entre le niveau de condition physique et le niveau de

<sup>18</sup> Référent filière psychiatrie de la personne âgée et consultation mémoire gériatrique - CHU de Lille - [jean.roche@chu-lille.fr](mailto:jean.roche@chu-lille.fr)

performance cognitive observé [43]. Il est ainsi rapporté que le temps de décision et de production d'une réponse est plus rapide chez les sportifs que chez les sédentaires. De même, les personnes sédentaires seraient plus sensibles à la difficulté des tâches proposées.

Je vais commencer par évoquer le vieillissement mnésique « *normal* ». Pour rappel, la mémoire long terme comprend schématiquement plusieurs temps :

- une entrée sensorielle de l'information à traiter ;
- puis l'encodage de l'information, étape indispensable ;
- le stockage de celle-ci ;
- dans un dernier temps, la récupération de l'information sera utilisée pour la ressortir quand on en aura besoin.

Ces traces mnésiques ainsi constituées peuvent correspondre à des connaissances, des souvenirs autobiographiques ou plus généraux, des expériences...

La mémoire épisodique permet d'enregistrer des informations d'événements vécus associées à un lien spatio-temporel. Cette mémoire est souvent sujet de plaintes de la part de personnes âgées.

C'est la mémoire explicite qui semble davantage touchée avec l'âge. Il s'agit de difficultés à retrouver de façon volontaire des informations apprises. La reconnaissance ou l'indiciage permettent alors de retrouver l'information avec un temps de latence. L'information n'est pas oubliée mais une lenteur de récupération est observée. En ce qui concerne la constitution de traces mnésiques récentes, elle reste possible mais un temps d'apprentissage rallongé. La création de nouvelles traces mnésiques est donc plus complexe, mais lorsque celles-ci ont été réalisées, elles resteront stockées.

La mémoire prospective, ou mémoire du futur, peut être mise en difficulté. « *Je sais que j'ai quelque chose à faire aujourd'hui, mais quoi ?* » Il convient de « *se souvenir de se souvenir* », de programmer une action dans l'avenir. Elle est coûteuse en capacité attentionnelle, en mémoire rétrospective et en fonctions exécutives. Les personnes âgées ont plus de difficultés de se souvenir d'actions liées à un horaire précis (ex : sortir le rôti du four dans 15mn) que liées à un événement (ex : poster une lettre lorsque je vais sortir faire mes courses). Souvent, elles vont développer des aides mnésiques internes (associations mentales) ou externes (bloc-notes, alarmes téléphoniques, listes...) qui leur permettent de rester performantes sur ces tâches du quotidien, alors qu'elles pourraient être en difficulté en situation de tests académiques [45].

En ce qui concerne la mémoire de travail (boucle phonologique verbale ou maintien visuospatial) qui permet le maintien d'une information limitée sur un délai court, elle peut être affaiblie avec l'âge. Ces difficultés peuvent être présentes lors de tâches complexes, nécessitant des performances en double tâche avec un niveau de capacité attentionnelle important. La simplification de la tâche, par exemple en la décomposant, permet alors de la réaliser. La mémoire procédurale est quant à elle bien préservée avec l'âge. Ainsi, savoir faire du vélo ne s'oublie pas avec l'âge !

on observe des difficultés pour la production des mots, notamment ceux peu utilisés, du fait de défaut de transmission de l'activation lexico-sémantique vers la représentation phonologique du mot (représentation stockée en mémoire long terme). Cela se traduit par un mot qui n'arrive pas à sortir et reste « *sur le bout de la langue* ».

Pour les autres fonctions instrumentales, il n'est pas noté d'atteinte des praxies dans le vieillissement normal. Cependant, quelques difficultés gnosiologiques seraient présentes indépendamment de troubles neuro-visuels. Cela serait dû à des difficultés à orienter correctement leur attention dans le champ visuel ou à des difficultés de manipulations mentales d'images (ex : rotation, recoloration...). Ces tâches sont complexes, nécessitant un traitement rapide d'information qui est lui classiquement ralenti avec l'âge [45].

Les fonctions exécutives servent à faciliter l'adaptation du sujet à des situations nouvelles ou conflictuelles par rapport à ses habitudes. Ainsi, il peut s'agir d'inhiber un comportement habituel (ex : tourner à droite au 1<sup>er</sup> carrefour lorsque l'on va travailler) lorsque la situation change (ex : vous êtes en vacances !). Avec l'âge, il est principalement observé un ralentissement du traitement de l'information lors des tests. Les capacités d'inhibition seraient ainsi gênées dans les épreuves chronométrées. Les capacités d'inhibition volontaires seraient plus difficiles que celles automatisées. Cependant l'utilisation des capacités exécutives reste globalement possible avec l'âge [46].

Au total, on retrouve lors du vieillissement cognitif normal, une grande variabilité liée au profil cognitif antérieur du sujet âgé et à son état physico-psychique actuel. L'intelligence « *crystallisée* » qui comprend les compétences, les capacités et les connaissances acquises tout au long de la vie reste préservée assez tardivement. Au contraire, l'intelligence « *fluide* » qui permet l'adaptation rapide à une problématique, le raisonnement sur des choses moins familières et sans lien avec ce que l'on a déjà appris peut être ralenti [47]. Le vieillissement cognitif normal n'impacte pas normalement l'autonomie de la personne âgée dans sa vie quotidienne.

## Références bibliographiques

[43] Renaud M, Bherer L. L'impact de la condition physique sur le vieillissement cognitif. *Psychol Neuropsychiatr Vieil* 2005 ; 3 : 199-206.

[44] Harada CN, Natelson Love MC, Triebel KL. Normal cognitive aging. *Clin Geriatr Med* 2013 ; 29 : 737-52. <https://doi.org/10.1016/j.cger.2013.07.002>.

[45] Ducharme-Laliberté G, Boller B, Belleville S. Bases cérébrales et neurofonctionnelles de la réserve dans le vieillissement normal. *NPG Neurologie - Psychiatrie - Gériatrie* 2015 ; 15 : 1 64-8. <https://doi.org/10.1016/j.npg.2014.10.010>.

[46] Baclet-Roussel C, Goutte V. Vieillesse cognitive : de la plainte à la prise en charge. In Press. 2021

[47] Salthouse TA. Trajectories of normal cognitive aging. *Psychol Aging* 2019 ; 34 : 17-24. <https://doi.org/10.1037/pag0000288>.

## Langage et capacités cognitives

En ce qui concerne le langage, ses performances sont très liées à d'autres capacités cognitives (mémoire de travail notamment en double tâche, vitesse de traitement de l'information, attention, flexibilité cognitive...). Il est aussi très lié à l'apprentissage et à l'accumulation de savoirs et de connaissances tout au long de la vie. Les connaissances et compréhensions des mots restent stables tardivement. En revanche,

# L'Approche optimale

Daniel Geneau<sup>19</sup>

***Les intervenants en soins de longue durée sont fréquemment confrontés à l'agitation de certains résidents lors des soins. La salle de bain en particulier se transforme quelquefois en véritable champ de bataille. Traitée souvent d'emblée avec des psychotropes, cette agitation ne cesse d'interpeller. Que vit le résident lors des soins ? Est-il agressif ou ne serait-il pas plutôt défensif ? Et si tel est le cas, de quelle agression sommes-nous coupables, qu'il lui faille se défendre ? Que pouvons-nous changer ? Y aurait-il une alternative aux psychotropes trop souvent utilisés comme intervention de premier recours ?***

Dans le cadre de notre travail comme consultants dans la gestion des troubles du comportement chez les personnes avec trouble neurocognitif majeur, nous avons fréquemment constaté que cette agitation lors des soins était déterminée par l'approche du personnel face au résident. Quand nous rencontrions les équipes soignantes afin qu'elles nous décrivent les difficultés rencontrées, il y avait presque toujours un ou une soignante qui nous disait en aparté « *moi, je n'ai jamais de problèmes avec ce résident !* ». Quand nous examinions comment le soin se déroulait avec ce soignant, c'était presque toujours une question d'approche. Ceci nous a amenés à nous intéresser à cette problématique et nous avons rapidement découvert que plusieurs équipes à travers le monde travaillaient comme nous sur cette question et proposaient des méthodologies d'approche que l'on pourrait regrouper sous l'étiquette plus large des approches centrées sur la personne. Notre équipe a élaboré une version que nous avons appelée « Approche optimale » et nous avons eu la chance de former à cette approche de nombreux intervenants des établissements de soins prolongés au Québec mais aussi en France et en Suisse. Dans cet article, nous présenterons certains des éléments clés de cette approche.

## Soigner un malade ou prendre soin d'une personne ?

Dans l'approche centrée sur la personne, nous devons soigner la personne avant le malade. Dans le cadre des visites d'appréciation de la qualité des services en CHSLD (équivalent québécois des Ehpad), les représentants du ministère de la Santé du Québec ont observé que dans l'ensemble, le personnel demeurait axé sur la tâche, même en présence du résident, ce qui engendre des lacunes sur le plan relationnel et que les moyens de communication, particulièrement avec les personnes ayant des déficits cognitifs, sont peu connus, voire absents.

<sup>19</sup> Neuropsychologue, services d'expertise en psychogériatrie, enseignement et consultation (Sepec) - Montréal (Québec) [www.sepec.ca](http://www.sepec.ca) - [geneau@me.com](mailto:geneau@me.com)

L'« Approche optimale », c'est d'abord des valeurs et une philosophie dans lesquelles le résident ne doit plus être considéré comme objet de soin, mais plutôt en tant que sujet d'une rencontre au cours de laquelle des soins lui sont offerts. Ce n'est plus un malade que l'on soigne, c'est une personne. On ne doit donc plus tenir compte simplement des besoins de la personne malade (nourriture, hygiène, traitements), on doit répondre autant que possible à l'ensemble de ses besoins comprenant aussi le besoin d'être en relation et le besoin d'estime de soi.

Dans cette philosophie, il ne peut y avoir de soins sans d'abord qu'une relation ne soit établie entre le soignant et le soigné. L'acte de soin prend alors une toute autre dimension et ne vise plus simplement à répondre au besoin d'hygiène mais surtout à procurer au résident un bien-être physique et mental.

## L'histoire de vie

Le besoin d'estime de soi est très souvent négligé dans nos structures de soins de longue durée. Une résidente nous a dit un jour : « *en tout cas, quand tu arrives en hébergement, j'te dis que t'es plus grand-chose !* ». Comment peut-on répondre à ce besoin particulier dans le cadre des soins quotidiens ? L'estime de soi se construit en grande partie dans le regard des autres. Mais quel regard a-t-on quand on ne voit devant nous qu'un vieux malade incontinent en perte d'autonomie ? Nous devons changer notre regard et voir au-delà de la personne qui est devant nous, nous devons voir ce qu'elle a été, ce dont elle a raison d'être fière. Si pour soigner un malade il faut connaître ses diagnostics et sa médication, pour soigner une personne il nous faut connaître aussi son histoire de vie !

Un cas nous a particulièrement interpellé, un résident nouvellement admis était décrit par le personnel comme un toxicomane alcoolique. Il ne s'était visiblement pas occupé de sa santé : âgé dans la soixantaine, il était amputé d'une jambe en raison de son diabète et on le voyait à la porte de l'établissement dans son fauteuil roulant, buvant son café et fumant sa cigarette. Quand un jour on a vu une photo de sa jeunesse dans laquelle il posait, entouré des membres du plus célèbre groupe rock des années 60, le regard porté sur cet homme a complètement changé. Il avait des anecdotes sur les plus grandes superstars de l'époque et les gens se sont mis à s'intéresser à lui ; il n'était plus le toxicomane alcoolique, il était devenu le vieux rocker. De simple malade, il était devenu quelqu'un ! Mais faut-il être un vieux rocker pour qu'on s'intéresse à nous ? Tous ont quelque chose à raconter. L'histoire de vie est un outil essentiel pour prendre soin d'une personne. Plusieurs techniques sont proposées dans les façons de recueillir les éléments essentiels de l'histoire de vie du résident et de les utiliser. Et pour la personne qui a perdu une partie de sa mémoire épisodique autobiographique, l'histoire de vie permet de la reconnecter à ce qu'elle est, de stimuler les mécanismes de rappel, de faire du sens.

## La mémoire émotionnelle

Alors que la mémoire épisodique se détériore rapidement dans la maladie d'Alzheimer, la mémoire émotionnelle est beaucoup mieux préservée. Nous avons maintes fois observé que si un résident ne gardait aucun souvenir de nos interventions, la façon dont l'intervention s'était passée laissait une trace. Cet homme que nous avons fait rire nous a dit le lendemain avec un grand sourire : « *Vous, ça fait*

*longtemps que je vous connais !* ». Il n'avait par contre aucun souvenir de notre rencontre de la veille et nous identifiait comme un collègue de travail.

On nous apprend à travailler avec professionnalisme mais ce faisant on nous présente fréquemment une vision biaisée du professionnalisme dans laquelle l'émotion doit être mise de côté. Dans l'« Approche optimale », tout soin est une relation et une attention particulière est accordée à l'émotion vécue par le résident.

## Les quatre étapes du soin

Il est aisé de mettre en place une relation professionnelle avec une personne cognitivement compétente, quelques mots suffisent : « *Bonjour Madame, je suis votre soignant et je viens faire votre toilette* ». Dans la tête de cette personne, tout est placé, elle a une représentation de la relation, elle anticipe les gestes à venir, il n'y a nulle surprise. C'est une tout autre histoire avec la personne avec trouble neurocognitif : la relation doit s'installer, il doit d'abord voir votre sourire, ce stimulus inné qui stimule directement le cerveau émotionnel. Il est utile d'avoir ici une méthodologie et c'est dans ce but que le soin a été divisé en quatre étapes que sont la rencontre, les préliminaires, le soin en lui-même et la conclusion...

### Le consentement

Un soin ne peut se faire sans consentement. Pourtant, je ne me souviens pas du jour où un médecin nous a demandé notre consentement avant de procéder à un examen. Un simple « *Déshabillez-vous !* » et nous nous exécutons. Attention, il y a bien un consentement mais il est implicite. Par le simple fait de se présenter chez un médecin, nous lui donnons un consentement à nous examiner. Dans les soins prolongés, nous avons l'habitude d'annoncer le soin : « *bonjour Madame, nous venons pour votre toilette !* » mais pas nécessairement de demander le consentement. Chez la personne avec déficit cognitif, nous ne devons pas présumer ce consentement implicite puisque la personne peut ne pas savoir qui nous sommes ni ce que nous venons faire. Un soin fait sans consentement sera ainsi vécu comme une agression et la personne qui se défendra sera perçue comme agressive, non collaborante, agitée. Une consultation sera demandée !

### Le bain-serviette

Une toilette au lit est souvent préférable pour les résidents frêles, non mobiles, très obèses, qui souffrent lors des transferts ou qui ont peur du lève-personne.

Il est possible de faire une toilette adéquate dans le lit et c'est souvent moins stressant. On utilise habituellement une bassine d'eau et un gant. Le bain-serviette est une variante de cette toilette. Dans cette technique, le résident est recouvert avec une grande serviette humide et chaude, imbibée de savon spécial, sans rinçage, et est lavé et massé au travers de la serviette. Présentée d'abord par une équipe de recherche américaine, cette technique permet de réduire beaucoup l'agitation et l'inconfort lors des soins d'hygiène.

## La formation

Les formations à l'« Approche optimale » se font en établissement. Parce que l'expérience a montré que les formations purement théoriques ont un faible impact et entraînent peu de changements durables dans les comportements des soignants, la formation à l'« Approche optimale » est réalisée avec une partie théorique mais surtout avec un accompagnement des soignants auprès des résidents qui posent défi. L'approche contribue aussi à redonner un sens au travail des soignants, ce qui contribue à diminuer l'épuisement professionnel, ce qui n'est pas un luxe par ces temps particulièrement difficiles !

## Références bibliographiques

Concernant l'approche centrée sur la personne

[1] Fazio S, Pace D, Flinner J, Kallmyer B. The Fundamentals of Person-Centered Care for Individuals With Dementia The Gerontologist, Volume 58, Issue suppl\_1, February 2018, Pages S10-S19, <https://doi.org/10.1093/geront/gnx122>

Une étude sur l'impact de la formation du personnel à une approche adaptée pour les soins difficiles :

[2] Gozalo P, Prakash S, Qate DM, Sloane PD, Mor V. Effect of the Bathing Without a Battle Training Intervention on Bathing-Associated Physical and Verbal Outcomes in Nursing Home Residents with Dementia: A Randomized Crossover Diffusion Study. J Am Geriatr Soc. 2004 ; 52 : 1795-1804. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5584541/>

Sur les bienfaits du bain-serviette

[3] Sloane PD, Hoefler B, Mitchell CM, et al. Effect of person-centered showering and the towel bath on bathing-associated aggression, agitation, and discomfort in nursing home residents with dementia: A randomized, controlled trial. J Am Geriatr Soc. 2014 ; 62 (5) : 797-804. [https://www.researchgate.net/publication/8210289\\_Effect\\_of\\_Person-Centered\\_Showering\\_and\\_the\\_Towel\\_Bath\\_on\\_Bathing-Associated\\_Aggression\\_Agitation\\_and\\_Discomfort\\_in\\_Nursing\\_Home\\_Residents\\_with\\_Dementia\\_A\\_Randomized\\_Controlled\\_Trial](https://www.researchgate.net/publication/8210289_Effect_of_Person-Centered_Showering_and_the_Towel_Bath_on_Bathing-Associated_Aggression_Agitation_and_Discomfort_in_Nursing_Home_Residents_with_Dementia_A_Randomized_Controlled_Trial)

Sur les stratégies de diversion

[4] Taillefer D, Geneau D. Stratégies de diversion dans la gestion des réactions catastrophiques chez la personne âgée atteinte de la maladie d'Alzheimer lors d'actes de soins critiques : un cadre théorique et pratique (1999) [www.sepec.ca/docs/diversion.htm](http://www.sepec.ca/docs/diversion.htm)

[5] SEPEC - Résumé d'histoire de vie <https://www.sepec.ca/docs/hisvie.pdf>

# Pertinence et actualité de la réhabilitation en psychiatrie de la personne âgée

D<sup>r</sup> Gabriella Stefan, D<sup>r</sup> Élodie Le Tutour, D<sup>r</sup> Jean-Michel Dorey, D<sup>r</sup> Catherine Padovan, D<sup>r</sup> Delphine Fabre<sup>20</sup>

*Des membres du pôle de psychiatrie de la personne âgée du centre hospitalier Le Vinatier à Bron proposent dans cet article une synthèse sur l'intérêt de la réhabilitation, dont le P<sup>r</sup> Nicolas Franck, chef de pôle dans le même établissement, est un des ardents promoteurs en France.*

## Qu'est-ce que la réhabilitation psychosociale en psychiatrie ?

La réhabilitation psychosociale (RPS) est une approche complémentaire aux soins traditionnels visant à favoriser l'inclusion sociale des personnes souffrant d'un trouble psychiatrique. Ces soins doivent permettre à la personne d'identifier et de développer ses capacités en limitant les troubles qui entravent son fonctionnement dans ses activités quotidiennes. Ainsi, la RPS a comme objectif principal de favoriser le rétablissement, en ciblant l'autodétermination et l'empowerment (agir et décider par soi-même, avec ou sans aide). Elle implique des interventions multidisciplinaires au sein d'un réseau et emploie un ensemble de pratiques complémentaires provenant d'horizons divers. Il existe des services dédiés RPS qui se coordonnent avec différents acteurs du secteur médico-social impliquant l'intervention de case managers, référents qui accompagnent la personne pour garantir le suivi et réduire les ruptures de parcours.

Sont concernées les pathologies mentales chroniques et/ou sévères stabilisées cliniquement, retentissant sur le fonctionnement et/ou comportant des comorbidités.

Le processus de réhabilitation comprend 3 étapes : le diagnostic de réhabilitation, la planification et l'intervention [48]. La phase de diagnostic, qui s'appuie sur des entretiens d'évaluation et des questionnaires standardisés évalue :

- les besoins et les attentes de la personne ;
- ses ressources et ses difficultés sur le plan clinique ou du fonctionnement quotidien, ainsi que ses capacités d'autonomie ;
- les répercussions fonctionnelles et les limitations auto déclarées ou observées par les soignants, les proches et celles objectivées par des échelles et questionnaires standardisés.

Cette évaluation permet de réaliser un diagnostic de réhabilitation, de fixer des objectifs avec le patient et de définir ainsi son plan de réhabilitation personnalisé, avec les étapes à franchir dans la réalisation de ce plan ainsi que les outils et les acteurs impliqués et les missions spécifiques à chacun.

<sup>20</sup> Pôle de psychiatrie de la personne âgée et consultation mémoire - centre hospitalier Le Vinatier - 69677 Bron - [jean-michel.dorey@ch-le-vinatier.fr](mailto:jean-michel.dorey@ch-le-vinatier.fr)

## Application de la RPS à la personne âgée : particularités et limites

En population gériatrique, la RPS repose sur les mêmes outils que pour l'adulte, adaptés pour tenir compte des spécificités liées au vieillissement : problématiques cognitives, risque iatrogène, comorbidités gériatriques, perte des repères sociaux, isolement, limitations fonctionnelles, déficiences sensorielles, augmentation du sentiment de vulnérabilité.

Comme chez la personne jeune, la **psychoéducation** va porter sur la connaissance de la pathologie et l'aide à l'identification autonome des signes de décompensation. Il convient particulièrement d'insister sur les traitements psychotropes et leur risque iatrogène augmenté avec l'âge et la polymédication. L'entourage doit également être sensibilisé au repérage de ces effets secondaires pour intervenir si nécessaire.

Des programmes individualisés de **remédiation cognitive** destinés à diminuer ou compenser des déficits cognitifs ont été conceptualisés. Certaines stratégies visent à ralentir les effets du vieillissement cérébral physiologique, tandis que d'autres ciblent les troubles cognitifs compliquant parfois les pathologies psychiatriques vieillissantes. La remédiation cognitive doit idéalement être intégrée dans une approche globale en lien avec les besoins et les attentes du patient en situation de vie quotidienne : aide à la mise en place de points de repère, utilisation de listes pour éviter les oublis, imagerie mentale pour renforcer l'encodage des informations, etc. Les prises en charge peuvent être individuelles ou groupales, ces dernières permettant alors d'entretenir les compétences relationnelles et de stimuler écologiquement les capacités cognitives.

Les cinq principaux outils de la réhabilitation TABLEAU 1

Outils de réhabilitation psychosociale	Actions	Modalités	Cibles
Psychoéducation	Éducation pour mieux comprendre et gérer la maladie et son traitement et prévenir les rechutes	Informations sur les aspects de la maladie et ses traitements, acquisition de connaissances, apprentissage de compétences	Insight Patients et famille Troubles bipolaires, dépression, troubles anxieux
Remédiation cognitive	Entraînement cognitif	Restauration, diminution ou compensation des déficits	Neurocognition, métacognition, cognition sociale
Interventions psychosociales	TCC, TIP, méditation/pleine conscience, Entretien motivationnel ; Ergothérapie, kinésithérapie, orthophonie Actions sur l'environnement	Stratégies adaptatives Entraînement des compétences sociales Renforcement de l'autonomie	Insight, stress, estime de soi, symptômes négatifs, anhédonie, démotivation, peur de la chute, habilités sociales, isolement, bien-être
Soutien aux aidants	Accompagnement, Programmes d'aide aux aidants, Psychoéducation, Thérapies familiales	Diminuer le fardeau des aidants, Améliorer la relation patient-aidant	Aidants seuls Dyade patient/aidant
Soutien social	Actions d'adaptation du patient à la vie en communauté Actions d'adaptation de la communauté en regard de la personne	Politiques de santé Rôles des CLSM Développer les ressources communautaires Articulation de la psychiatrie avec les réseaux des partenaires	L'isolement La précarité La stigmatisation

La prévention de la perte d'autonomie et le maintien de l'indépendance sont indispensables. Plusieurs facteurs y contribuent :

- stabilisation de la pathologie psychiatrique : importance de la psychoéducation, de l'accessibilité aux soins, de l'observance médicamenteuse (supervision infirmière si besoin),
- prise en charge somatique adéquate avec présence d'un médecin généraliste référent,

aménagement ergonomique du logement, aides aux domiciles, portage des repas,

- limitation de l'isolement social : participation à des accueils de jour, clubs du 3<sup>e</sup> âge, etc.
- maintien d'un niveau minimal d'activité physique : impact positif sur l'humeur, le sommeil, les troubles de la marche, le risque de chute, l'activation comportementale, les déficits fonctionnels secondaires au déclin cognitif [49,50].
- l'accompagnement psychologique : reconstruction identitaire positive, espoir, sentiment de contrôle et d'auto-efficacité.

Les approches psychothérapeutiques ont montré une efficacité chez le sujet âgé :

- les thérapies brèves et les TCC sont utiles pour les problématiques liées à la peur de la chute ou aux troubles anxieux [51]. Plusieurs programmes pour diminuer la peur de tomber sont rapportés dans la littérature [52], y compris des programmes d'exposition en réalité virtuelle ciblant les syndromes de stress post-traumatique pouvant suivre une chute avec un vécu traumatisant [53].
- les TCC jouent un rôle significatif dans la psychoéducation, la modification des croyances dysfonctionnelles, l'entraînement aux compétences sociales, la résolution de problème, le renforcement des capacités d'adaptation et de résilience. Les stratégies sont adaptées aux problématiques liées à l'âge et portent sur cinq axes : les croyances de génération, les stéréotypes négatifs intériorisés sur le vieillissement, les croyances dysfonctionnelles sur les maladies somatiques, les changements dans l'investissement de rôles, et les pertes et transitions [54].
- la thérapie interpersonnelle (Tip) s'intéresse aux domaines interpersonnels altérés et au réseau social de soutien de la personne. Elle se prête ainsi volontiers aux problématiques rencontrées chez les sujets âgés. Il s'agit d'un modèle médical simple, rassurant, coopératif et psychoéducatif, sous la forme d'une thérapie brève limitée dans le temps, ce qui facilite son acceptation. La Tip peut être proposée au patient avec altération cognitive modérée [55].
- les interventions de psychologie positive visent le renforcement des sentiments, des comportements ou des cognitions positives afin d'améliorer le bien-être [54].
- les interventions de pleine conscience (PC) ont montré des effets positifs chez le sujet âgé [56] sur le contrôle attentionnel, la conscience de soi et la régulation des émotions mais aussi sur les problèmes de santé physique, notamment la douleur [57].
- les outils technologiques, comme des applications visant à aider les sujets âgés atteints d'un déclin cognitif à maintenir un niveau d'activité physique régulier et à leur fournir des exercices de stimulation cognitive, commencent à être développés [58].
- des travaux originaux suggèrent l'intérêt des thérapies à médiation animale et en particulier de la médiation équine sur la prévention de la chute [59,60], sur les symptômes thymiques [61,62], la qualité du sommeil, l'image de soi et le sentiment d'efficacité personnelle [63].

**Les interventions pour les proches et les aidants** peuvent s'adresser uniquement aux familles ou à la dyade patient/famille. L'éducation thérapeutique des aidants est associée à une réduction du fardeau, de la dépression, à une amélioration du bien-être subjectif, des compétences et des connaissances des aidants [64]. Plusieurs approches psychothérapeutiques ont été développées et étudiées chez des aidants, notamment les TCC, mais également la PC, et la thérapie familiale systémique. La Tip a été aussi adaptée pour des sujets âgés présentant des troubles cognitifs en y intégrant des interventions auprès des aidants, dont des informations de psychoéducation adressées à ces derniers, et en aidant le sujet et ses proches à

mieux gérer les nouveaux défis en matière de fonctionnement interpersonnel [65]. Des formations courtes, précoces, peuvent être proposées, tel que le programme Bref<sup>21</sup> -MA2 qui s'organise autour de trois séances de psychoéducation individuelles et personnalisées à destination des proches de patients jeunes ou âgés. Les actions visant l'adaptation du patient à la vie en communauté et à son lieu de vie, et les actions d'adaptation de la société en regard de la personne, telles que l'inclusion sociale, la déstigmatisation et la citoyenneté (accès aux droits, aides financières, mise à disposition de ressources communautaires) sont aussi nécessaires. Les CLSM ont un rôle important dans l'information, la promotion et l'amélioration de la santé mentale du territoire. Ils offrent un espace de concertation entre les différents acteurs de la psychiatrie publique, des associations et des institutions locales, des élus politiques du territoire, des représentants des usagers et de leurs aidants. Ils permettent d'élaborer et de coordonner des pratiques et des actions dans les champs médico-sociaux, sanitaires et sociétaux.

La RPS trouve toute sa pertinence dans la clinique de la personne âgée. Elle s'adresse au sujet dans sa globalité en intégrant des interventions qui s'appuient sur les compétences préservées de la personne et non pas sur ses faiblesses. L'indicateur global de ces actions serait l'augmentation de la qualité de vie et du bien-être émotionnel.

## Références bibliographiques

- [48] Anthony WA, Cohen M, Farkas M, Gagne C. La réhabilitation psychiatrique (2e éd.). Socrate – Promarex. Marchienne-Au-Pont : 2004.
- [49] Laver K, Dyer S, Whitehead C, Clemson L, Crotty M. Interventions to delay functional decline in people with dementia: a systematic review of systematic reviews. *BMJ Open* 2016 ; 6 : e010767. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2015-010767>.
- [50] Patiño Villada FA, Arango Vélez EF, Baena LZ. [Physical Exercise and Depression in the Elderly : A Systematic Review]. *Rev Colomb Psiquiatr* 2013 ; 42 : 198-211. [https://doi.org/10.1016/S0034-7450\(13\)70007-6](https://doi.org/10.1016/S0034-7450(13)70007-6).
- [51] Liu T-W, Ng GYF, Chung RCK, Ng SSM. Cognitive behavioural therapy for fear of falling and balance among older people: a systematic review and meta-analysis. *Age Ageing* 2018 ; 47 : 520-7. <https://doi.org/10.1093/ageing/afy010>.
- [52] Wetherell JL, Bower ES, Johnson K, Chang DG, Ward SR, Petkus AJ. Integrated Exposure Therapy and Exercise Reduces Fear of Falling and Avoidance in Older Adults: A Randomized Pilot Study. *Am J Geriatr Psychiatry* 2018 ; 26 : 849-59. <https://doi.org/10.1016/j.jagp.2018.04.001>.
- [53] Marivan K, Bouilly C, Benveniste S, Reingewirtz S, Rigaud A-S, Kemoun G, et al. Rehabilitation of the psychomotor consequences of falling in an elderly population : A pilot study to evaluate feasibility and tolerability of virtual reality training. *Technol Health Care* 2016 ; 24 : 169-75. <https://doi.org/10.3233/THC-151114>.

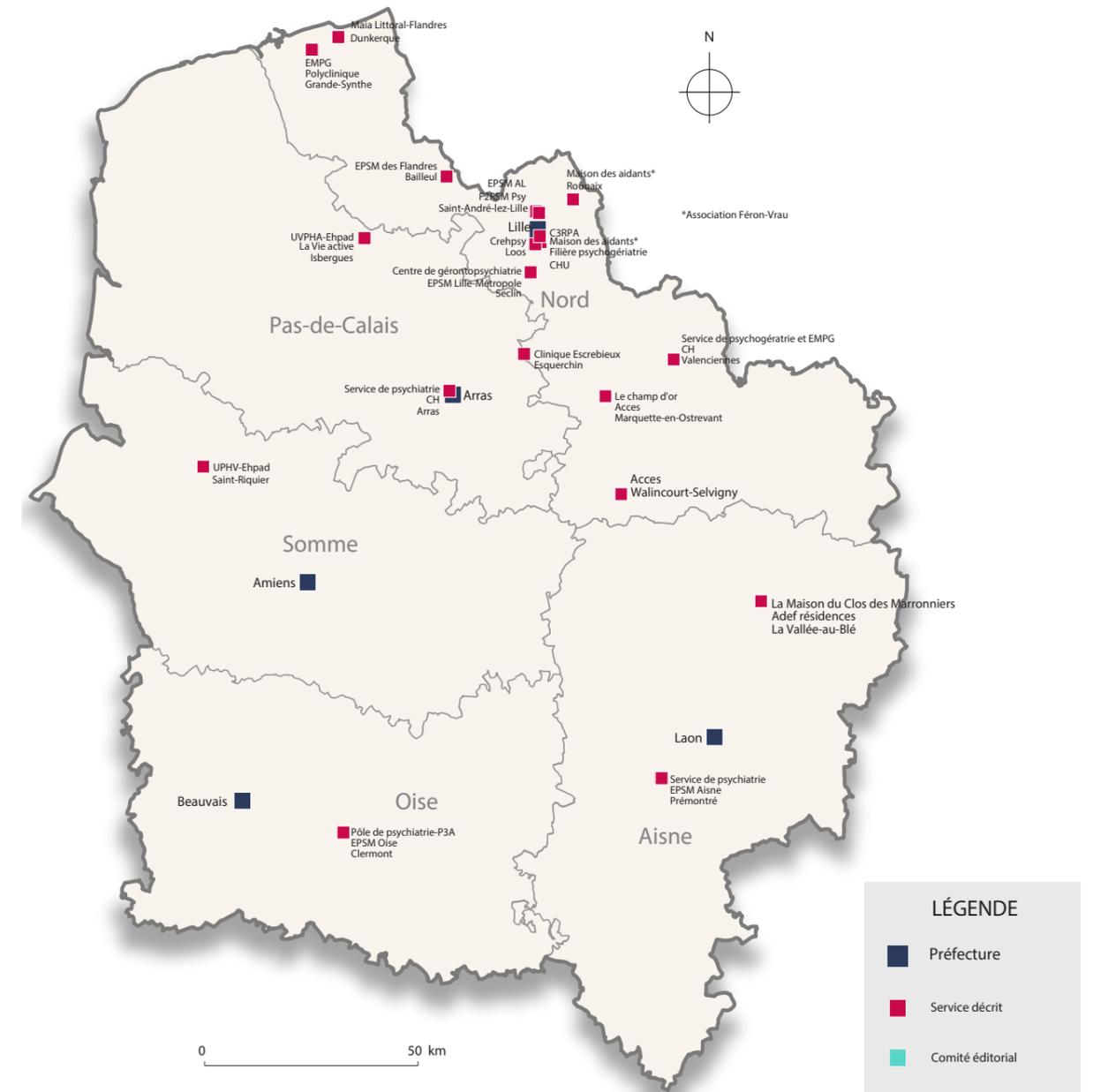
<sup>21</sup> <https://www.fondation-fondamental.org/bref-un-programme-de-psychoeducation-pour-les-familles>

- [54] Meisner BA. A meta-analysis of positive and negative age stereotype priming effects on behavior among older adults. *J Gerontol B Psychol Sci Soc Sci* 2012 ; 67 : 13-7. <https://doi.org/10.1093/geronb/gbro62>.
- [55] L'Hégaret Y, Hamida MC-B, Guillard V, Boële A, Lemarié C, Didillon A, et al. Les thérapies interpersonnelles et la dépression de la personne âgée. *NPG Neurologie - Psychiatrie - Gériatrie* 2018 ; 18 : 366-71. <https://doi.org/10.1016/j.npg.2018.07.005>.
- [56] Geiger PJ, Boggero IA, Brake CA, Caldera CA, Combs HL, Peters JR, et al. Mindfulness-Based Interventions for Older Adults: A Review of the Effects on Physical and Emotional Well-being. *Mindfulness (N Y)* 2016 ; 7 : 296-307. <https://doi.org/10.1007/s12671-015-0444-1>.
- [57] Tang Y-Y, Hölzel BK, Posner MI. The neuroscience of mindfulness meditation. *Nat Rev Neurosci* 2015 ; 16 : 213-25. <https://doi.org/10.1038/nrn3916>.
- [58] Svoboda E, Richards B, Yao C, Leach L. Long-term maintenance of smartphone and PDA use in individuals with moderate to severe memory impairment. *Neuropsychol Rehabil* 2015 ; 25 : 353-73. <https://doi.org/10.1080/09602011.2014.927368>.
- [59] Homnick TD, Henning KM, Swain CV, Homnick DN. The effect of therapeutic horseback riding on balance in community-dwelling older adults : a pilot study. *J Appl Gerontol* 2015 ; 34 : 118-26. <https://doi.org/10.1177/0733464812467398>.
- [60] Stergiou A, Tzoufi M, Ntzani E, Varvarousis D, Beris A, Ploumis A. Therapeutic Effects of Horseback Riding Interventions : A Systematic Review and Meta-analysis. *Am J Phys Med Rehabil* 2017 ; 96 : 717-25. <https://doi.org/10.1097/PHM.0000000000000726>.
- [61] O'Haire ME, Guérin NA, Kirkham AC. Animal-Assisted Intervention for trauma: a systematic literature review. *Front Psychol* 2015 ; 6 : 1121. <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2015.01121>.
- [62] Romaniuk M, Evans J, Kidd C. Evaluation of an equine-assisted therapy program for veterans who identify as "wounded, injured or ill" and their partners. *PLoS One* 2018 ; 13 : e0203943. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0203943>.
- [63] Faure P, Padovan C. Protocole d'activités psychothérapeutiques associant le cheval avec le modèle APACHE®. Le Pin Au Haras: IFCE ; 2020.
- [64] Pinqart M, Sörensen S. Helping caregivers of persons with dementia : which interventions work and how large are their effects? *Int Psychogeriatr* 2006 ; 18 : 577-95. <https://doi.org/10.1017/S1041610206003462>.
- [65] Miller MD, Reynolds CF. Expanding the usefulness of Interpersonal Psychotherapy (IPT) for depressed elders with co-morbid cognitive impairment. *Int J Geriatr Psychiatry* 2007 ; 22 : 101-5. <https://doi.org/10.1002/gps.1699>.



Les personnes âgées présentant des troubles mentaux sont prises en charge dans différents segments de l'offre de soin et de services. Ce sont des unités spécialisées (services ou équipes mobiles de psychogériatrie, unités spécifiques en Ehpad...) ou non ; elles sont alors suivies par des acteurs ou organismes « généralistes » (psychiatrie de secteur, médecins généralistes, Ehpad, foyers...)

Noms et localisations des organismes présentés dans la monographie CARTE 2



## Une offre complexe et inégalement répartie

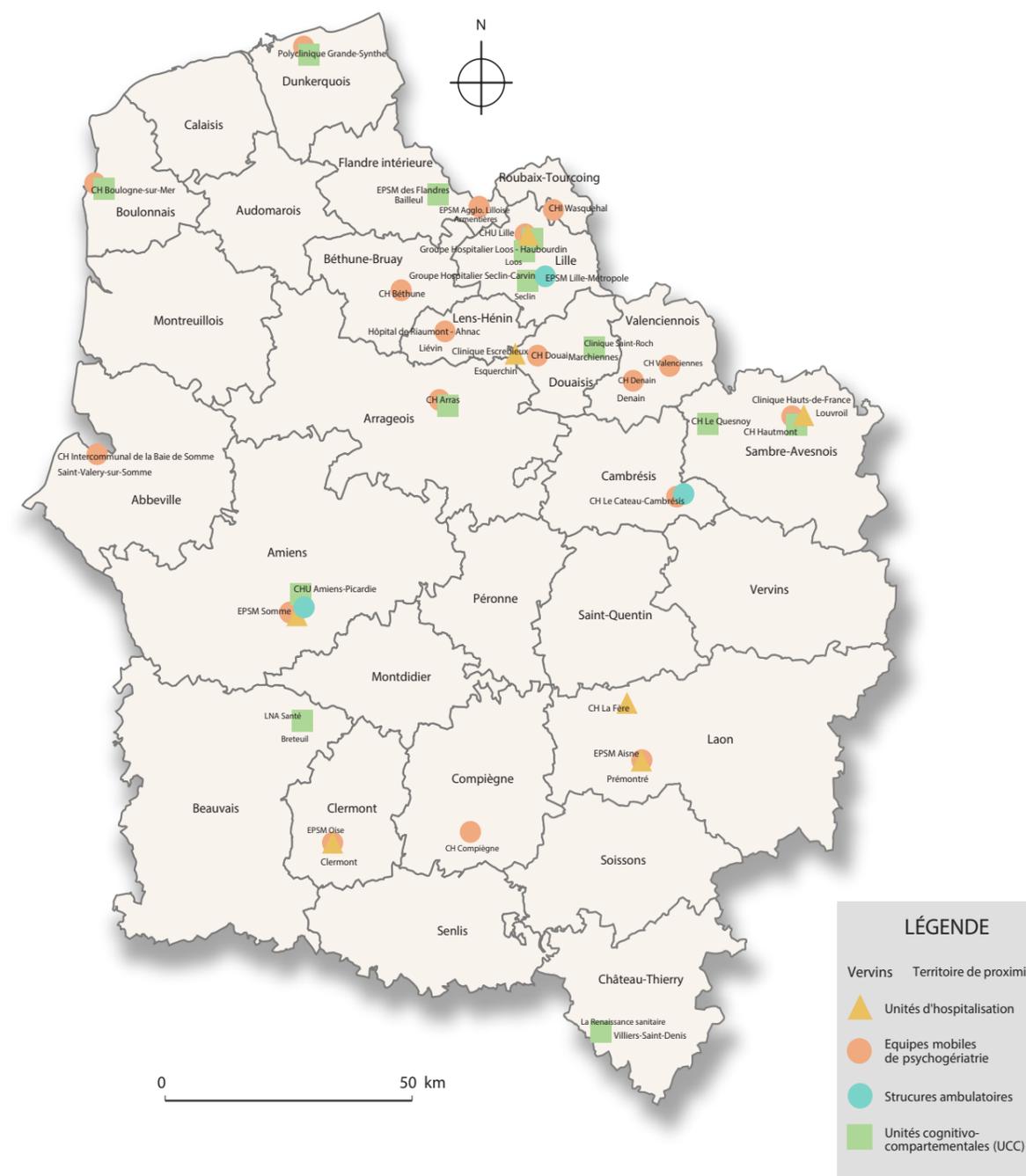
# Unités d'hospitalisation, unités cognitivo-comportementales, équipes mobiles et structures ambulatoires

7 **unités d'hospitalisation spécifiques** à la psychiatrie de la personne âgée ont été recensées dans les Hauts-de-France : 3 dans le Nord, 2 dans l'Aisne, 1 dans la Somme et 1 dans l'Oise ; le Pas-de-Calais n'en compte aucune. Deux de ces unités sont implantées dans des établissements privés, à Esquerchin (clinique de l'Escrebieux) et à Louvroil (clinique des Hauts-de-France). 3 services sont gérés par un EPSM, à Clermont, Dury (Amiens) et Prémontré et 2 par des centres hospitaliers généraux ou universitaire, à La Fère et Lille.

Les **unités cognitivo-comportementales (UCC)**<sup>22</sup> sont des unités d'hospitalisation de petite taille (10 à 12 lits) au sein de Services de soins de suite et de réadaptation (SSR), bénéficiant de locaux adaptés et de professionnels spécifiquement formés. Elles sont destinées aux personnes atteintes de la maladie d'Alzheimer ou apparentée, mais ont fréquemment une patientèle présentant des troubles psychiatriques, à titre principal ou de comorbidités. 8 sont implantées dans le Nord, 2 dans l'Oise, 2 dans le Pas-de-Calais et 1 dans le département de l'Aisne.

18 **équipes mobiles de psychogériatrie (EMPG)**, composées d'un temps partiel de psychiatre et d'infirmier, interviennent en Ehpad et/ou à domicile auprès de personnes âgées souffrant de troubles mentaux : la moitié (9) sont implantées dans le Nord, 4 dans le Pas-de-Calais, 2 dans l'Oise, 2 dans la Somme et 1 dans l'Aisne. Elles sont le plus souvent rattachées à des centres hospitaliers (11), généraux (10) ou universitaires. (1) ; les autres sont reliées à un EPSM (4) ou à un Établissement de santé privé d'intérêt collectif (Espic).

Enfin, 5 **structures ambulatoires** ont été identifiées : 3 dans le Nord (Hautmont, Le Cateau-Cambrésis et Seclin), 1 dans l'Oise (Clermont) et 1 dans l'Aisne (Prémontré). Cependant, ces centres présentent une grande hétérogénéité dans leur fonctionnement et il existe une activité ambulatoire psychogériatrique dans des lieux de soins qui ne la présentent pas comme unité spécifique.



**TABLEAU 2 Répartition des structures sanitaires spécialisées selon le statut de l'établissement gestionnaire et du département d'implantation**

Type	Services hospitalisation	UCC	Équipes mobiles	Structures ambulatoires
<b>Statut établissement</b>				
CH	1	7	11	2
CHU	1	2	1	
Clinique	2	2		
EPSM	3	1	4	3
Espic		2	2	
<b>Département</b>				
Aisne	2	1	1	
Nord	3	8	9	3
Oise	1	2	2	2
Pas-de-Calais		2	4	
Somme	1	1	2	
<b>Total</b>	<b>7</b>	<b>14</b>	<b>18</b>	<b>5</b>

<sup>22</sup> La création d'UCC constitue la mesure n°17 du plan Alzheimer 2008-2012

Source : établissements.

## Le service de psychogériatrie et de psychiatrie de la personne âgée du CHI de Clermont (EPSM de l'Oise)

Dr Céline Talmant<sup>23</sup>

*Intégré dans un pôle de psychiatrie adulte s'appuyant sur les principes du rétablissement, le service de psychogériatrie et de psychiatrie de la personne âgée (P3A) constitue un pivot de la filière dans le département de l'Oise.*

### Un service intégré dans un pôle ressource d'évaluation et de réhabilitation

Le Prerps<sup>24</sup> est un pôle sanitaire non sectorisé transversal du CHI de Clermont s'adressant aux personnes adultes résidant dans l'Oise souffrant de troubles psychiques chroniques (épisodes psychotiques aigus, pathologies chroniques, pathologies complexes et résistantes), de troubles du spectre autistique avec ou sans déficience intellectuelle associée et également aux personnes âgées de 65 ans et plus présentant des troubles psychiatriques et/ou des troubles du comportement dans le cadre de pathologies neurodégénératives. Il s'adresse également aux proches et aux aidants.

Ce pôle regroupe 4 services intersectoriels :

- le service de psychogériatrie et de psychiatrie de la personne âgée (P3A),
- le service intersectoriel de troubles envahissants du développement (Sited),
- le centre départemental de remédiation cognitive et réhabilitation psycho-sociale (Crisalid),
- l'unité de soins renforcés en réhabilitation psychosociale (USR-Réhab).

L'objectif de ce pôle, basé sur les principes de rétablissement, est de proposer un projet de soins individualisé et intégratif de réhabilitation en s'appuyant sur un maillage territorial autour des différents acteurs du sanitaire, du médico-social, de l'associatif et du privé.

La réhabilitation psycho-sociale en psychiatrie de la personne âgée est l'ensemble de processus directs et indirects, mobilisant les individus et leur environnement en vue de permettre aux personnes à l'âge de la retraite présentant une déficience, une limitation de capacité ou un problème de performance liés à un trouble mental de recouvrer un fonctionnement optimal.

Les principes de prise en soins, coordonnée avec la famille et les différents interlocuteurs institutionnels sanitaires et médico-sociaux, s'organisent autour de 5 axes :

- clinique : réévaluation clinique,
- pharmacologique,
- plan de soin et de vie individualisé de réhabilitation psycho-sociale spécifique à la personne âgée (remédiation cognitive, psychoéducation, éducation thérapeutique...),
- travail de coordination avec tous les acteurs de la prise en soins afin d'élaborer un projet de soins/vie,
- orientation vers une structure adaptée au patient avec organisation des soins en ambulatoire.

### Deux unités d'hospitalisation

- Une unité de 10 lits, « Point-Virgule », pour des patients souffrant de pathologies psychiatriques aiguës (épisode dépressif caractérisé, décompensation psychotique...).

- Une unité de 15 lits, « Apostrophe », orientée soins de suite et rétablissement. Y sont accueillis les patients provenant de l'unité aigue « Point-Virgule » ou des autres services de l'hôpital. Il s'agit la plupart du temps de patients hospitalisés au long cours, pour lesquels jusqu'alors aucun projet de sortie n'avait été fait ou ayant vécu plusieurs échecs en structure médico-sociale. Dans cette unité, 5 lits sont mis à disposition pour des patients connus du service, qui nécessitent un séjour de rupture pour un nouvel épisode de décompensation.

- Un hôpital de jour, « Trait-d'Union », qui a une capacité actuelle de 8 places, du lundi au vendredi, avec une perspective d'augmentation capacitaire à 15 lits.

L'objectif général est de favoriser le maintien à domicile et le travail de réinsertion ou de maintien dans la cité, en proposant une offre de soins innovante basée sur une prise en charge intégrative personnalisée, s'appuyant notamment sur les grands principes de la réhabilitation psycho-sociale.

### Psychiatrie de la personne âgée et psychogériatrie : les deux orientations du service

Le service :

- consultations de psychogériatrie et consultations de psychiatrie de la personne âgée

- 1 équipe mobile de psychiatrie de la personne âgée (EMPPA) composée d'1 équivalent temps-plein (ETP) d'infirmière et 0,1 ETP de médecin, qui interviennent sur tout le département. Le projet de service 2021-2023 comprend un objectif d'extension de l'équipe tant en extrahospitalier qu'en intra-hospitalier.

- 1 équipe mobile de psychogériatrie en Ehpad sur le territoire Oise-Est (47 Ehpad) : projet co-construit avec le Centre hospitalier de Compiègne-Noyon, qui est porteur du projet et le CHI-EPSM de l'Oise, opérateur.

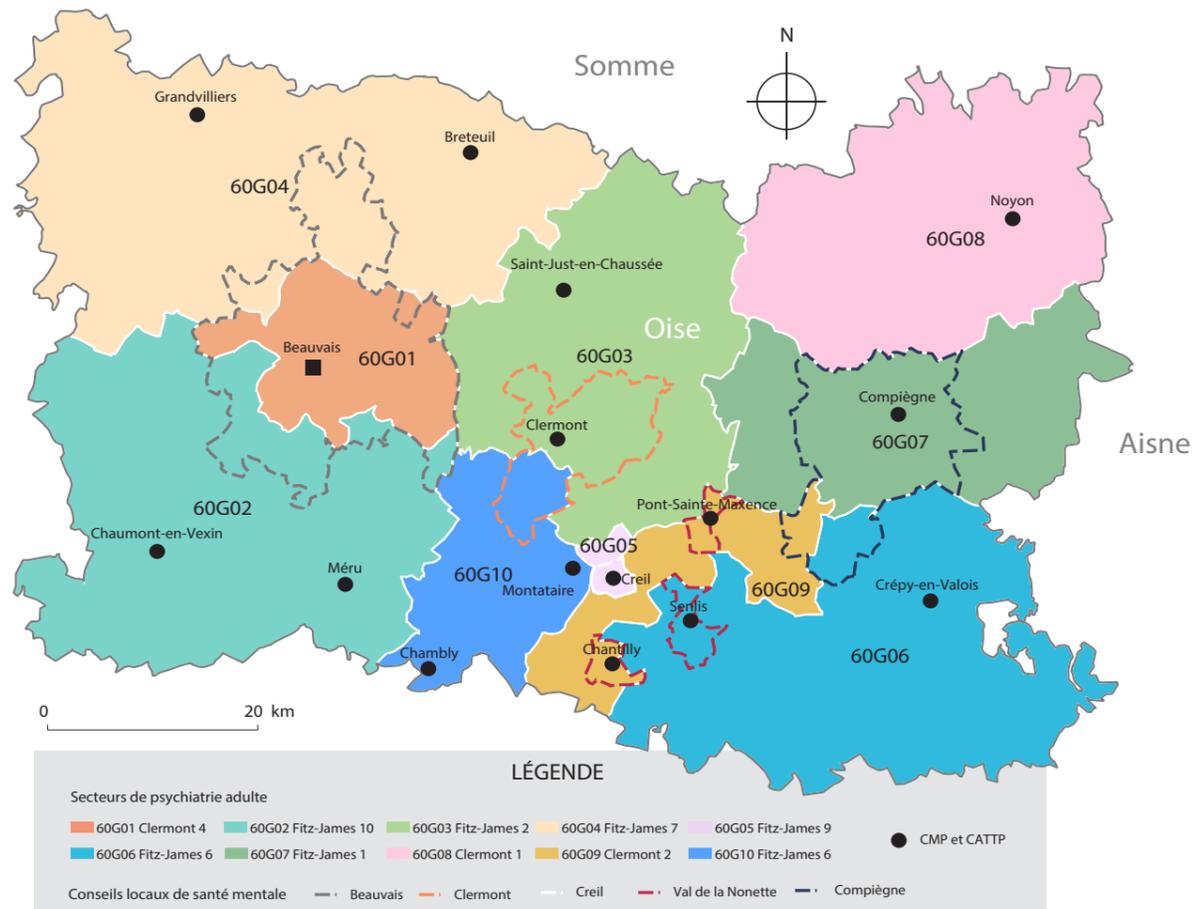
- 1 équipe mobile de psychogériatrie en Ehpad sur le territoire Oise-Ouest (23 Ehpad) qui débutera en septembre 2022. Là encore, le projet réalisé avec un centre hospitalier général, celui de Beauvais (CHB), qui est porteur et le CHI, opérateur.

Par ailleurs, le service P3A a signé une convention avec l'Unité cognitivo-comportementale (UCC) de Pont-Sainte-Maxence qui prévoit le détachement d'un 0,2 ETP psychiatre pour se rendre sur l'UCC 1 fois par semaine.

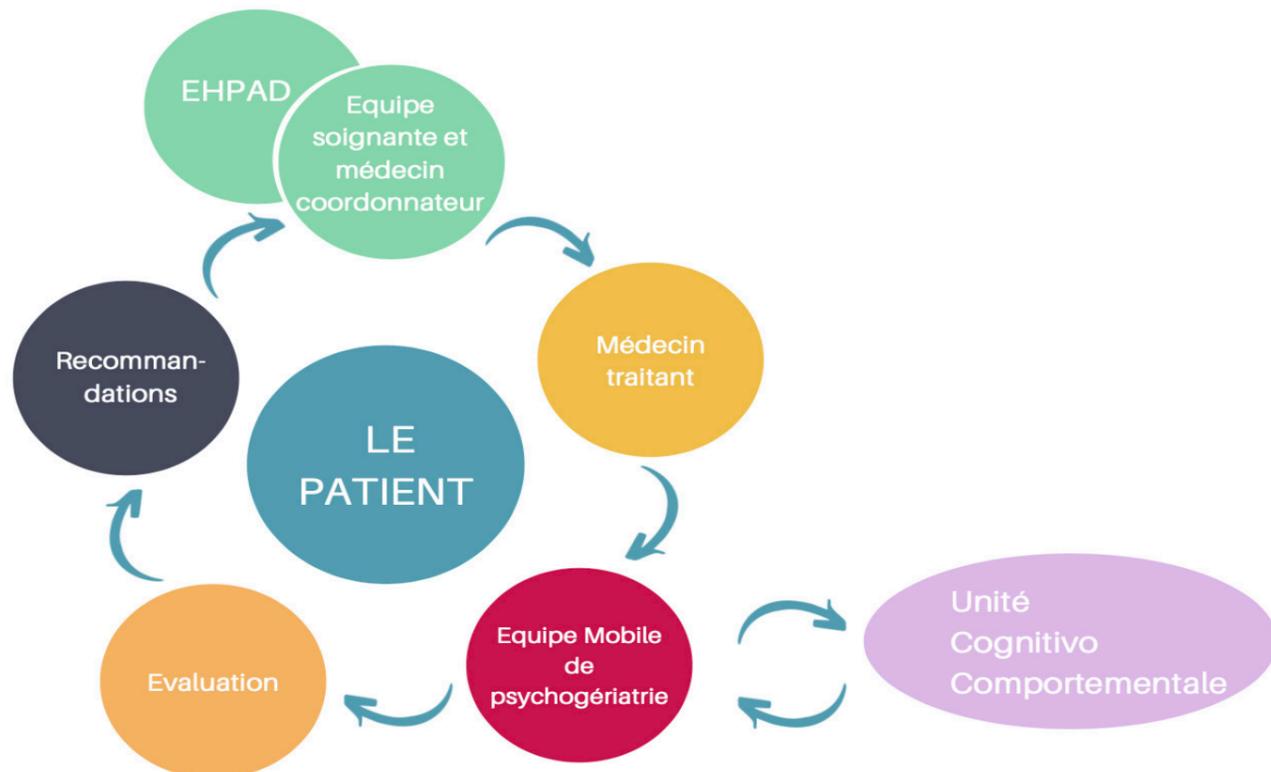
Ainsi, dans le parcours de soins du patient, il peut être suivi en consultation psychogériatrique et/ou par une équipe mobile psychogériatrique, transféré en UCC puis reprendre un suivi ambulatoire.

<sup>23</sup> Cheffe de service, P3A - centre hospitalier isarien - EPSM de l'Oise, Clermont - 03 44 77 50 43 - [psychogeriatric@chi-clermont.fr](mailto:psychogeriatric@chi-clermont.fr)

<sup>24</sup> Pôle ressource évaluation et réhabilitation psycho-sociale



Enfin, le service P3A, est présent dans les 3 filières gériatriques du département : celle du Centre hospitalier Compiègne-Noyon, celle du Groupement hospitalier public du sud de l'Oise (Creil-Senlis) et celle du Centre hospitalier de Beauvais.



## L'équipe mobile de psychogériatrie de Grande-Synthe

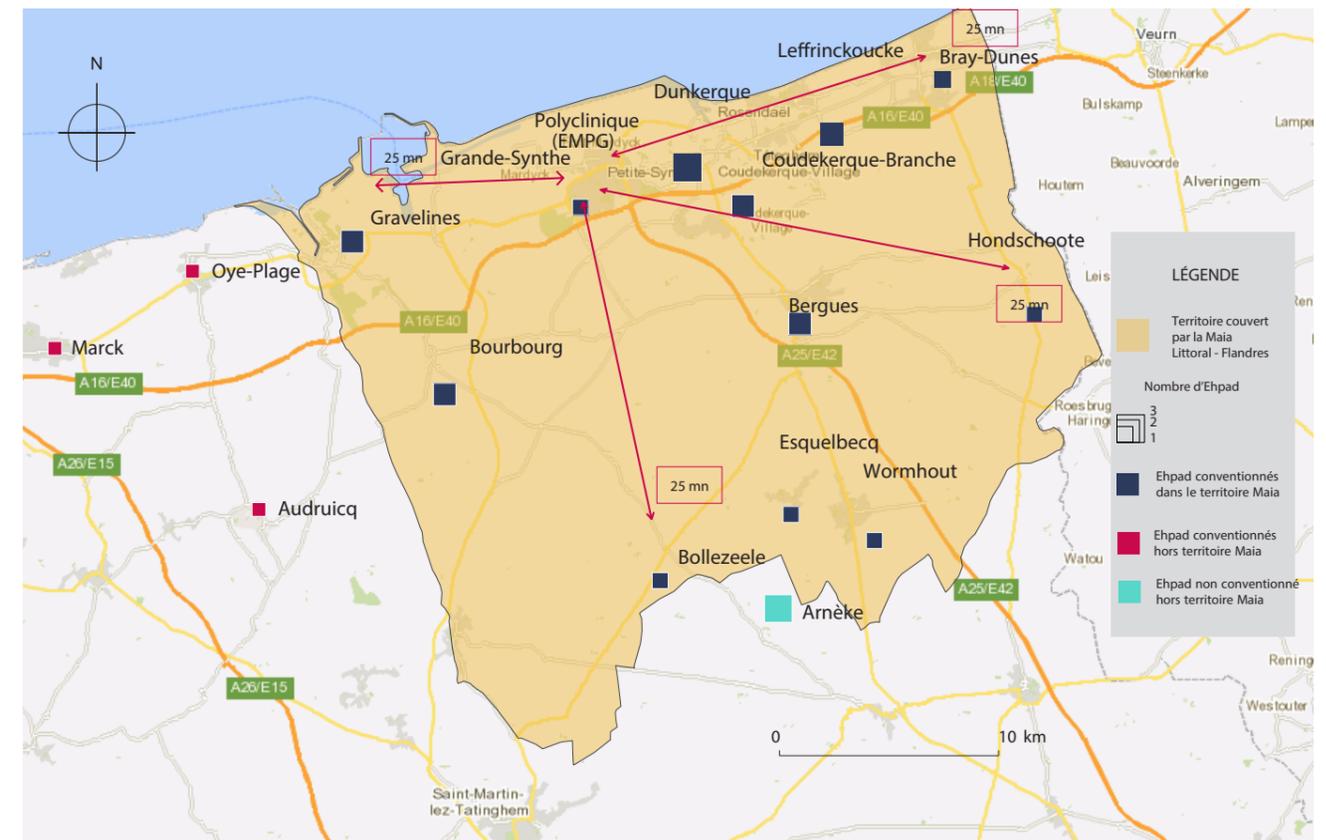
D<sup>r</sup> Rémi Messin, Fabienne Delaeter<sup>25</sup>

*L'EMPG de la polyclinique de Grande-Synthe a été créée en avril 2018, en complément d'une activité de psychiatrie de liaison avec les Ehpad, débutée dans les années 1990. À ce jour, 23 Ehpad bénéficient de l'intervention de l'équipe*

L'équipe est composée d'une coordinatrice (0,5 ETP) et d'un médecin (0,2 ETP), qui assurent en binôme les visites en Ehpad le mardi après-midi ; 3 résidents sont en moyenne rencontrés par semaine, dans l'un des 19 Ehpad (cf. carte 5)



Implantation et Ehpad couverts par l'équipe mobile de psychogériatrie de la polyclinique de Grande-Synthe



<sup>25</sup> Médecin et infirmière coordinatrice de l'équipe mobile de psychogériatrie - polyclinique de Grande-Synthe - 03.28.58.61.78 - [empg.polyclinique@pg-s.com](mailto:empg.polyclinique@pg-s.com) - <https://www.polyclinique-grande-synthe.com/equipe-mobile-de-psychogeriatrie/>

## Les étapes de l'intervention

La sollicitation de l'équipe se fait par l'infirmier de l'Ehpad (3/4 des cas), par le médecin coordinateur (1 cas sur 5) ou par le médecin traitant (2%) ; la nature de la demande et les actions déjà mises en place sont précisées sur un document-type.

L'intervention se déroule en 3 temps :

- rencontre avec l'équipe, pour un échange autour de la situation et des difficultés rencontrées,
- évaluation du résident en présence d'un membre de l'équipe (si possible) et de la famille si elle le souhaite,
- synthèse avec l'équipe (+/- famille) et énoncé des premières recommandations.

Le délai moyen d'intervention est de 1 mois, avec un maximum de 2 mois.

Chaque intervention se conclut par :

- la remise d'un document écrit avec synthèse clinique et propositions thérapeutiques à l'attention de l'équipe soignante et du médecin traitant (en son absence, mise à disposition immédiate d'une ordonnance),
- une lettre détaillée, rédigée par le médecin, est adressée dans les 8 jours à nos interlocuteurs (équipe soignante/médecin, coordonnateur/médecin, traitant/psychiatre, si déjà suivi/famille si elle le souhaite). L'infirmière coordinatrice adresse également ses recommandations écrites si nécessaire (transmission aux soignants de conseils de prise en soins portant sur l'aspect non médicamenteux ou environnemental).

## Les particularités de l'équipe de Grande-Synthe

- Dans tous les cas, à l'issue de notre passage, nous proposons d'évaluer la pertinence de nos prescriptions et recommandations, par téléphone et/ou courriel. Cette activité génère un travail de « *régulation téléphonique post-évaluation EMPG* ». Elle concerne souvent les prises en charge les plus difficiles.

En cas d'urgence, nous tâchons, en binôme, de répondre le jour même afin de faciliter le travail quotidien des équipes soignantes des Ehpad.

- C'est le même binôme qui, au sein de la polyclinique, gère la coordination du parcours patient en gériatrie et surtout en UCC (à hauteur de 0,5 ETP pour l'infirmière en parcours patient et de 0,6ETP pour le médecin en UCC).

Cette organisation facilite les échanges avec les Ehpad en permettant :

- d'organiser des hospitalisations ou de les éviter.
- d'assurer le suivi (par régulation téléphonique et/ou passage de l'EMPG) des patients sortant d'UCC : retour ou entrée en Ehpad (secteur ouvert ou UVA-UVP).

## Statistiques 2021

124 résidents évalués – 105 suivis – 15% des patients sont revus au moins une fois.

Régulation téléphonique pour 20 patients dans 10 Ehpad - 92 appels et échanges d'environ 20 mn.

Information : pour 8 des 20 patients, le nombre d'échanges téléphoniques a été de 5 à 14, sur des périodes de 15 jours à 2 mois environ ...)

Orientation hospitalière : 3 (2 en court séjour gériatrique, 1 en UCC).

## Formation, information

L'équipe a accueilli des gestionnaires de cas Maia et des étudiants en DU de psychogériatrie durant ses visites en Ehpad. Elle participe aux soirées de la psychogériatrie organisées par la Maia Littoral-Flandres, 2 fois par an, autour de cas cliniques.

## Perspectives

L'EMPG souhaiterait développer son rôle en tant que dispositif de la filière gériatrique du territoire (signalement et sollicitation d'intervention en Ehpad pour certains résidents à la suite de leur passage aux urgences / court séjour gériatrique) ; elle cherche à réduire son délai d'intervention. Elle aimerait que le travail de suivi des résidents soit intégré dans le temps de travail reconnu de l'EMPG et, enfin, elle souhaiterait développer la formation et le partage de pratiques, au sein des Ehpad, en inter Ehpad ou entre EMPG. Ces projets, faute de temps, ne peuvent actuellement pas se concrétiser.

## L'équipe mobile de psychogériatrie de Valenciennes

D<sup>r</sup> Alice Duvivier, D<sup>r</sup> Sylvie Soyez, Domitille Vilette, Maud Bruandet, Morgane Ledoux<sup>26</sup>

*L'équipe mobile de psychogériatrie (EMPG) du CH de Valenciennes a été créée en 2015, initialement dans le cadre de l'expérimentation du dispositif Personnes âgées en risque de perte d'autonomie (Paerpa), dans le but d'apporter une expertise psychogériatrique au domicile du patient et de faciliter l'accès aux soins.*

## Les constats fondateurs

Six motifs ont motivé la création de l'équipe :

- la complexité bio-psycho-sociale des décompensations psychiatriques du sujet âgé,
- la psychopathologie du vieillissement souvent dominée par la régression, le surinvestissement du corps et le deuil confèrent une coloration particulière aux manifestations de la souffrance psychique du sujet âgé,
- une fragilité fréquente des repères sociaux à cet âge impose une évaluation plus globale qu'à d'autres âges.
- la continuité souvent rompue entre repérage et la prise en charge adaptée,
- l'intrication entre les fragilités psychiques et somatiques, la polyopathie et la polymédication,
- un accès aux soins souvent tardif, via une hospitalisation, longtemps après le début de la décompensation.

## L'EMPG : une offre de soins spécifiques et de proximité

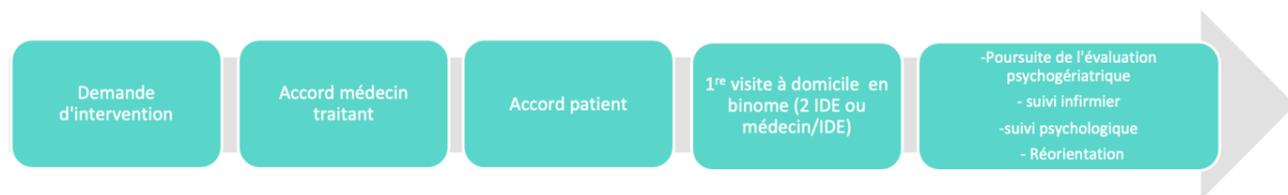
Les interventions sont caractérisées par :

- la possibilité d'intervenir à domicile afin de faciliter un accès aux soins le plus précocement possible et de lever les freins liés aux déplacements,

<sup>26</sup> EMPG, pôle de psychiatrie adulte - centre hospitalier, 114 avenue Desandrouins CS 50479 - 59322 Valenciennes cedex - 03 27 14 05 45 - 07 85 04 05 86 - 07 85 06 67 90 - [empg-chv@ch-valenciennes.fr](mailto:empg-chv@ch-valenciennes.fr)

- la mise à disposition d'une compétence en psychogériatrie pour une évaluation de la situation, débiter les soins si nécessaire et aider à l'orientation adaptée,
- la facilitation d'une prise en charge coordonnée entre le médecin traitant, les différents intervenants libéraux et l'hôpital,
- des prises en charge rapides (délai d'intervention dans le mois qui suit la demande), courtes (de l'ordre de quelques mois) et coordonnées en amont, pendant et en aval de la prise en charge.

## Schéma de fonctionnement



## L'équipe

L'équipe est composée d'une psychiatre (0,2 ETP), d'une gériatre (0,2 ETP), de 2 infirmières : l'une avec une expérience préalable, pour les parcours en psychiatrie (1 ETP), l'autre avec une expérience préalable, pour les parcours en gériatrie (1 ETP), d'une psychologue clinicienne, assurant les bilans neuropsychologiques (0,5 ETP) et d'un temps de secrétariat (0,1 ETP).

## Critères d'admission et caractéristiques des patients

### Critères

L'équipe accompagne des personnes âgées de plus de 65 ans, en souffrance psychique, habitant sur les secteurs psychiatriques du Valenciennois et du Quercitain (territoire Maia du Valenciennois) et ne résidant pas dans un Ehpad ou une structure médicalisée.

### Les chiffres

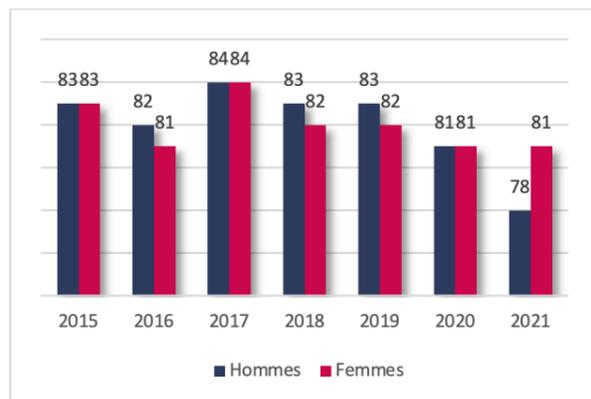
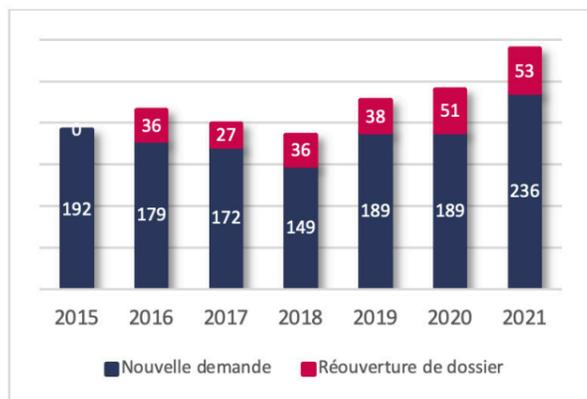
En 2021, le délai moyen d'intervention à domicile s'élevait à 31 jours, la durée moyenne de suivi était de 135 jours, alors que chaque patient bénéficiait de 2,8 visites en moyenne.

- Une augmentation des demandes

- Âge moyen

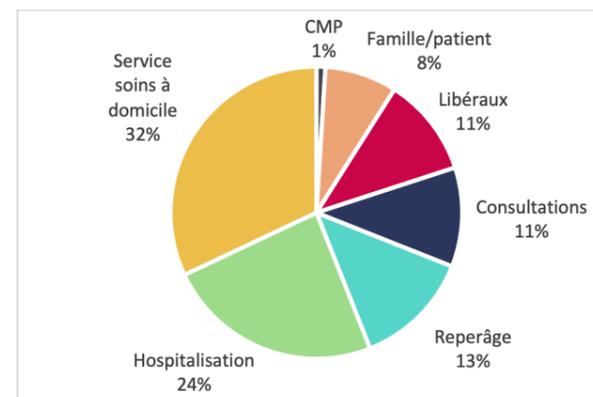
**FIGURE 4** Nombre de demandes adressées à l'EMPG selon leur ancienneté. 2015-2021

**FIGURE 5** Âge moyen des patients selon le sexe et l'année. 2015-2021



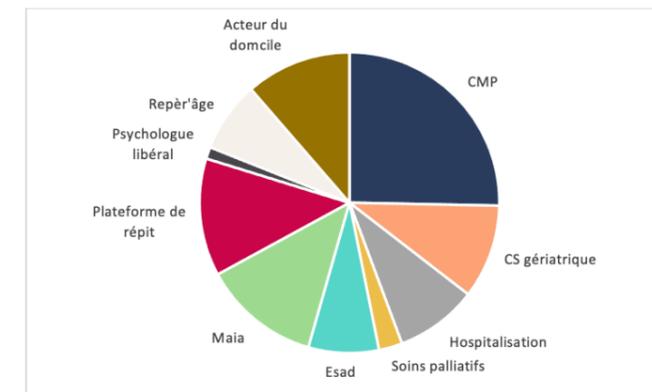
- Origine des demandes

**FIGURE 6** Répartition des demandes d'intervention selon leur origine. 2021



- Réorientations à l'issue de la prise en charge

**FIGURE 7** Répartition des orientations à l'issue de la prise en charge. 2021



En conclusion, il est possible d'affirmer que l'EMPG est un maillon dans le parcours de soin de la personne âgée en souffrance psychique, pour une population qui ne demande pas explicitement d'aide alors qu'elle en a réellement besoin. Elle propose un accompagnement pluridisciplinaire où le sujet est au cœur des préoccupations. La mobilité auprès de la personne en souffrance permet très souvent une amorce pour une mobilisation psychique du sujet.

## L'équipe mobile de psychogériatrie d'Arras

D' Anne-Laure Fauchille<sup>27</sup>

**L'ARS Hauts-de-France a mis en place, à partir de 2013, un dispositif expérimental d'évaluation gériatrique et psychiatrique des personnes âgées résidant en Ehpad, sous la forme d'équipes mobiles de psychogériatrie (EMPG). Ces équipes ont une mission de diagnostic, d'évaluation et d'orientation en consultations avancées au sein des Ehpad. Elles permettent également de renforcer l'articulation entre les établissements de santé et les Ehpad.**

L'EMPG d'Arras a été créée en 2017. Une de ses particularités est qu'elle est portée par le pôle santé mentale, secteurs 62G18 et 62G19, du Centre hospitalier d'Arras (CHA). Préalablement à sa constitution, il existait déjà sur ce secteur psychiatrique une organisation spécifique en gérontopsychiatrie : consultations psychiatriques en CMP fléchées « *psychiatrie de la personne âgée* », consultations infirmières et psychiatriques avancées en Ehpad, intervention de la psychiatrie de liaison dans les services gériatriques du CHA. Le partenariat préexistant entre les équipes de psychiatrie et les équipes de gériatrie clinique et médico-sociale a facilité la mise en place de l'EMPG d'Arras.

Aujourd'hui, l'EMPG se compose de 0,2 ETP de psychiatre ayant un DU de psychogériatrie et de 2 ETP d'IDE. Les 4 infirmiers intervenant au sein de l'EMPG ont également un temps d'activité au centre médico-psychologique (CMP) d'Arras. Des conventions ont été établies avec 12 Ehpad du territoire, publics ou

<sup>27</sup> CH d'Arras, 57 avenue Winston Churchill, SP 6, 62022 Arras cedex - 03 21 21 19 95 - [secretariat.cmp@gh-artoisernois.fr](mailto:secretariat.cmp@gh-artoisernois.fr)

privés. L'activité est croissante depuis l'ouverture, passant de 237 consultations infirmières annuelles en 2017 à 521 en 2021.

## Les atouts d'une EMPG intégrée dans la filière psychiatrique

En améliorant l'articulation entre les Ehpad et le secteur psychiatrique, l'EMPG facilite l'admission en Ehpad de patients hospitalisés en service psychiatrique. L'EMPG peut par exemple, après évaluation, préconiser des visites à domicile (VAD) infirmières au sein de l'Ehpad, afin de s'assurer de la bonne adaptation du patient à l'institution, de dépister les prémices d'une décompensation, d'apporter aux personnels de l'Ehpad un éclairage sur les symptômes du patient... Le temps de travail partagé entre l'EMPG et le CMP permet aux infirmiers de l'EMPG de réaliser ces VAD, ce qui est un bénéfice pour le résident en termes de continuité des soins et d'alliance thérapeutique.

Le positionnement de l'EMPG dans la filière psychiatrique offre un parcours de soin fluide en cas de nécessité d'hospitalisation psychiatrique d'un résident d'Ehpad, programmée ou en urgence.

L'expérience et la formation psychiatrique des infirmiers de l'EMPG, sensibilisés à la psychothérapie institutionnelle, aux thérapies familiales ou thérapies brèves sont des outils précieux dans l'évaluation des patients, ainsi que dans l'accompagnement et le soutien des personnels des Ehpad, et des familles de résidents.

Au-delà de l'EMPG, le pôle santé mentale d'Arras a poursuivi le développement d'une activité de psychiatrie de la personne âgée avec des consultations psychiatriques spécialisées au CMP. L'équipe de psychiatrie de liaison est également impliquée dans l'évaluation et l'orientation des personnes âgées, que ce soit aux urgences ou dans les services de gériatrie. Cette offre de soins permet à l'EMPG de répondre de manière adaptée au degré d'urgence de chaque situation. L'EMPG intervient en moyenne une semaine après la demande d'évaluation. Si le résident nécessite un avis psychiatrique urgent, une orientation vers la psychiatrie de liaison du CHA est possible. Pour les évaluations non urgentes ou les suivis, l'EMPG peut solliciter une consultation de psychiatrie de la personne âgée au CMP.

## Une implication de l'EMPG dans la filière gériatrique

Même si elle est portée par le pôle santé mentale, l'EMPG a développé un partenariat fort avec la filière gériatrique. La bonne collaboration entre les professionnels facilite par exemple les orientations en hospitalisation ou en consultation gériatrique si l'état du résident le nécessite.

L'EMPG participe activement aux réflexions de territoire sur la thématique de la psychogériatrie : acteurs de la réflexion régionale sur la psychogériatrie initiée par l'ARS en 2018, participation aux groupes de travail de la filière gériatrique d'Arras sur le parcours de soins, la communication et la formation psychogériatrique, constitution d'un logigramme sur la dépression dans le cadre du parcours Nutriâge...



*L'existence de l'EMPG intégrée dans la filière psychiatrique, en collaboration étroite avec la filière gériatrique est une réelle plus-value pour le territoire.*

## L'unité de gérontopsychiatrie de la clinique de l'Escrebieux

D<sup>r</sup> Bertrand Taillefer<sup>28</sup>

*Au sein d'un établissement psychiatrique privé de 119 lits ou places implantés près de Douai, l'unité de gérontologie dispose de 26 lits.*



Dans des locaux ouverts en 2015, à l'architecture et aux installations adaptées, un projet thérapeutique individualisé est défini pour chacun des 26 patients de 65 ans ou plus hospitalisés dans l'unité.

## Admissions

Les hospitalisations se font sur prescription du médecin traitant ou d'un psychiatre (libéral ou hospitalier : CMP, services de psychiatries et centres d'accueil et de crise), en accord avec le patient. Une visite de préadmission est organisée avec les médecins gériatre et psychiatre de l'établissement pour la définition du projet de soins.

Le service accueille des patients en soins libres, dont le consentement pour y adhérer n'est pas altéré, tout particulièrement touchés par les troubles de l'humeur et les troubles anxieux.

## Modalités de prise en charge

La prise en charge est assurée par une équipe encadrée par 4 psychiatres et 4 psychologues formés aux thérapies cognitivo-comportementales (TCC) pour les troubles psychiatriques du sujet âgé, (dépressions, troubles de l'humeur, troubles anxieux invalidants, trouble du sommeil, trouble de l'adaptation), avec réévaluation périodique des traitements psychotropes. Un bilan neurocognitif à visée diagnostique sur évaluation médicale est réalisé pour les troubles cognitifs débutants ; de même, une évaluation du risque de chute de chaque patient est évaluée par le gériatre et l'ergothérapeute.

L'unité prend en charge des comorbidités addictives, notamment à l'alcool et aux médicaments (benzodiazépines et antalgiques). Le suivi somatique régulier est assuré par le gériatre du service, aidé par l'ergothérapeute, et par les kinésithérapeutes.

## Indicateurs d'activité

En 2021, l'unité a suivi 141 personnes, dont 105 femmes (74%) et 36 hommes (26%). Leur âge était compris entre 65 et 84 ans, pour 90% d'entre elles. La durée moyenne de séjour s'élevait à 40 jours.

<sup>28</sup> Unité de gérontopsychiatrie - clinique de l'Escrebieux - 984, rue de Quiéry 59553 Esquerchin - 03 27 71 58 58 - [esc-accueil@ramsaygds.fr](mailto:esc-accueil@ramsaygds.fr)

Un atelier de stimulation cognitive est proposé par la neuropsychologue et l'ergothérapeute, un atelier de stimulation sociale, artistique, psychomotrice et sportive par l'ergothérapeute, l'art-thérapeute et l'animateur en activité physique adaptée (APA). Enfin, des rendez-vous peuvent être pris avec l'assistante sociale.

## Coopérations

Une convention a été signée avec le centre hospitalier de Douai, les urgences et le service de gériatrie, ainsi qu'avec le centre local d'information et de coordination gérontologique (Clic) de l'arrondissement de Douai et 5 Ehpad. L'établissement participe par ailleurs aux travaux du conseil local de santé mentale du Douaisis et au projet territorial de santé mentale du Hainaut.

## La concertation gérontologique pluridisciplinaire du territoire littoral-Flandres, dispositif d'appui autour de la psychiatrie de secteur

D<sup>r</sup> Jean-Paul Durand, Émeline Onoo<sup>29</sup>

*L'exercice de la psychogériatrie dans le cadre d'un réseau de partenaires, confronte les professionnels à des situations complexes. Pouvoir bénéficier d'un espace d'analyse et de réflexions pluridisciplinaire permet un étayage collaboratif, source d'ouvertures et de perspectives concernant des parcours empreints de souffrances.*

La concertation gérontologique pluridisciplinaire (CGP) a été mise en place en juillet 2007, par les partenaires membres de la commission « *projet de réseau de santé gérontologique* »<sup>30</sup>, afin de réfléchir concrètement aux situations complexes dites de « *blocage* », rencontrées au sein de leurs pratiques professionnelles. C'est **une instance d'évaluation partagée**, avec le concours de compétences de professionnels de différentes disciplines (psychologues, infirmiers, psychiatres de secteur, assistantes sociales), spécialisés en gérontologie, et exerçant dans différentes institutions. Il s'agit d'un espace où l'on partage et confronte les connaissances et savoir-faire, face à des situations qui interrogent le plus souvent les professionnels sur des questions de responsabilités et d'éthique.

## Définir les situations complexes ou situations de « blocage » afin de les aborder concrètement

Le « *blocage* » correspond à toute situation où le professionnel souhaite prendre du recul face à un cumul de difficultés et/ou un accompagnement qui devient difficile : conflits familiaux, début de perte de repères et de mémoire, décompensation des pathologies psychiques, repli sur soi et refus de la personne âgée de se faire aider, isolement et souffrance de la personne âgée, personnes en situation de précarité.

<sup>29</sup> Psychiatre, chef de pôle de psychiatrie générale - EPSM des Flandres - 03.28.24.40.62 – [jean-paul.durand@ghpsy-npdc.fr](mailto:jean-paul.durand@ghpsy-npdc.fr)  
Directrice, aide aux personnes âgées ou à handicap moteur - [e.onoo@apahm-asso.fr](mailto:e.onoo@apahm-asso.fr)

<sup>30</sup> Centre hospitalier de Dunkerque, Cram, CCAS de Dunkerque - Polyclinique de Grande Synthe, secteur 59Go2 de l'EPSM des Flandres

L'enchevêtrement de multiples éléments d'ordre objectif et subjectif, peut provoquer pour le professionnel, le sentiment de se trouver dans une impasse.

## Assurer une stabilité dans le temps pour une réflexion distanciée

La pérennité du dispositif est très vite apparue comme le socle de la qualité de cet espace, dans un paysage juridique et administratif mouvant.

Les principes organisationnels en sont les suivants :

- **l'ouverture** à des partenaires invités dans le respect de la charte ;
- l'instauration d'une instance décisionnaire et tactique : la **Commission Médico-Sociale (CMS)** réunie une fois par an ;
- la création d'une **charte de confidentialité** et de partage d'informations de la CGP ;
- la tenue d'une session de CGP par trimestre faisant l'objet d'une préparation collégiale 15 jours auparavant entre institutions afin de proposer 4 situations par session ;
- l'anonymisation des **outils de suivi** et d'analyse des parcours contribuant au bilan annuel ;
- l'élaboration de **pistes de travail** tracées et reprises dans les bilans annuels.

## Quel bilan et quelles perspectives ?

De l'année de sa création à 2020, 153 situations ont été traitées. La richesse des travaux se traduit par une grande diversité d'orientations proposées (79 en 10 ans) avec en moyenne 3 pistes dégagées par situation présentée. Enfin, dans le champ de la pratique, les équipes mentionnent des coopérations accrues et affinées sur le terrain, des visites à domicile en commun, l'amélioration des repérages, des co-constructions de parcours et une réduction des hospitalisations en psychiatrie.

Il existe cependant également des facteurs de blocage, dont les principaux sont les refus et/ou mises en échec des aides à la personne, le déni des problèmes par le sujet ou sa famille, les dynamiques familiales conflictuelles, la dégradation de l'hygiène corporelle ou du logement et les mises en danger.

L'ensemble des professionnels souhaite la mise en place de groupes d'analyse des pratiques. Enfin, l'élargissement à d'autres secteurs de la psychiatrie et l'extension à d'autres types de réseaux impliquant la santé mentale sont en préparation.

## Les membres permanents de la Concertation gérontologique pluridisciplinaire

Clic du territoire (Littoral et Moulins de Flandre)  
Secteur 59Go2 (Psychiatre – Psychologue – IDE – Assistante Sociale)  
Établissements de santé (CH de Dunkerque, Polyclinique de Grande-Synthe, Hôpital maritime de Zuydcoote, hospitalisation à domicile)  
Caisses de Retraite (Carsat – MSA)  
Maison d'Aloïs (plateforme d'accompagnement et de répit)  
Équipe Spécialisée Alzheimer de l'Association de soins et de services aux domiciles (Assad)  
MAIA du Littoral et des Flandres  
Pôle autonomie du Conseil Général départemental du Nord

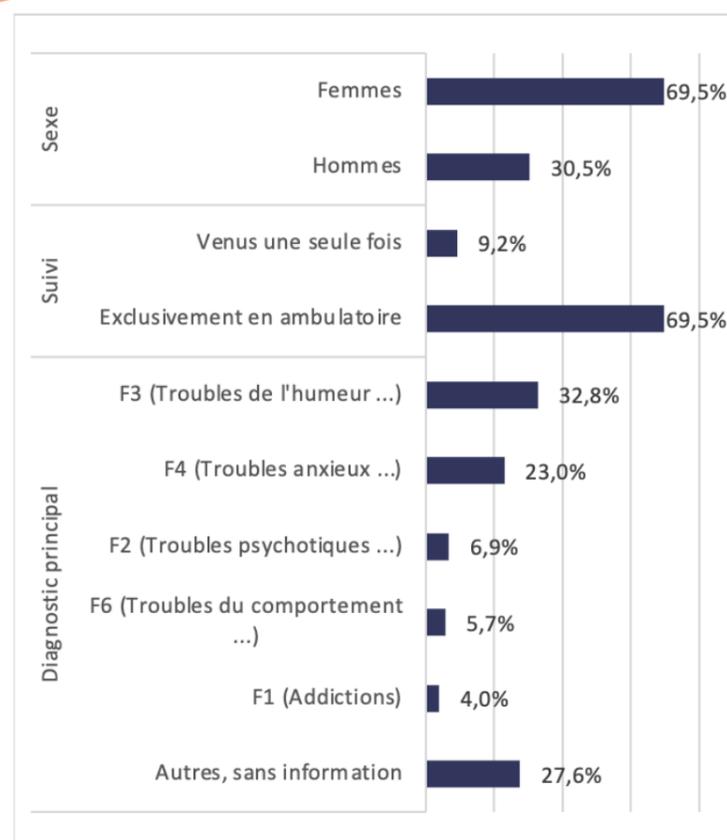
## Le centre de jour de gérontopsychiatrie de Seclin<sup>31</sup>

Laurent Plancke<sup>32</sup>

**Situé au cœur de la ville, le centre a été créé à la fin des années 1990, à la faveur d'une réorganisation sectorielle de Seclin ; il est installé dans une ancienne maison d'habitation, et de locaux plus récents, clairs et récemment rénovés. Les locaux comprennent des salles d'activité et des bureaux d'entretien ; dans les couloirs sont suspendues des œuvres créées durant les ateliers thérapeutiques.**

Service de l'EPSM de Lille-Métropole, le centre propose des entretiens et des activités thérapeutiques, à un rythme adapté, en hôpital de jour -de 19 places- à des personnes âgées souffrant de troubles mentaux, anciens (patients suivis en psychiatrie depuis un certain temps) ou nouvellement diagnostiqués, qui développent des troubles du sujet âgé, à raison de 1 à 5 demi-journées par semaine. Les patients sont orientés par les médecins généralistes, les familles, les gériatres et les psychiatres des secteurs de Seclin et de Cysoing, au sud-est de Lille (59G09 et 59G10).

FIGURE 8 **Caractéristiques des patients du centre de psychogériatrie de Seclin. 2021. N=174.**



### Caractéristiques de la patientèle

En 2021, 174 patients ont été accompagnés par le centre (figure 8). Il s'agit surtout de femmes

<sup>31</sup> Article rédigé à partir de l'entretien réalisé avec le Dr Aurélien Laurent, responsable médical du centre. 10, rue Roger Salengro - 59113 Seclin 03 28 16 77 80

<sup>32</sup> Fédération de recherche en psychiatrie et santé mentale Hauts-de-France - F2RSM Psy

(sept sur dix) ; le suivi est exclusivement ambulatoire, dans sept cas sur dix). Les premiers diagnostics retrouvés sont les troubles de l'humeur (un sur trois) et les troubles anxieux (un sur quatre).

### Les activités thérapeutiques proposées

- Activités manuelles
- Arts graphiques
- Arts plastiques
- Contes
- Couture
- Jardinage
- Marche
- Média.com
- Pâtisserie
- Peinture sur soie
- Psychomotricité
- Remue-méninges
- Rubrique à brac
- Simulation cognitive
- Socio-esthétique

« Les patients anciens ont surtout des troubles de l'humeur, des troubles psychotiques, avec émergence de troubles cognitifs, sur des tableaux plus déficitaires que productifs. Les patients plus récemment entrés en psychiatrie ont des troubles anxieux, des troubles dépressifs, souvent liés à des troubles cognitifs -pour les patients eux-mêmes ou pour l'entourage-, parfois à des situations de veuvage, de solitude ».

Dr Aurélien Laurent, responsable du centre de jour de géronto-psychiatrie de Seclin

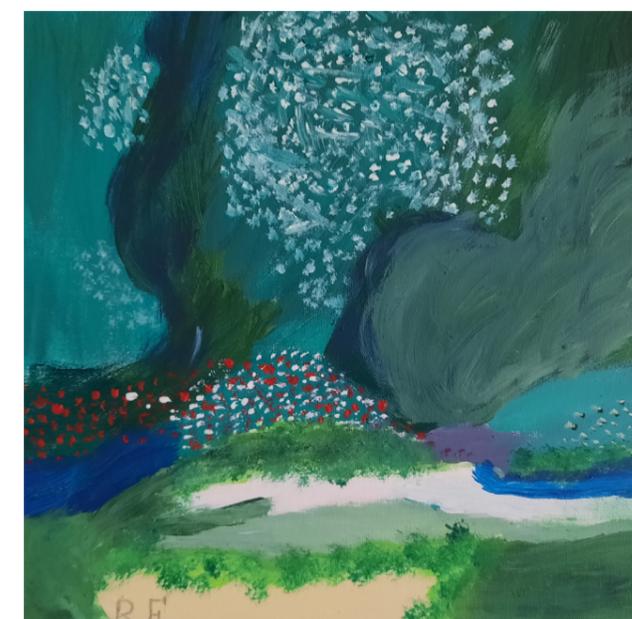
### Atouts et limites

Ce type de centre permet une prise en charge appropriée d'une patientèle qui a du mal à consulter. Les modes d'intervention sont spécifiques et ont un rythme adapté aux personnes âgées. Le centre de jour permet une approche ambulatoire qui limite les hospitalisations. Les coopérations avec les gériatres et Eollis<sup>33</sup> sont satisfaisantes ; elles font l'objet de réunions régulières.

Cependant, des difficultés sont signalées. Un fort absentéisme aux activités, lié à l'âge, est déploré. Des institutions sont peu enclines

à accepter des patients présentant des troubles mentaux. Les liaisons avec les Ehpad sont correctes dans un des 2 secteurs, inexistantes dans l'autre.

Tableau de Roger Fremeaux, actuellement exposé au centre de jour de Gérontopsychiatrie



<sup>33</sup> Eollis est une association basée à Phalempin gérant différents dispositifs (Clic, réseau de soins palliatifs, Maia ...) <http://www.eollis.net/>

## L'activité de consultation-liaison de psychiatrie de la personne âgée au centre hospitalier de Valenciennes

D<sup>r</sup> Marie Playe, Cindy Houwenaghel, D<sup>r</sup> Michael Prévot, D<sup>r</sup> Éric Thomazeau<sup>34</sup>

**Le pôle de psychiatrie du CHV dispose depuis 1997 d'une consultation interne de psychiatrie qui permet aux services non psychiatriques du CHV de bénéficier d'évaluations spécialisées sur site. Les missions de la consultation sont celles d'évaluer et de proposer le cas échéant une thérapeutique et/ou une orientation vers des soins ambulatoires ou hospitaliers.**

Initialement cette consultation reposait sur les praticiens de l'unité de soins pour l'anxio/dépression. Depuis 2017, avec l'augmentation de la demande, un ETP d'infirmière y a été dédié. La consultation s'appuie actuellement sur cette infirmière qui sollicite le psychiatre d'astreinte de journée pour validation de la prise en charge. La consultation interne de psychiatrie ne concerne pas le service des urgences (hormis l'unité d'hospitalisation de courte durée), qui a son propre fonctionnement.

Depuis début 2021, avec l'arrivée d'une psychiatre formée à la psychiatrie de la personne âgée (PPA), une activité de liaison plus spécifique à la personne âgée a été mise en place, à raison de 2 demi-journées par semaine. Le temps IDE a été également majoré après un an d'activité de liaison PPA, d'un 0,2 ETP.

La population concernée est celle âgée de plus de 60 ans présentant un trouble psychopathologique ancien ou de novo, associé à une problématique liée au vieillissement. Le critère d'âge est resté ouvert, considérant le vieillissement précoce de cette classe de population.

### Une liaison concernant tous les services du centre hospitalier

La liaison PPA représente 16% de l'ensemble des consultations internes (soit 208 consultations sur un total de 1297 actes). La moyenne d'âge des patients est de 78 ans (la fourchette étant comprise entre 66 et 89 ans). Les interventions concernent tous les services situés sur le site du centre hospitalier (MCO, SSR, hébergement gériatrique).

#### **Pathologies présentées à la consultation en 2021 (diagnostics après évaluation - N=208 consultations)**

- Troubles de l'humeur : 40%, dont 4% dans le cadre d'un épisode dépressif majeur avec composante délirante (mélancolie).
- Evaluation d'un risque suicidaire : 12%
- Problématiques psychotiques (psychose ancienne, épisodes délirants avérés ou phénomènes hallucinatoires) : 16%
- Troubles anxieux : 6%
- Troubles comportementaux secondaires à des troubles cognitifs : 4% (toutes étaient formulées par les unités hospitalières de gériatrie)
- Problématiques iatrogéniques : 3%
- Autres : 19 % (diagnostics symptomatiques sans étiologie clairement repérée comme syndrome catatonique, mutisme, anorexie, etc.)

En ce qui concerne les liens avec la filière gériatrique :

- 87 interventions, soit 42%, ont lieu au sein des structures gériatriques (filiale d'hospitalisation, d'hébergement et soins de suite et de réadaptation gériatriques)
- la filière gériatrique valenciennoise permet des évaluations psychiatriques programmées lors d'hospitalisations de semaine ou de jour. Avec la réorganisation hospitalière pendant la crise Covid, ces secteurs ont dû être à plusieurs reprises fermés ; néanmoins 15 interventions ont pu être organisées sur l'année, en partenariat avec nos collègues gériatres.

La réponse principale apportée à la demande formulée par les services est pour les 2/3 d'entre elles un avis thérapeutique, pour 20 % une évaluation clinique de la problématique et pour 12% une orientation.

À l'issue de ces évaluations, 70% des interventions se limiteront au temps de la consultation avec parfois des réévaluations rapprochées le temps du séjour (au maximum 3).

Quand ils sont proposés, les relais d'aval se font très minoritairement vers les structures psychiatriques (4% vers les CMP et 3% en hospitalisation). La filière gériatrique est en revanche sollicitée dans 14% des cas via des préconisations d'orientation en Ehpad (3%), en unité cognitivo-comportementale (UCC, 3%). Les équipes mobiles de gériatrie sont également interpellées : rarement l'équipe mobile d'information et d'orientation gériatrique (2%) et plus fréquemment l'Équipe mobile de psychogériatrie (EMPG) qui intervient au domicile (7%).

### Un rôle d'articulation des soins

Ainsi ces premières données permettent d'ores et déjà de souligner le rôle d'articulation des soins que joue la consultation de PPA, entre MCO, filière gériatrique et soins psychiatriques, entre offres de soins intra et extrahospitalières. Cela suppose une bonne connaissance des ressources du territoire -dont une partie était déjà identifiée dans le cadre de l'activité de liaison psychiatrique mise en œuvre depuis quelques années- ainsi qu'une bonne identification des rôles et missions de chacun.

Le profil des problématiques traitées souligne l'importance de la consultation de liaison comme moyen de repérage des troubles de l'humeur chez la personne âgée. Par ce fait, elle participe aux missions de prévention en santé mentale et du risque de complications comorbides de la dépression sur ces terrains fragiles.

Les interventions permettent d'apporter une expertise psychiatrique dans des services non dédiés, à des patients âgés, qui fréquentent peu les structures traditionnelles de soins en santé mentale. Les rencontres, ponctuelles, n'aboutissent que rarement à un relais des soins. Quand les troubles le nécessitent, nous soulignons l'intérêt de disposer sur le territoire d'une équipe mobile de psychogériatrie intervenant au domicile ; elle dispose, elle aussi, d'une double expertise, psychiatrique et gériatrique.

Par la suite, nous serons attentifs à l'évolution du nombre de consultations. Les chiffres d'activité de liaison mériteront d'être précisés, afin d'affiner les profils d'intervention notamment les motifs de demande, les diagnostics cliniques secondaires et les types d'avis formulés, y compris quand ils sont multiples.

<sup>34</sup> Respectivement psychiatre référente de la liaison PPA, IDE référente de la liaison, médecin référent de la consultation interne, et chef du pôle de psychiatrie du centre hospitalier de Valenciennes - 03.27.14.98.56 ; 03.27.14.31.82 - [playe-m@ch-valenciennes.fr](mailto:playe-m@ch-valenciennes.fr)

# Unités médico-sociales

*Les personnes âgées porteuses d'un handicap psychique relèvent des politiques du handicap et des personnes âgées, traditionnellement distinctes. Pour ce public ont été créées des unités de vie, au sein de foyers ou d'Ehpad, au nombre de 17<sup>35</sup> (de source ARS) totalisant 353 places. Outre une carte de leur implantation, 4 d'entre elles font l'objet d'une présentation dans cette monographie, à titre illustratif ; elles sont implantées en milieu rural, à Isbergues (Pas-de-Calais), Saint-Riquier (Somme), Marquette-en-Ostrevant (Nord) et La Vallée-au-Blé (Aisne). Enfin, l'expérience des maisons des aidants de Lille et Roubaix est présentée.*

## L'hébergement des personnes âgées en situation de handicap psychique

Marie-Noëlle Cadou, Marine Merlevede<sup>36</sup>

*Nous sommes allées à la rencontre de professionnelles de deux unités dédiées à l'accueil des personnes en situation de handicap psychique vieillissantes : Stéphanie Ponseel (SP), directrice de l'Ehpad d'Isbergues<sup>37</sup>, gérée par La Vie Active (Pas-de-Calais) et qui comprend une unité de vie pour personnes handicapées âgées (UVPHA), ainsi que Marie Delannoy (MD), infirmière coordinatrice de l'unité pour personnes handicapées vieillissantes (UPHV<sup>38</sup>) au sein de l'Ehpad de Saint-Riquier<sup>39</sup>, de statut public, dans la Somme.*

### *Crehpsy. Accueillez-vous du public âgé souffrant de troubles psychiques ?*

SP. En effet, l'UVPHA est une unité dédiée de 14 personnes en situation de handicap psychique vieillissant (de plus de 60 ans, sauf dérogation).

MD. Oui, nous accueillons 17 personnes en situation de handicap psychique, à partir de 50 ans et cela sans limite d'âge. La sortie de l'UPHV dépend du degré de dépendance de la personne.

### *Crehpsy. Si oui, quelle est la genèse de ce projet ?*

SP. Au sein de l'Ehpad, le constat a été fait qu'on accueillait des personnes avec des troubles psychiques vieillissantes. Nous avons alors ouvert en 2014 une unité compte tenu de l'évolution du public accueilli et de ses besoins. Nous sommes allés chercher des financements et en 2016, l'Agence Régionale de Santé et le Conseil départemental du Pas-de-Calais ont autorisé et financé l'UVPHA d'Isbergues.

<sup>35</sup> Compte non tenu des unités de vie financées exclusivement par les conseils départementaux

<sup>36</sup> Directrice et assistante de service social - Crehpsy - 235 avenue de la Recherche, 59120 Loos - 03 20 16 56 10

<sup>37</sup> Ehpad Les Orchidées - 57 rue Léon Blum, 62330 Isbergues - 03 91 82 84 80

<sup>38</sup> Les UPHV sont parfois également nommées Unités de vie pour personnes handicapées vieillissantes (UVPHV)

<sup>39</sup> Ehpad, 7 rue de l'Hôpital, 80135 Saint-Riquier - 03 22 28 92 92

MD. Nous souhaitons ouvrir une UVPHA ; cependant il n'y a pas eu d'appel à candidature pour ce type d'unité. Le département de la Somme nous a proposé d'ouvrir une UPHV. C'est chose faite, l'ouverture a eu lieu en 2017.

### *Crehpsy. Comment distinguez-vous UVPHA et UPHV ?*

MD. Selon moi, au sein de l'UPHV, il y a plus de stimulations qu'en UVPHA. L'unité dans laquelle je travaille est un peu comme la continuité après le Foyer de Vie. Nous faisons des activités soutenues le matin, en donnant des tâches qui responsabilisent les personnes. Quant à l'après-midi, les activités sont plutôt occupationnelles. C'est une structure entre le Foyer de Vie et l'Ehpad.

## Une téléconsultation hebdomadaire avec un psychiatre

### *Crehpsy. Quelles sont les modalités d'admission ? Et l'accompagnement ?*

SP. Pour entrer en UVPHA, les démarches sont classiques : il faut un dossier MDPH avec orientation UVPHA, ainsi qu'un dossier Ehpad. Nous avons une prise en charge spécifique pour ce public. Ainsi, tous les mercredis, les personnes ont une téléconsultation avec un psychiatre. Ce dernier vient sur site toutes les 6 semaines. Pour nous, ce lieu de vie apporte une vraie ressource complémentaire pour les personnes : généralement, un peu plus jeunes, elles participent aux activités en soutenant d'autres plus âgées : elles remplissent ainsi un rôle social qui leur permet de renforcer leur estime de soi. Des ateliers spécifiques sont également dédiés à ces personnes : jardinage, bricolage...

MD. Nous avons à ce jour 15 chambres simples et 1 double. Pour l'admission, les personnes ont besoin d'une orientation UPHV par la MDPH ; elles doivent aussi remplir un dossier générique Ehpad. Nous travaillons toujours en amont l'intégration du public. Cela passe par des rencontres, une visite de l'unité ainsi qu'un mois d'essai. Nous laissons toujours le choix à la personne ; elle peut arrêter le processus à tout moment. L'UPHV est un lieu de vie et non pas un lieu de soins.

### *Crehpsy. Qui sont les professionnels ? Ont-ils des formations spécifiques ?*

SP. Nous avons deux aides médico-psychologiques dédiées, cinq infirmiers formés sur les troubles psychiques, l'entretien motivationnel, l'urgence en santé mentale, l'écoute et un psychologue qui complète sa formation par un Diplôme universitaire en neuropsychologie. Les IDE et la psychologue « tournent », c'est-à-dire qu'ils interviennent à la fois dans l'UVPHA et aussi dans l'Ehpad.

MD. L'unité est composée d'aides-soignants, d'aides médico-psychologiques, de moniteurs-éducateurs et d'une infirmière coordinatrice en parcours de santé. Un point positif : la formation de l'équipe entière pendant 15 jours avant l'ouverture de l'unité et l'accueil des premiers résidents.

### *Crehpsy. Quels sont vos partenariats ?*

SP. Notre partenaire principal est l'EPSM Val de Lys-Artois de Saint-Venant, c'est-à-dire la psychiatrie de secteur. Ensuite comme pour les autres résidents de l'Ehpad, de nombreux partenariats au niveau de l'axe social sont en place (écoles, Maison de la jeunesse et de l'éducation populaire, médiathèque...)

MD. Nous avons des partenariats étroits avec l'EPSM de la Somme et le CH d'Abbeville, avec lesquels nous avons des conventions. Les équipes mobiles de psychogériatrie passent régulièrement dans l'unité. Nous travaillons aussi avec les foyers de vie alentours, notamment pour des échanges d'activités et rencontres inter-résidents.

**Crehpsy. Quelles difficultés rencontrées ?**

SP. De toute évidence, LA difficulté est la ressource du psychiatre qui aujourd’hui manque cruellement, surtout lors de troubles de comportement et de besoins de réadaptation thérapeutique nécessitant une hospitalisation.

**Crehpsy. Quelle plus-value offerte par ce type d’unité dans un Ehpad ?**

SP. Je dirais que l’accompagnement est adapté aux troubles et aux répercussions des troubles sur la vie de la personne. L’unité permet aux personnes d’être accompagnées dans des lieux de vie et non « mélangées » au public de l’Ehpad « classique », avec un accompagnement adapté. Pour autant, certaines animations et sorties peuvent être communes.

MD. Sans doute que nous jouons un rôle de facilitateur entre le champ du handicap et le champ du vieillissement.

**UPHV et UVPHA : quelles différences ?**

Les Unités de vie pour personnes handicapées âgées (UVPHA) sont implantées au sein d’Ehpad ; elles sont destinées à des personnes, à partir de 55 ans pour les travailleurs handicapés, de 60 ans pour les autres. Les Unités pour personnes handicapées vieillissantes (UPHV) sont implantées dans des foyers de vie ou des établissements d’accueil médicalisé (EAM), qui incluent notamment les foyers d’accueil médicalisé (FAM). Elles accueillent des personnes présentant un handicap, des signes de vieillissement et âgées de 45 ans et plus.

L’accueil y est conditionné par un agrément de la Maison des personnes handicapées.

Ces deux types d’unités sont financées par les départements au titre de l’aide sociale et par l’ARS pour la prise en charge des soins.

**Crehpsy. Voyez-vous des évolutions concernant le public en situation de handicap psychique vieillissant ? Des besoins spécifiques ?**

SP. De toute évidence, il faut créer davantage de lieux dédiés pour ce public, avec une prise en charge psychiatrique et somatique. Il faut aussi permettre d’offrir de nouvelles dynamiques de travail aux équipes. MD. Nous voyons, à notre échelle, arriver davantage de personnes sortant de la psychiatrie. En effet, le médico-social semble accueillir de plus jeunes personnes alors qu’auparavant il était notre principal prescripteur.

**Crehpsy. Auriez-vous un souhait, une aspiration ?**

SP. Comme évoqué juste avant, nous aimerions travailler davantage avec la psychiatrie et ouvrir d’autres unités de ce type.

MD. Nous espérons un jour l’ouverture d’une UVPHA qui permettra au public une transition plus douce entre l’UPHV et l’Ehpad. Actuellement les personnes passant de l’UPHV à l’Ehpad ont un sentiment d’ennui (moins de stimulation dans les activités).

**Un total de 979 places d’hébergement**

La région des Hauts-de-France comptabilise 47 UVPHA pour un total de 626 places et 17 UPHV adossées à des UAM ou Mas pour un total de 353 places. Elles accueillent des personnes présentant des handicaps divers. La densité pour 100 000 habitants de 65 ans ou plus est de 60 pour les UVPHA (avec une variation de 26 à 104 selon les départements) et de 34 pour les UPHV (avec une variation de 19 à 52).

**Unités de vie pour personnes handicapées âgées (UVPHA) et unités pour personnes handicapées vieillissantes (UPHV) financées par l’ARS. Hauts-de-France. 2020**

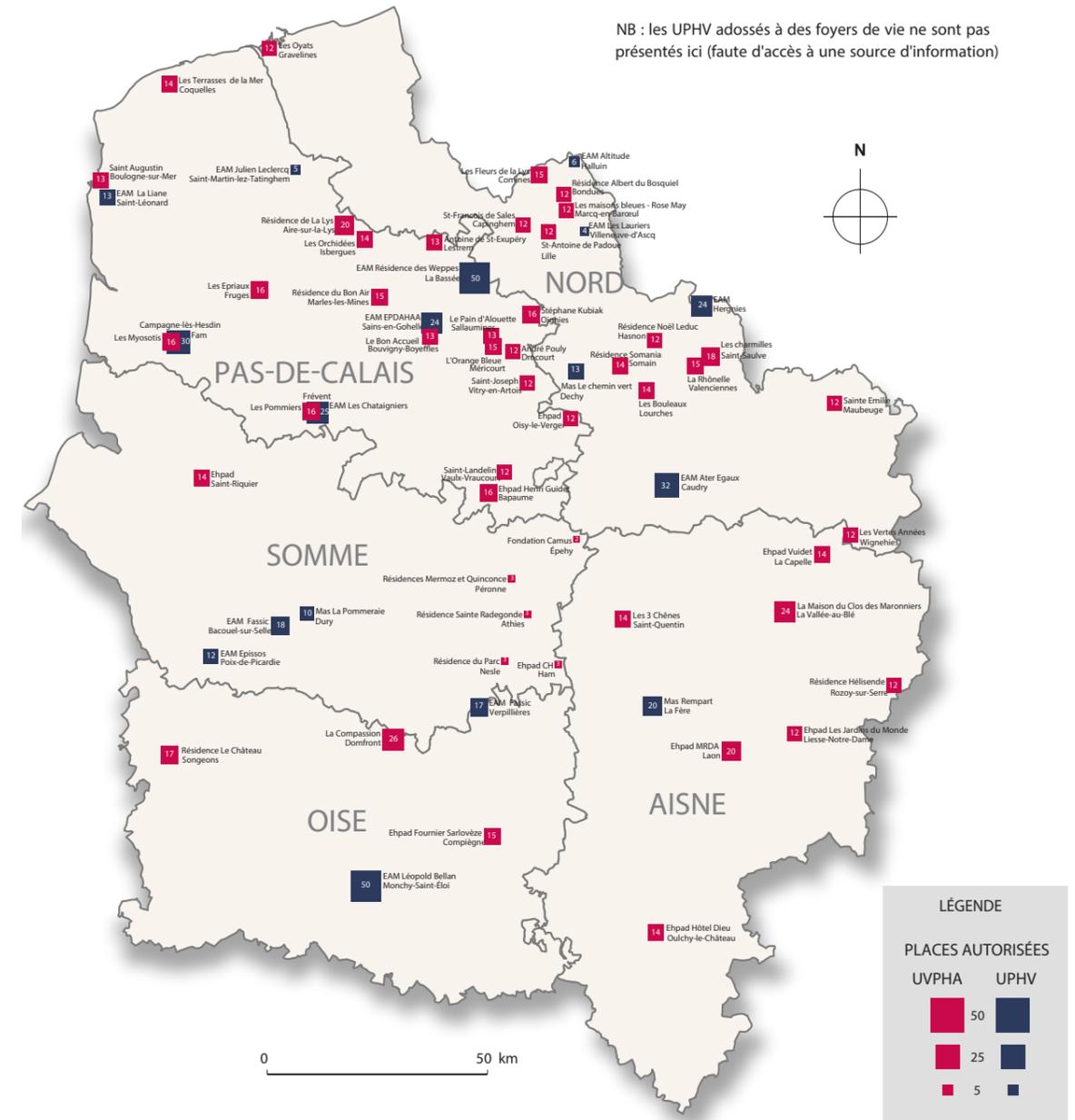
TABLEAU 3

Département	Unités de vie pour personnes handicapées âgées (UVPHA)			Unités pour personnes handicapées vieillissantes (UPHV)		
	Nombre	Places	Densité*	Nombre	Places	Densité*
Aisne	7	110	104	1	20	19
Nord	13	172	40	6	129	30
Oise	3	58	43	1	50	37
Pas-de-Calais	18	258	98	5	97	37
Somme	6	28	26	4	57	52
<b>Total</b>	<b>47</b>	<b>626</b>	<b>60</b>	<b>17</b>	<b>353</b>	<b>34</b>

Source : ARS. NB : les UPHV financées exclusivement par les Conseils départementaux ne sont pas repris dans ce tableau. \* pour 100 000 habitants de 65 ans ou plus.

**Unités de vie personnes handicapées âgées**

CARTE 6



Source : ARS Hauts-de-France. 2022

## L'unité de vie gérontopsychiatrique de l'Ehpad Le Champ d'Or (Marquette-en-Ostrevant)

Pierre Pruvost<sup>40</sup>

*C'est en 2008 que s'ouvre au sein de l'Ehpad de Marquette-en-Ostrevant la deuxième unité de vie gérontopsychiatrique du département du Nord à l'époque. Composée de 28 places d'hébergement, sur les 62 que comporte la structure, cette unité est issue d'une longue réflexion de l'association gestionnaire (Acces) sur l'évolution des populations accueillies au sein des structures qu'elle gérait déjà (Ehpad et foyers de vie pour personnes vieillissantes porteuses d'un handicap psychique) et d'une longue négociation avec les autorités tutélaires.*

Cette unité avait initialement pour objectifs de proposer des solutions pour les personnes atteintes d'un handicap psychique dont le vieillissement entraînait des pathologies non compatibles avec un maintien dans une structure non médicalisée comme un foyer de vie, ainsi que, a contrario, l'accueil de personnes hébergées dans des secteurs sanitaires purs mais dont l'état permettait le placement dans une unité médico-sociale plus adaptée à leur souhait et leurs capacités.

Aujourd'hui, les objectifs restent les mêmes en matière d'accueil de populations psychiatriques diverses, mais le fonctionnement et la vision de l'unité ont évolué au fil du temps.

### Une unité de vie initialement séparée

Ainsi, au départ, l'unité était fermée et sécurisée au sein de la structure. Les résidents disposaient de leur propre étage d'hébergement, ne pouvaient en descendre que par un ascenseur sécurisé et spécifique pour accéder aux salles communes et jardins qui leur étaient réservés. Ce fonctionnement a très vite montré ses limites et l'association a retravaillé son concept en ouvrant l'unité au reste de la structure et en permettant à ses résidents de se mélanger avec les autres pensionnaires de l'Ehpad pendant les repas, de participer aux mêmes animations et activités et de pouvoir circuler plus librement en son sein.

De même, le personnel était initialement dédié à l'unité avec une vision principalement sanitaire. Des problématiques se sont alors rapidement posées : les professionnels, bien que compétents en matière médicale, ne disposaient pas tous du savoir-faire éducatif nécessaire pour des personnes handicapées psychiatriques. Les personnes accueillies étaient avant tout considérées comme des personnes âgées, nécessitant le même type d'accompagnement que dans les autres unités. L'association a donc rapidement fait intervenir au sein de la structure un moniteur-éducateur, ce qui a permis au personnel de développer des projets de vie individuels plus spécifiques aux résidents accueillis, et également de proposer des animations et activités plus adaptées à ce public.

L'ensemble du personnel de l'Ehpad intervient désormais dans l'unité, ce qui favorise à la fois les échanges inter-unités mais également la connaissance de chacun sur l'accompagnement psychiatrique vieillissant. Enfin, des formations spécifiques, réalisées par le Crehpsy ont permis d'améliorer les connaissances du personnel sur les pathologies psychiatriques et les comportements qui peuvent en découler.

### Les difficultés actuelles

L'unité est actuellement confrontée à des difficultés :

- ses 28 places ne permettent pas de répondre aux nombreuses demandes d'admission ; il existe un vrai besoin, local voire départemental ;
- le partenariat avec le service de psychiatrie du CH de Denain a fait l'objet d'une convention à la création de l'unité ; il prévoyait notamment l'intervention régulière d'un psychiatre. Faute de ressources humaines suffisantes, elle a été interrompue, de même que les consultations de télémédecine, pour les mêmes raisons. Une carence de suivi psychiatrique est donc observée ;
- enfin, nous observons chez certains résidents de réelles difficultés d'adaptation à la vie collective. L'hébergement en Ehpad n'est alors plus possible et l'hospitalisation devient l'unique solution. Un travail est en cours à ce sujet pour un partenariat avec une future unité pour adultes en situation de handicap avec « *comportements-problèmes* » porté par une association partenaire.



<sup>40</sup> Directeur délégué - Acces, groupe Aliame - 03 61 67 01 02 - [contact@acces-asso.fr](mailto:contact@acces-asso.fr) - <http://acces-asso.fr>

## L'unité gérontopsychiatrique de l'Ehpad La Maison du Clos des Marronniers (La Vallée-au-Blé)

Laurent Plancke<sup>41</sup>

***D'une capacité de 28 places, l'unité gérontopsychiatrique occupe un des trois niveaux de l'Ehpad situé dans le village de La Vallée-au-Blé près de Vervins (Aisne) ; sa spécificité a été reconnue par l'ARS en 2017<sup>42</sup>.***

### Genèse

L'Ehpad ouvre en 2009 à La Vallée-au-Blé (366 habitants), dans l'Aisne. C'est un établissement de l'association Adef Résidences, qui en gère 60 en France, dont 39 Ehpad<sup>43</sup>. L'arrivée de personnes présentant des troubles mentaux stabilisés, principalement d'Île-de-France, a amené les responsables de l'établissement à demander à l'ARS une reconnaissance de l'unité de gérontopsychiatrie, qu'ils obtiennent en 2017, avec 1,5 ETP d'aides médico-psychologiques dédiés à l'animation dans cette unité. Les personnes étaient déjà dans l'Ehpad, mais la cohabitation avec celles ayant une maladie d'Alzheimer était problématique. Aujourd'hui, ces publics résident dans des étages distincts, de 28 places chacun.

### Fonctionnement

Les patients sont orientés par différents services de psychiatrie (Prémontré et Saint-Quentin, dans l'Aisne, mais également Clermont et Péronne). Ils sont d'abord en observation, pour deux périodes de trois mois, avant d'être admis définitivement. L'accompagnement est individualisé et l'approche intégrative, sans référence théorique exclusive, dans un « *courant humaniste* ». Les activités (six par jour) sont multiples : créatives, culturelles, bien-être, esthétique, balnéothérapie, Snoezelen, qui « *consiste à consacrer aux résidents un temps dédié, dans un espace approprié, à « des activités » reposant sur des sollicitations sensorielles, où la stimulation des sens se fait simultanément ou séparément.* » [66]. L'unité n'accepte que des patients stabilisés et demande un engagement du service d'origine du patient à le « *reprendre* » en cas de difficultés, ainsi que la poursuite du suivi psychiatrique. L'établissement n'a pas de médecin coordinateur et sa vacation de psychiatre n'est pas pourvue, ce qui est ressenti comme un manque pour l'accompagnement de l'équipe. Il entretient des relations privilégiées avec deux médecins généralistes et deux psychiatres, dont un installé en maison médicale.

### Un public beaucoup moins âgé qu'en Ehpad ordinaire

La moyenne d'âge des résidents à l'entrée est de 65 ans, la majorité ayant entre 60 et 69 ans ; certains sont quinquagénaires. Leur durée de séjour est de 8 à 12 ans. « *L'appellation d'Ehpad est en contradiction avec ce qu'on fait ; on ne peut pas dire à un résident de 54 ans qu'il va en maison de retraite* » affirme Nathalie Morini. Il s'agit de personnes ayant de longs parcours en psychiatrie. Trois sur cinq sont des hommes. Les

<sup>41</sup> Fédération régionale de recherche en psychiatrie et santé mentale Hauts-de-France - F2RSM Psy

<sup>42</sup> 13, rue de Verdun 02140 La Vallée-au-Blé (Aisne) - 03 23 98 59 00 - valleeauble@adefresidences.com

Article rédigé à partir de l'entretien téléphonique réalisé avec M<sup>mes</sup> Nathalie Morini, directrice, Prisca Bovrisse, psychologue et Rachel Pottier, cadre de santé, le 11 mars 2022

<sup>43</sup> <https://adef-residences.com/>

pathologies les plus fréquentes sont les troubles psychotiques (F2 dans la Cim-10), tels que des psychoses chroniques ou des schizophrénies. Les familles sont très rarement présentes dans l'établissement.

### Atouts, limites et perspectives

Pour les responsables de l'établissement, l'architecture du lieu, la présence d'un grand jardin et d'une cuisine thérapeutique, la jeunesse et l'engagement des professionnels dans l'accompagnement « psy » constituent ses atouts. À l'inverse, l'absence de convention avec les services de psychiatrie, qui fragilise les coopérations existantes, l'absence de psychiatre dans l'Ehpad et les troubles non stabilisés chez certains résidents constituent ses limites.

L'établissement souhaiterait que 14 de ses places deviennent une UVPHA. Il a également sollicité la Fondation de France pour créer une salle d'apaisement et de retour au calme, lieu plus propice qu'une chambre pour sortir d'une crise. Enfin, l'Ehpad, site-pilote pour la télémédecine depuis 2018 (les psychiatres ont pu faire des consultations à distance durant la pandémie de Covid), souhaiterait créer un centre de téléconsultation, en direction de la population âgée des communes voisines.

## Des maisons pour le répit et l'accompagnement des aidants

Laurent Plancke

L'accompagnement quotidien de personnes en situation de handicap, lié à leur âge, à la maladie (quelle que soit sa nature)... peut provoquer un épuisement, psychologique et/ou physique [67,68].

La Maison des aidants, organisme mais également marque déposée, est une association créée en 2008 par un groupe de professionnels du secteur médico-social. Elle mène une action directe auprès des aidants et propose des formations à des professionnels et organismes intervenant auprès d'eux. Elle gère le service allo-aidants pour ceux à un moment « *être guidés, épaulés, conseillés ou soutenus* » par un professionnel, dans la confidentialité et le respect de l'anonymat. De nombreux guides sont proposés ; celui portant sur la santé mentale est en fait un numéro de la revue « Le partenaire » de l'association québécoise pour la réadaptation psychosociale<sup>44</sup>. Le site ne donne pas la composition des instances de gouvernance de l'organisme et ne précise pas s'il compte des salariés.

Dans le Nord, les Maisons des aidants<sup>45</sup> de Lille et de Roubaix ont été ouvertes en 2012 par l'association Féron Vrau, qui gère 3 Ehpad, 2 services d'accueil de jour, 1 service d'accompagnement du vieillissement en logement adapté (Savela) et Bulle d'air®, « *service mandataire de répit de l'aidant* », intervenant pour relayer un aidant momentanément empêché (hospitalisation, emploi...) ou en vacances, pour une durée courte (minimum 3 heures) ou plus longue.



<sup>44</sup> <http://www.lamaisondesaidants.com/v2/wp-content/uploads/2013/04/partenaire-vol20-no41.pdf>

<sup>45</sup> Maison des aidants M. [maisondesaidants@feron-vrau.com](mailto:maisondesaidants@feron-vrau.com)

Résidence Marguerite Yourcenar, 117, rue de Condé CS 90255 - 59019 Lille Cedex - T. 03 20 42 50 82  
1, place de la Gare - 59100 Roubaix - T. 03 20 28 64 49

Ces maisons « sont des lieux de ressources destinés aux aidants familiaux au sein desquels les aidants peuvent obtenir toutes les informations nécessaires au maintien à domicile de leur proche. Des professionnels répondent ainsi aux besoins des aidants en information, formation, soutien psychologique, resocialisation et répit<sup>46</sup> ». Le public est constitué des aidants des personnes de plus de 60 ans en perte d'autonomie ou atteintes de maladie d'Alzheimer ou apparentée.

Les supports employés sont multiples : entretiens d'évaluation des besoins, permanences téléphoniques, réunions et temps d'information, entretiens individuels, sophrologie, Qi Gong, méditation de pleine conscience... Des temps de convivialité sont également proposés lors de cafés partages, de repas, de loto...

Pendant les activités, les personnes aidées peuvent être accueillies par une assistante de soins en gériatrie, qui peut également relayer l'aidant à domicile, pour une durée de 4 à 10h, moyennant une participation financière « peu élevée ».

En 2019, la Caisse nationale de solidarité pour l'autonomie (CNSA) a alloué 6,3 millions d'euros à des actions en faveur des proches aidants, dont 3,6 à des associations, 1 aux ARS, via les Fonds d'intervention régionale (Fir) et 1,7 pour soutenir les programmes d'actions des conseils départementaux en faveur des aidants<sup>47</sup>.

### Références bibliographiques

- [66] Orain S. Le Snoezelen. *Gérontologie et société* 2008 ; 31126 : 157-64.
- [67] Barrière A. Impacts traumatiques aigus et chroniques des troubles schizophréniques sur les aidants familiaux. Du sous-repérage de l'épuisement des aidants et des traumatismes vicariants en psychiatrie. *L'information psychiatrique* 2018 ; 94 : 169-75.
- [68] Prével M, Poulain E, Jugan C, Franco M-J. L'épuisement de l'aidant principal des patients entrant en unité de soins palliatifs. *Médecine Palliative : Soins de Support - Accompagnement - Éthique* 2013 ; 12 : 25-31.

<sup>46</sup> <http://feron-vrau.com/maisons-des-aidants/>

<sup>47</sup> <https://www.cnsa.fr/budget-et-financement/financement-de-laide-aux-proches-aidants>



# Les conduites suicidaires

## Suicides et tentatives de suicide des personnes âgées

Laurent Plancke et Alina Amariei<sup>48</sup>

*Les personnes âgées se suicident proportionnellement plus que les générations plus jeunes. Il existe cependant des évolutions positives à souligner, mais qui touchent inégalement les sexes et les territoires. Les tentatives de suicide, approchées par les séjours en médecine-chirurgie où ce diagnostic est précisé, témoignent de gestes plus graves chez les aînés que chez les moins âgés.*

### Les décès par suicide

#### Source et méthode

La base des causes médicales de décès de l'Inserm (Centre d'épidémiologie des causes de décès, CepenDc) a été utilisée pour décrire le nombre de décès provoqués par des suicides chez des personnes domiciliées dans les Hauts-de-France entre 2000 et 2017.

Les effectifs sont décrits par sexe et classe d'âge. Les évolutions entre le début et la fin de la période d'étude ont été calculées comme suit :

*Évolution relative = moyenne (2015-2017) - moyenne (2000-2002) / moyenne (2000-2002)*

#### Résultats

Ensemble de la période

Entre 2000 et 2017, 21 259 suicides sont enregistrés parmi la population des Hauts-de-France. 5 016 (23,6%) concernent des femmes et 16 243 (76,4%) des hommes.

En 2015-2017, 755 personnes âgées de 65 ans et plus meurent par suicide ; elles constituent environ le quart (26,0%) des personnes décédées par suicide dans les Hauts-de-France, soit une proportion plus faible qu'en France métropolitaine pour la même période (32,0%).

Nombre de suicides par sexe et âge parmi la population des départements des Hauts-de-France. Total 2015-2017

TABLEAU 4

	Hommes	Femmes	Ensemble	
Tous âges	2 265 100,0%	642 100,0%	2 907 100,0%	2 907
Moins de 65 ans	75,1%	70,2%	74,0%	2 152
65 ans ou plus	24,9%	29,8%	26,0%	755
dont				
65-74 ans	10,4%	15,6%	11,5%	335
75-84 ans	8,6%	9,7%	8,8%	257
85 ans ou +	5,9%	4,5%	5,6%	163

Source : CepenDc. Traitement : FzRSM Psy.

Exemple de lecture : parmi les 2265 suicides enregistrés chez les hommes dans les Hauts-de-France de 2015 à 2017, 24,9% ont touché des hommes de 65 ans ou plus.

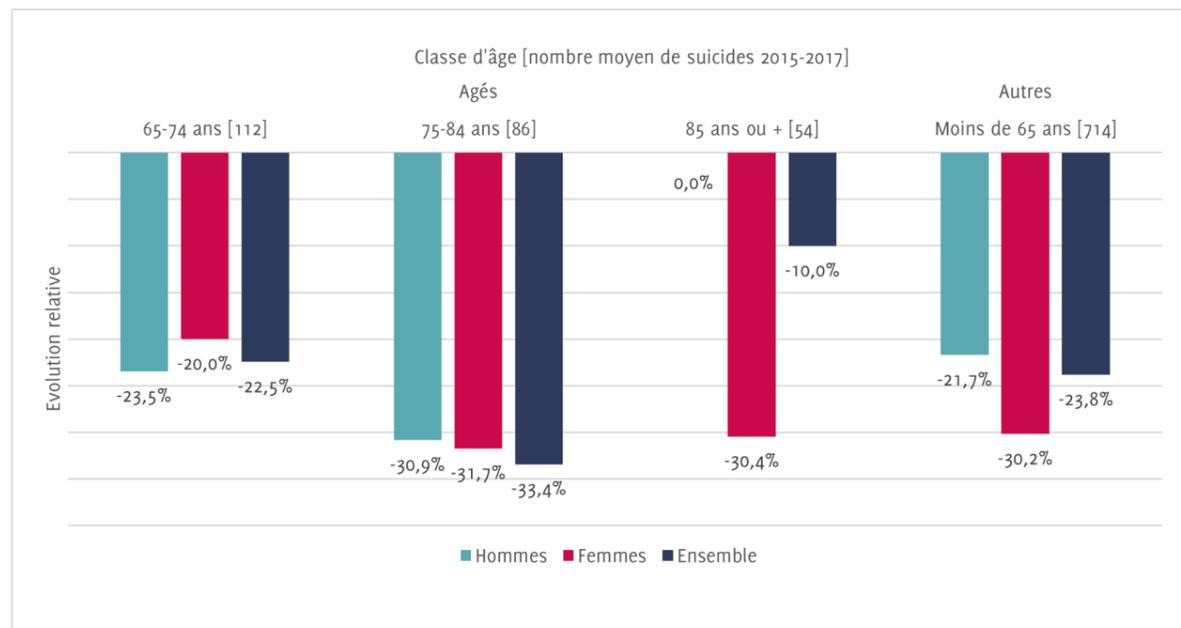
<sup>48</sup> Fédération régionale de recherche en psychiatrie et santé mentale Hauts-de-France - FzRSM Psy

Tout comme en France entière, le nombre de suicides baisse dans les Hauts-de-France entre 2000 et 2017 : -20,2% dans l'ensemble. Cette baisse est plus marquée chez les femmes (-27,7%) que chez les hommes (-17,8%). La baisse de la mortalité suicidaire concerne toutes les classes d'âge (cf. figure 9).

Parmi les 65-74 ans, 112 suicides sont enregistrés en moyenne annuelle entre 2015 et 2017 et une baisse de -22,5% est enregistrée par rapport à 2000-2002 ; parmi les 75-84 ans, ces valeurs s'élèvent à 86 et -33,4% et, parmi les personnes âgées de 85 ans ou plus à 54 et -10%, soit une baisse beaucoup plus faible que pour les autres classes d'âge. La stabilité du nombre de suicides des hommes de 85 ans ou plus constitue une exception aux baisses enregistrées durant la période.

FIGURE 9

Évolution du nombre de suicides dans les Hauts-de-France\* entre 2000-2002 et 2015-2017



Source : CepiDc. Traitement : F2RSM Psy.

Exemple de lecture : avec 112 décès par suicide, les 65-74 ans résidant dans les Hauts-de-France, connaissent une baisse de suicidalité de 22,5% entre 2000-2002 et 2015-2017.

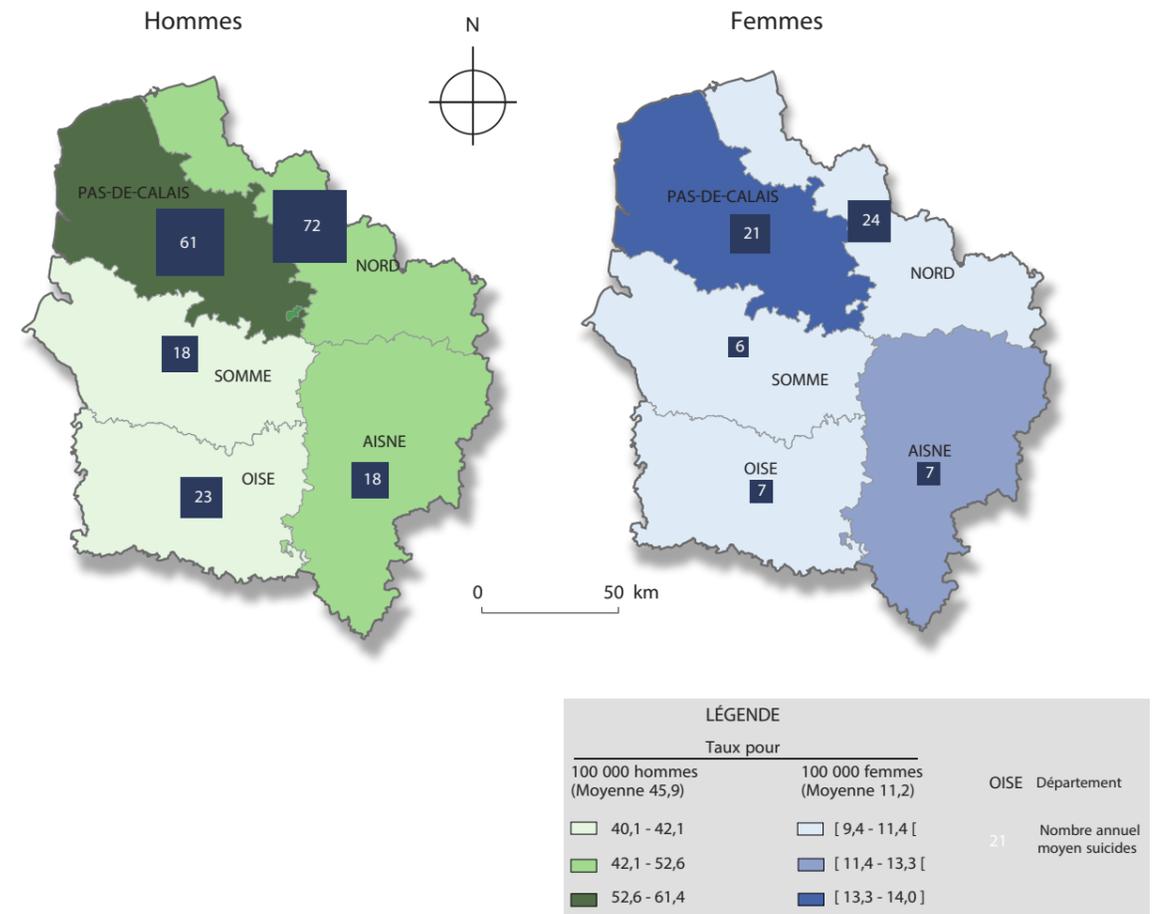
\*ensemble des 5 départements qui constituent la région depuis 2016.

### Approche départementale

En moyenne annuelle, durant les années 2015-2017, 64 femmes de 65 ans ou plus et 188 hommes de cette classe d'âge décèdent par suicide dans les Hauts-de-France, soit des taux de mortalité respectifs de 11,2 et 45,9 suicides pour 100 000 (cf. carte 7). Le Pas-de-Calais présente les taux de mortalité par suicide chez les personnes de 65 ans ou plus les plus élevés, chez les femmes (13,9 pour 100 000) et chez les hommes (61,4 pour 100 000). À l'opposé, le département de l'Oise présente les valeurs les plus faibles, tant chez les femmes (9,4 pour 100 000) que chez les hommes (40,1 pour 100 000).

Nombre annuel moyen de suicides chez les personnes de 65 ans et plus selon le département de résidence et le sexe. 2015-2017

CARTE 7



Source : Inserm, CepiDc. Traitement : F2RSM Psy.

## Les séjours en médecine-chirurgie avec diagnostic de tentative de suicide

### Source et méthode

Les tentatives de suicide (TS) ayant donné lieu à un séjour MCO dans le PMSI chez des personnes de 10 ans ou plus domiciliées dans les Hauts-de-France ont été utilisées pour étudier la morbidité suicidaire. Leur nombre a été rapporté à la population régionale pour le calcul de taux de séjours pour 10 000 habitants de 10 ans ou plus.

### Résultats

En moyenne annuelle, 14 455 séjours avec un diagnostic de TS sont enregistrés parmi la population des Hauts-de-France, dont 1182 concernent des personnes âgées de 65 ans ou plus (8,2%). Parmi ces séjours, 57,3% concernent des femmes (N=8279) et 42,7% des hommes (N=6176).

### Nombre de séjours avec diagnostic de TS en 2018-2020 (moyenne annuelle) chez des personnes de 10 ans ou plus domiciliées dans les Hauts-de-France

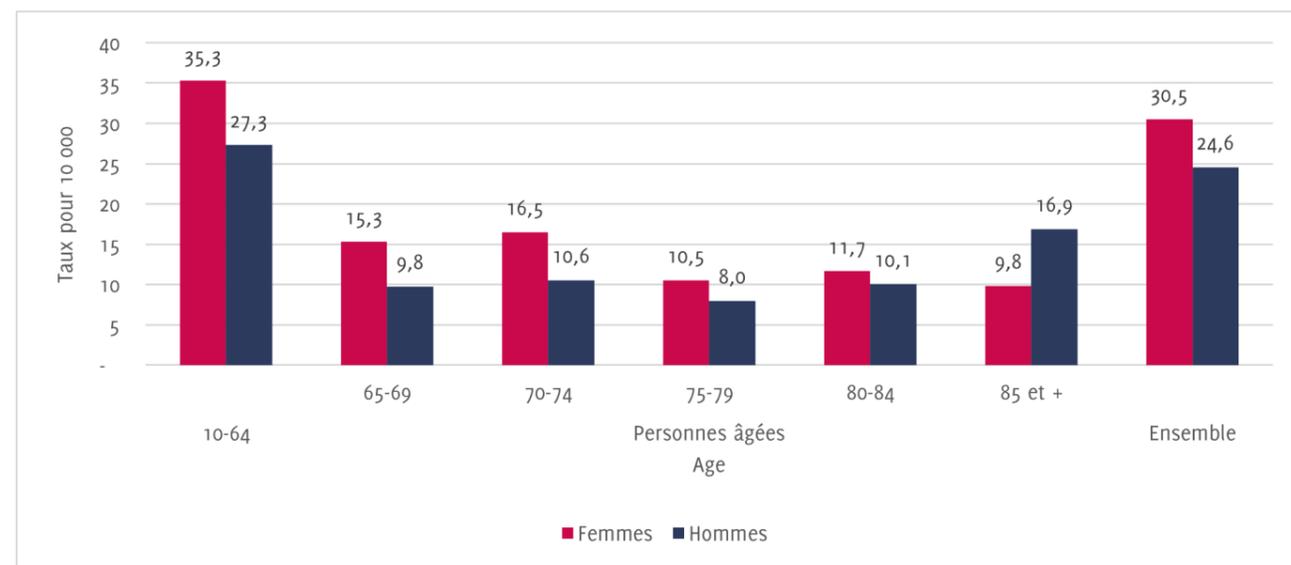
Moyenne 18-20	Hommes	Femmes	Total	%
10-64	5 754	7 518	13 273	91,8%
65-69	146	255	401	2,8%
70-74	91	175	266	1,8%
75-79	57	111	168	1,2%
80-84	56	114	170	1,2%
85 et +	72	105	177	1,2%
<b>Total</b>	<b>6 176</b>	<b>8 279</b>	<b>14 455</b>	<b>100,0%</b>
	<b>% 42,7%</b>	<b>57,3%</b>	<b>100,0%</b>	

Source : Aih, PMSI - Traitement : F2RSM Psy.

Les taux de séjours avec diagnostic de TS sont, en 2018-2020 dans les Hauts-de-France, de 30,5 pour 10 000 habitants de 10 ans ou plus pour les femmes, de 24,6 pour les hommes. Ces taux sont plus élevés chez les 10-64 ans (35,3 et 27,3 respectivement). Chez les personnes âgées, on retrouve une morbidité féminine supérieure à celle des hommes dans les classes d'âge situées entre 65 et 84 ans, alors que les hommes de 85 ans et plus présentent un taux de séjour pour TS très supérieur à celui des femmes (16,9 vs 9,8).

Alors que ces taux sont orientés à la baisse avec l'avancée en âge chez les femmes (de 15,3 pour 10 000 chez celles de 65-69 ans à 9,8 pour 10 000 chez celles de 85 ans et plus), on observe une relative stabilité des taux chez les hommes entre 65 et 79 ans, puis une hausse du taux de morbidité suicidaire ensuite.

### Taux de séjours MCO avec diagnostic de TS pour 10 000 habitants de 10 ans ou plus. Hauts-de-France. Moyenne 2018-2020



Source : Aih, PMSI-MCO. Traitement : F2RSM Psy.

Les caractéristiques des séjours MCO avec diagnostic de TS des personnes âgées sont souvent distinctes de celles des personnes plus jeunes (tableau 6) :

- les transferts vers les services de psychiatrie sont plus fréquents entre 65 et 79 ans (ils concernent plus de 3 séjours sur 10 à ces âges, contre 26,5% en moyenne) ; cette orientation diminue avec l'avancée en âge pour ne plus toucher que 13,5% des personnes de 85 ans ou plus ;
- les lésions auto-infligées, en général plus sévères que les auto-intoxications, occupent une part croissante avec l'avancée en âge (de 12,6% des séjours avec diagnostic de TS chez les 65-69 ans à 29,1% chez les 85 ans ou plus) ;
- la durée moyenne de séjour est toujours supérieure chez les personnes âgées par rapport à la moyenne et que chez les plus jeunes ; elle augmente régulièrement avec l'avancée en âge (de 3,70 jours pour les séjours avec diagnostic de TS chez les 65-69 ans à 7,85 chez les 85 ans ou plus) ;
- enfin, la létalité des gestes donnant lieu à hospitalisation est également très supérieure chez les personnes âgées ; elle augmente aussi avec l'avancée en âge, à partir de 65-69 ans et concerne près d'un séjour sur 10 chez les plus âgés (8,8%).

### Séjours avec diagnostic de TS en 2018-2020 (moyenne annuelle) chez des personnes de 10 ans ou plus domiciliées dans les Hauts-de-France. Caractéristiques du séjour

Classe d'âge	< 65	65-69	70-74	75-79	80-84	85 ou +	Total
Moyenne annuelle	13 273	401	266	168	170	177	14 455
	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%	100,0%
% sortie vers service de psychiatrie	26,4%	31,6%	34,1%	31,7%	18,3%	13,5%	26,5%
% lésion autoinfligée	15,3%	12,6%	13,2%	19,0%	22,6%	29,1%	15,5%
Durée moyenne séjour	2,12	3,70	3,96	5,18	7,04	7,85	2,36
Écart-type	5,60	7,97	6,37	7,66	12,66	8,71	5,97
% décès durant séjour	0,7%	3,2%	3,1%	3,6%	4,3%	8,8%	1,0%

Source : Aih, PMSI - Traitement : F2RSM Psy.

## Discussion

Le poids des personnes âgées dans l'ensemble des suicides est plus faible dans les Hauts-de-France (environ un quart de la mortalité par cette cause) qu'en France métropolitaine (près d'un tiers) durant les dernières années documentées (2015-2017) ; cependant la région est globalement plus jeune qu'en moyenne nationale (2<sup>e</sup> indice de vieillissement le plus faible après l'Île-de-France).

Les décès par suicide des personnes âgées diminuent entre 2000 et 2017 dans les Hauts-de-France, tout comme celui de l'ensemble de la population, dans cette même région et en France. Subsiste néanmoins une surmortalité suicidaire régionale qui justifie la poursuite voire l'intensification des programmes de recontact des suicidants, qui ne touchent pas autant les âgés que les jeunes, et de formation de professionnels sentinelles [69,70]<sup>49</sup>, notamment dans les lieux d'hébergement des aînés.

La **morbidité suicidaire** repérée par les services hospitaliers de médecine-chirurgie est plus faible chez les personnes âgées que chez les plus jeunes, mais la gravité du geste est souvent supérieure, de même que ses conséquences, dont le décès, pour des raisons physiologiques ou liées à la détermination du sujet. Il existe cependant une part importante de tentatives de suicide déclarées dans les enquêtes en population générale qui ne donnent pas lieu à un déplacement à l'hôpital [71]. Alors que la morbidité suicidaire est plus élevée chez les femmes que chez les hommes, il convient de souligner l'exception présentée chez les 85 ans ou plus, parmi lesquels le taux de morbidité masculine est beaucoup plus élevé que celui des femmes.

### Références bibliographiques

[69] Plancke L, Baelde N, Amariei A. La prise en charge des conduites suicidaires en Ehpad : évaluation d'un programme de formation dans le Nord et le Pas-de-Calais. Saint-André-Lez-Lille : F2RSM Psy ; 2019.

[70] Ministère des solidarités et de la santé. La formation à l'évaluation et à l'intervention de crise suicidaire n.d. <https://solidarites-sante.gouv.fr/prevention-en-sante/sante-mentale/la-prevention-du-suicide/article/la-formation-a-l-evaluation-et-a-l-intervention-de-crise-suicidaire> (accessed February 28, 2022).

[71] Jollant F, Hawton K, Vaiva G, Chan-Chee C, du Roscoat E, Leon C. Non-presentation at hospital following a suicide attempt : a national survey. *Psychol Med* 2020 : 1-8. <https://doi.org/10.1017/S0033291720002305>.

<sup>49</sup> Voir l'article sur une formation dispensée auprès de professionnels en Ehpad, p 94

## Le suicide des personnes âgées est-il un suicide « comme les autres » ?

Frédéric Balard<sup>50</sup>

Répondre à cette question nécessiterait de longs développements qu'il n'est pas possible de réaliser ici. Nous nous limiterons donc à soulever quelques éléments de réflexion.

### Définir le suicide et les personnes âgées

Suicide, suicide positif et négatif, suicide actif et passif, tentatives de suicides, équivalents suicides, conduites suicidaires... Ces termes ne sont pas synonymes et renvoient à des paradigmes différents, parfois incompatibles lorsqu'il s'agit de proposer des pistes d'interprétation du suicide. Causes, motifs, facteurs de risque, sens du suicide... Il s'agit là-aussi de manières différentes d'aborder la question et surtout d'y répondre en fonction d'ancrages disciplinaires, d'appareillages méthodologiques différents. « *Personnes âgées* » est un terme générique correspondant souvent à une catégorie statistique (les plus de 60 ans) à laquelle ne correspond pas une réalité uniforme mais une hétérogénéité de situations.

Ainsi, lorsqu'il est question du suicide des personnes âgées, les simplifications sont nombreuses, les clichés foisonnants, les idéologies dominantes et les connaissances... peu nombreuses.

### Un suicide différent au plan statistique

Ce que l'on sait, c'est que les taux de suicide augmentent avec l'âge et cela est vrai depuis que l'on dispose de statistiques sur le sujet. Aujourd'hui en France, le taux moyen de suicide en France est de 10/100 000 mais il est de 33/100 000 pour les 75 ans et plus, et supérieur à 120/100 000 pour les hommes de plus de 95 ans. Depuis 2000, les taux de suicide en France ont diminué pour toutes les classes d'âge sauf pour les 95 ans et plus pour lesquels ils ont progressé de 9,2 points entre 2000 et 2016. Cette réalité est souvent invisibilisée par la focale portée sur les taux de mortalité par âge. Le suicide des hommes de 95 ans et plus ne représente « *que* » 0,4% des décès tandis que celui des 15-24 ans compte pour plus de 15%. Elle l'est aussi parce beaucoup considèrent le poids du suicide au regard du reste à vivre. Le déplacement des âges du mourir de la petite enfance vers le grand âge depuis le 18<sup>e</sup> siècle pousse aujourd'hui certains à considérer que la mort est « *une affaire de vieux* » comme certains ont pu le dire et l'écrire lors des premières vagues de la Covid-19.

### Un suicide différent pour la suicidologie ?

Les publications issues de la suicidologie mettent fréquemment en avant que les suicidés souffrent d'un trouble mental et en particulier de dépression (de 60 à 90 % selon les publications) et que les tentatives de suicide sont le meilleur prédicteur de suicide. Cependant, les tentatives de suicide diminuent avec l'âge tout comme la fréquence de la dépression et plus de 75% des suicidés âgés n'ont jamais fait de tentatives de suicide. Alors la suicidologie explique ce paradoxe par le fait que les personnes âgées sont plus fragiles

<sup>50</sup> Rédacteur en chef de *Gérontologie et société* - Université de Lorraine - [frederic.balard@univ-lorraine.fr](mailto:frederic.balard@univ-lorraine.fr)

- donc qu'elles survivent moins à une TS- et que la dépression du sujet âgé est moins bien diagnostiquée car plus masquée, plus difficile à identifier. Si tel est le cas, comment soutenir que la dépression est plus facile à diagnostiquer sur des sujets morts (ce que fait l'autopsie psychologique) que sur des vivants ?  
Les grilles de détection de la dépression (telles l'échelle de Hamilton, la GDS...) sont-elles adaptées aux sujets âgés ?

## Un suicide différent pour les interprétations qu'il génère ?

Dans certaines publications, l'âge avancé n'est pour ainsi dire pas considéré dans les interprétations qui sont proposées. En dépit de la variation de ces taux au fil de l'âge, les « *explications* » du suicide seraient toujours les mêmes. Il s'agirait pour le dire vite (et forcément mal) d'une souffrance/pathologie psychique trouvant potentiellement des causes sociales tels l'isolement, les conflits familiaux, professionnels, etc.

Pour d'autres travaux, l'âge est un élément explicatif. Alors l'âge est travaillé dans plusieurs dimensions. Souvent biologique, il est ainsi synonyme de sénescence. C'est alors l'usure qui est pointée. Usure neuropsychologique pour certains, affaiblissement des clivages intrapsychiques pour d'autres... Usure physique qui génère de l'incapacité, de la souffrance, de la vulnérabilité aux maladies. L'âge est aussi considéré dans sa dimension sociale et les risques qu'il induit, veuvage, isolement, situation/sentiment de dépendance, institutionnalisation, etc.

Ce faisant, le suicide des âgés peut se trouver pathologisé davantage encore qu'il ne l'est aux autres âges. C'est, en quelque sorte, la sénilité qui fait perdre à l'individu toute rationalité. A l'inverse, il peut être normalisé lorsque la vieillesse est vue comme un temps de la vie marqué par un cumul de pertes et la perspective de la grabatisation à laquelle il est préférable d'échapper.

## Un suicide différent pour les interprétations qu'il génère ?

Pour le dire vite (et mal là encore), l'évocation d'un « *suicide rationnel* » pour les personnes âgées repose sur l'idée que le grand âge produirait, dans certains cas, une situation de vie inédite qui ne vaut plus la peine d'être vécue car marquée par les souffrances, l'absence de perspective et -cela a fait l'objet de discussions en Belgique comme clause d'accès à l'euthanasie – une fatigue de vivre. Certaines personnes très âgées considèreraient avoir « *accompli leur vie* » et souhaiteraient mourir. Pour les défenseurs de cette perspective, les gains d'espérance de vie – qui sont aujourd'hui des années gagnées sur la mort dans les grands âges- constitueraient une forme « *d'acharnement thérapeutique* ». Ne pas respecter ce souhait serait une forme d'âgisme qui dénierait à ces personnes âgées une forme d'autonomie et remettraient en question leur équilibre mental.

Pour ces opposants, accepter le suicide assisté et/ou l'euthanasie pour fatigue de vivre reviendrait à nier une souffrance mentale qui peut être soulagée et à banaliser le suicide. Ce serait une forme d'âgisme supposant qu'il est normal de « *tuer des vieux* » dans une société utilitariste.

En 2021, Paulette Guichard, ex-secrétaire d'État aux personnes âgées, a choisi le suicide assisté en Suisse. Ce cas, comme d'autres, soulève d'autres questions éthiques et parmi celles-ci, l'inégalité des conditions d'accès au suicide assisté.

Pour conclure, s'il est si difficile d'analyser et d'interpréter scientifiquement le suicide des âgés, ce n'est pas seulement pour des raisons méthodologiques mais sans doute aussi parce que l'âge et la mort sont des objets pour lesquels les jugements moraux s'invitent par-devers les chercheurs qui s'y attachent.

## Références bibliographiques

- [A] Balard F, Pott M, Yampolsky E. Suicide among the elderly in France and Switzerland : What does the societal context tell us about the place of relatives ? *Death Stud* 2021 ; 1-10. <https://doi.org/10.1080/07481187.2021.1926634>.
- [B] Balard F. Convoquer le traumatisme pour expliquer le suicide des personnes âgées. *Études sur la mort* 2021 ; 155 : 155-70.
- [C] Balard F. Les cliniques « médico-psychologiques » du suicide des âgés comme catégorisations du grand âge. *La médicalisation des âges en France*. Éditions Universitaires de Lorraine, 2021.
- [D] Balard F, Voléry I, Fornezzo É. La construction du suicide des personnes âgées comme problème public. *Gérontologie et Société* 2020 ; 42/n°163 : 187. <https://doi.org/10.3917/gsl.163.0187>.
- [E] Balard F. Le suicide des personnes âgées : un impensé de la recherche ? *The Conversation* 2021.

# Recours aux soins et aux médicaments

## Les prises en charge dans les services de psychiatrie

Laurent Plancke et Alina Amariei<sup>54</sup>

*Les personnes âgées prises en charge par les services de psychiatrie, en ambulatoire et/ou en hospitalisation, peuvent être décrites à partir des bases du recueil d'informations médicalisées sur la psychiatrie (RimP). En 2020, 20 293 personnes âgées de 65 ans ou plus domiciliées dans les Hauts-de-France étaient décrites dans ces bases, soit 1,9% de la population régionale de même âge.*

### Source et méthode

À partir des bases d'actes ambulatoires et de séjours constituant le RimP, une base d'individus pris en charge en service de psychiatrie en 2020 de 65 ans et plus domiciliés dans les Hauts-de-France a été constituée. Ces personnes peuvent avoir été vues dans différents lieux (CMP, domicile, Ehpad, urgences...), avoir connu au moins un séjour, à temps plein ou partiel ; enfin, elles peuvent avoir été décrites dans les établissements de santé publics (CH, CHU et EPSM) ou privés (cliniques, Espic).

Elles ont été décrites par sexe, classe d'âge, type de prise en charge (ambulatoire, séjour), zone de domicile et diagnostic principal au 1<sup>er</sup> événement de l'année ; enfin un épisode de soins sans consentement a été recherché durant l'année 2020. Des comparaisons sont proposées avec les adultes de 18-64 ans.

Le taux de prise en charge a été calculé en rapportant le nombre de personnes décrites par les services de psychiatrie à la population âgée de 65 ans ou plus domiciliée dans le même territoire.

### Résultats

#### Vue d'ensemble

20 782 personnes domiciliées dans les Hauts-de-France âgées de 65 ans ou plus sont prises en charge en service de psychiatrie en 2020, dont 7 264 hommes (35%) et 13 518 femmes (65%). 80% de l'ensemble ne connaissent qu'un suivi ambulatoire en 2020, 9,4% uniquement un ou plusieurs séjours et 10,6% connaissent les 2 formes de prise en charge dans l'année.

Les soins sans consentement concernent 2,3% des âgés pris en charge en 2020 (2,7% des hommes et 2,1% des femmes).

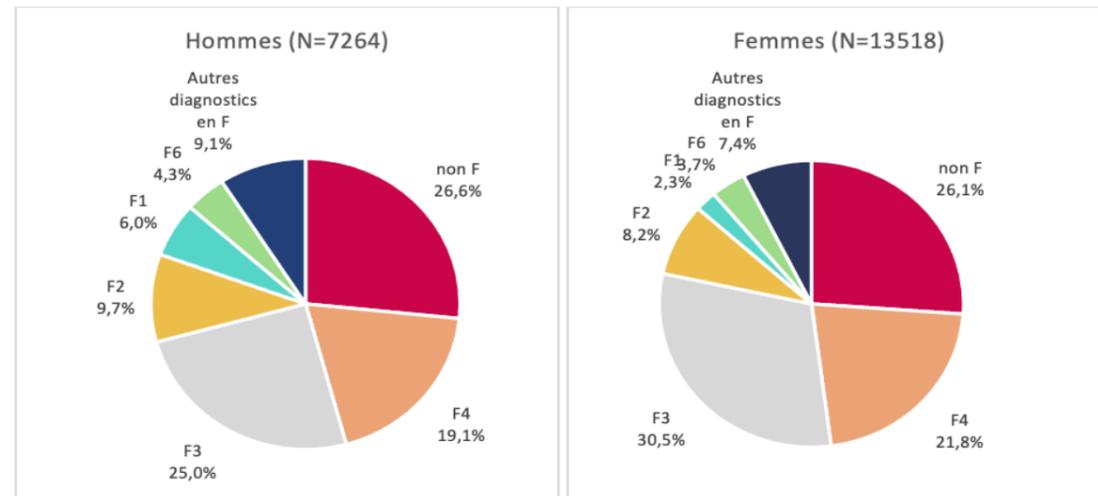
Les diagnostics principaux (cf. figure 11) sont mal connus ; dans un quart des cas (26,6% des hommes et 26,1% des femmes), il s'agit d'un diagnostic non psychiatrique<sup>55</sup>. Les troubles anxieux (F4 dans la Cim-10) constituent le premier trouble mental codé, pour 19,1% des hommes et 21,8% des femmes. Ils sont suivis des troubles de l'humeur (F3) comme les dépressions, un peu plus décrites chez les femmes (30,5%) que chez les hommes (25,0%). Les troubles psychotiques (F2), notamment les schizophrénies, affectent moins d'une personne âgée suivie sur 10 (9,7% des hommes et 8,2% des femmes).

<sup>54</sup> Fédération régionale de recherche en psychiatrie et santé mentale Hauts-de-France - FzRSM Psy

<sup>55</sup> Il peut alors s'agir de diagnostics codés en Z, désignant des facteurs influant sur l'état de santé et motifs de recours aux services de santé dans la Classification internationale des maladies, 10<sup>e</sup> révision (Cim-10)

FIGURE 11

Diagnostic principal codé au 1<sup>er</sup> entretien ou séjour des personnes âgées prises en charge en service de psychiatrie selon le sexe. Hauts-de-France. 2020



F1 : troubles addictifs – F2 : troubles psychotiques – F3 : troubles de l’humeur – F4 : troubles anxieux – F6 : troubles de la personnalité et du comportement – non F : diagnostic hors troubles mentaux et du comportement (F).  
Source : RimP – Traitement : F2RSM Psy.

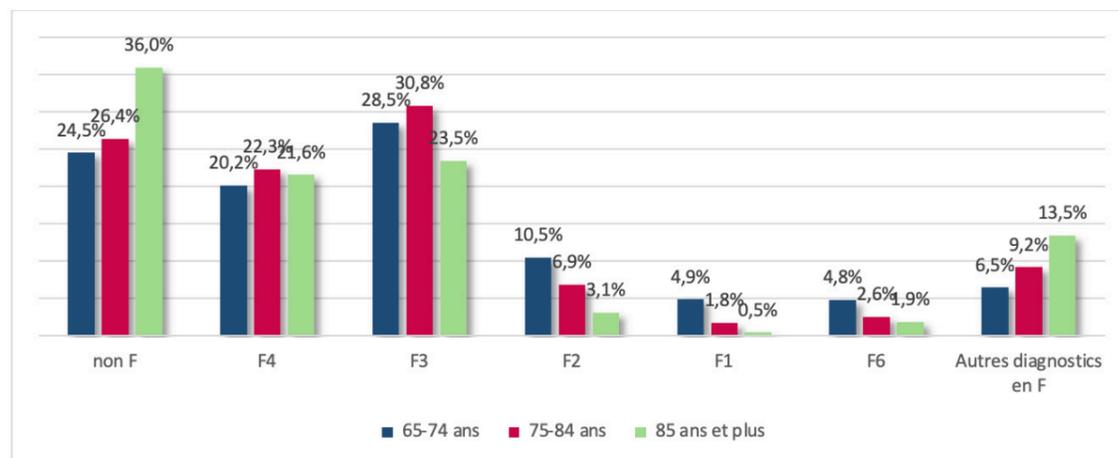
### Évolutions avec l’avancée en âge

Si l’on considère séparément les personnes de 65-74 ans, de 75-84 ans et celles âgées de 85 ans et plus, il est possible de souligner des évolutions :

- la prise en charge exclusivement ambulatoire augmente régulièrement avec l’avancée en âge, de 78,4% pour la première classe d’âge à 88,9% pour la troisième. L’hospitalisation devient donc de plus en plus rare.
- les soins sans consentement deviennent eux aussi de plus en plus rares : de 2,6% chez les 65-74 ans à 1,1% chez les 85 ans et plus.
- enfin les diagnostics évoluent (cf. figure 12) ; les troubles psychotiques (F2), addictifs (F1) et du comportement (F6) sont moins retrouvés avec l’avancée en âge, alors les diagnostics non psychiatriques (non F) voient leur poids augmenter.

FIGURE 12

Diagnostic principal codé au 1<sup>er</sup> entretien ou séjour des personnes âgées prises en charge en service de psychiatrie selon la classe d’âge. Hauts-de-France. 2020



F1 : troubles addictifs – F2 : troubles psychotiques – F3 : troubles de l’humeur – F4 : troubles anxieux – F6 : troubles de la personnalité et du comportement – non F : diagnostic hors troubles mentaux et du comportement (F).  
Source : RimP – Traitement : F2RSM Psy.

### Comparaisons avec les adultes plus jeunes

Par rapport aux adultes de 18-64 ans, les personnes âgées de 65 ans ou plus :

- présentent un taux de prise en charge exclusivement ambulatoire très proche (80% chez les âgés, 80,2% chez les plus jeunes ;
- sont moins souvent pris en charge sans consentement (2,3% vs 3,4%) ;
- ont beaucoup plus fréquemment un diagnostic de troubles de l’humeur (28,6% vs 16,5%), mais les autres diagnostics sont représentés sensiblement dans les mêmes proportions (20,9% vs 22,8% pour les troubles anxieux, 8,7% vs 10% pour les troubles psychotiques, par exemple).

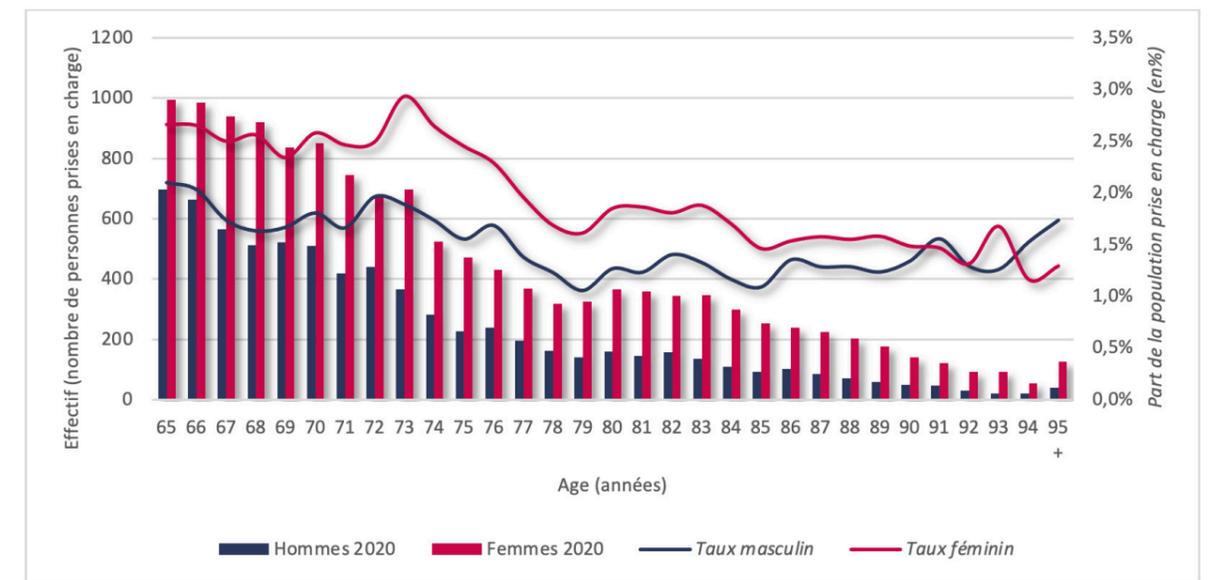
### Nombre et taux de prise en charge

Le nombre de personnes âgées prises en charge en service de psychiatrie diminue globalement avec l’âge ; les taux de prise en charge diminuent également, mais un rebond est observable chez les septuagénaires, tout particulièrement chez les femmes de 73 ans (2,9% d’entre elles sont décrites en psychiatrie, taux le plus élevé pour les âges étudiés).

Les effectifs et taux de prise en charge féminins sont presque toujours supérieurs à ceux des hommes, sauf pour les taux à 91 ans et à partir de 94 ans.

Nombre et taux de prise en charge en service de psychiatrie selon le sexe et l’âge. Hauts-de-France

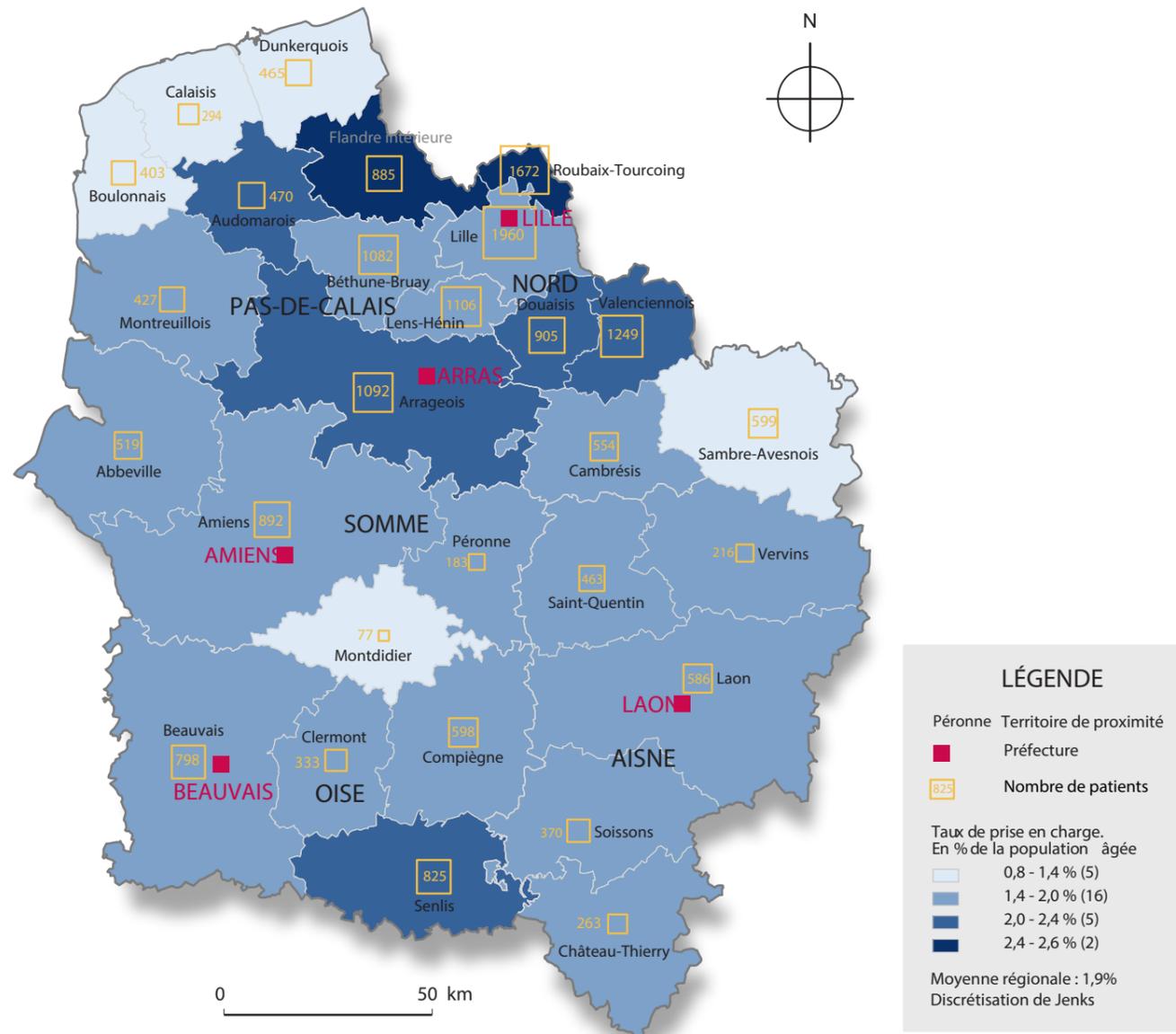
FIGURE 13



Source : Atih, RimP – Traitement : F2RSM Psy.  
Exemple de lecture : 698 hommes de 65 ans sont pris en charge en service de psychiatrie, soit 2,1% des hommes de même âge.

1,9% de la population âgée domiciliée dans les Hauts-de-France est prise en charge en service de psychiatrie, mais ce taux connaît des variations de 1 à 3,25 selon les territoires. La zone côtière du Dunkerquois-Calaisis-Boulonnais, l’Avesnois et le territoire de Montdidier présentent les taux de prise en charge les plus faibles, inférieurs à 1,4%, alors que les territoires frontaliers de Flandre intérieure et de Roubaix-Tourcoing présentent les valeurs les plus élevées. Le plus grand nombre de territoires (16 sur 28, le plus fréquemment situés dans la Somme, l’Aisne et l’Oise) connaissent des valeurs situées entre 1,4 et 1,99%.

Part de la population de 65 ans ou plus prise en charge en service de psychiatrie (publique, privée, ambulatoire, hospitalisation). 2020



Alors que le taux de recours aux médicaments psychotropes augmente avec l'âge (cf. article sur ce sujet, p 106), celui du recours aux services de psychiatrie diminue, irrégulièrement. Le rebond observé chez les septuagénaires est peut-être lié au veuvage ou à la dépendance physique ou cognitive.

Quand ils sont psychiatriques (F), les diagnostics principaux posés au premier acte ou séjour de l'année sont des troubles de l'humeur (F3), pour 1 homme sur 4 et 3 femmes sur 10, suivis des troubles névrotiques (F4), qui sont enregistrés dans 1 cas sur 5, chez les hommes comme chez les femmes. Les psychoses concernent quant à elles environ 1 homme sur 10, et 8% des femmes. Cependant, environ un quart des patients âgés est enregistré avec un diagnostic distinct du code F, ce qui limite singulièrement la capacité descriptive du RimP pour les troubles présentés par les patients pris en charge ; cette limite avait déjà été décrite pour l'ensemble des patients décrits dans cette source [73].

Différents points mis à jour par l'exploitation du RimP justifieraient des études complémentaires pour être mieux compris.

Références bibliographiques

- [2] Coldefy M, Gandré C. Personnes suivies pour des troubles psychiques sévères : une espérance de vie fortement réduite et une mortalité prématurée quadruplée. Questions d'économie de la santé 2018 ; 237:8.
- [72] Charrel C-L, Plancke L, Genin M, Defromont L, Ducrocq F, Vaiva G, et al. Mortality of people suffering from mental illness : a study of a cohort of patients hospitalised in psychiatry in the north of France. Soc Psychiatry Psychiatr Epidemiol 2015 ; 50 : 269-77. <https://doi.org/10.1007/s00127-014-0913-1>.
- [73] Plancke L, Amariei A. Le recueil d'informations médicalisé en psychiatrie est-il apte à décrire les prises en charge et leurs bénéficiaires dans le Nord - Pas-de-Calais ? PsyBrèves 2014.

Discussion

Près de 21 000 personnes âgées domiciliées dans les Hauts-de-France sont prises en charge en service de psychiatrie en 2020, soit 1,9% de la population générale de même âge, taux beaucoup plus faible que pour les adultes moins âgés. Les âgés nécessiteraient moins de soins psychiatriques ou/et seraient moins pris en charge que les autres dans les services étudiés ; la carte 8 fait apparaître de fortes variations territoriales et suggère des différences organisationnelles. Cependant, la mortalité des personnes souffrant de troubles mentaux est beaucoup plus élevée que celle du reste de la population [2,72], ce qui diminue la part de malades aux âges avancés.



# Le recours aux médicaments psychotropes des âgés

Laurent Plancke et Alina Amariei<sup>56</sup>

*La consommation de médicaments est très élevée chez les personnes âgées, qui présentent souvent plusieurs pathologies ou troubles ; les médicaments psychotropes font partie des molécules largement employées et pendant longtemps. De nombreuses études établissent que le profil des médecins fait significativement varier les niveaux et les durées de prescription de psychotropes aux personnes âgées [74], prescription qui n'obéit pas qu'à des rationalités médicales (réponses pharmacologiques à des souffrances psycho-sociales, lobby des laboratoires pharmaceutiques, pression des patients pour obtenir ces molécules...) et qui génère une large iatrogénie [75].*

*Malgré ses limites cliniques, le recours aux médicaments psychotropes constitue un indicateur fréquemment employé pour approcher les troubles psychiques présentés par la population. En France, cet usage est plus répandu que dans d'autres pays comparables ; il est plus fréquent chez les femmes que chez les hommes, et augmente avec l'avancée en âge. Il a par ailleurs fortement augmenté en 2020, 1<sup>re</sup> année de pandémie de Covid 19.*

## Méthodologie

Les lignes de médicaments psychotropes<sup>57</sup> présentés au remboursement (lors de leur délivrance en officine privée) ont été extraites pour les assurés des principales caisses d'assurance-maladie résidant dans les Hauts-de-France en 2019 et 2020. Les effectifs d'assurés ayant connu au moins un remboursement sont présentés, par classe d'âge quinquennale et classe de médicaments : anxiolytiques (codes ATC N03A), antidépresseurs (N06A), hypnotiques (N05C), antipsychotiques

(N05A), traitements de la dépendance alcoolique (TDA, N07BB01, N07BB03, N07BB04) et traitements de substitution aux opiacés (TSO, N07BC01, N07BC02, N07BC51). Les taux de délivrance ont été calculés en rapportant le nombre d'utilisateurs au nombre d'habitants des Hauts-de-France.

L'année 2020 ayant été marquée par une crise sanitaire majeure et ayant entraîné une hausse importante du recours aux psychotropes [76], ce sont les données de 2019 qui sont le plus souvent présentées ; un chapitre présente cependant les évolutions observées chez les âgés entre ces deux années.



<sup>56</sup> Fédération régionale de recherche en psychiatrie et santé mentale Hauts-de-France - FzRSM Psy

<sup>57</sup> Codes de la classification anatomique, thérapeutique et chimique (ATC) d'extraction

## Des usages très fréquents

### Anxiolytiques

La première classe de psychotropes consommés est celle des anxiolytiques : environ un homme sur 10 (11,1%) et près d'une femme sur cinq (18,7%) s'en sont vus rembourser d'au moins un en 2019. Chez les personnes âgées de 65 ans et plus, 18,6% des hommes et 42,8% des femmes sont concernés par ces molécules. Les taux d'usage connaissent un plateau chez les hommes entre 65 et 74 ans, puis augmentent fortement chez les plus âgés. Ceux des femmes, toujours beaucoup plus élevés que chez les hommes, augmentent régulièrement : environ une sur quatre à 65-69 ans et près de deux sur cinq à 80 ans et plus sont concernées par les anxiolytiques dans les Hauts-de-France en 2019.

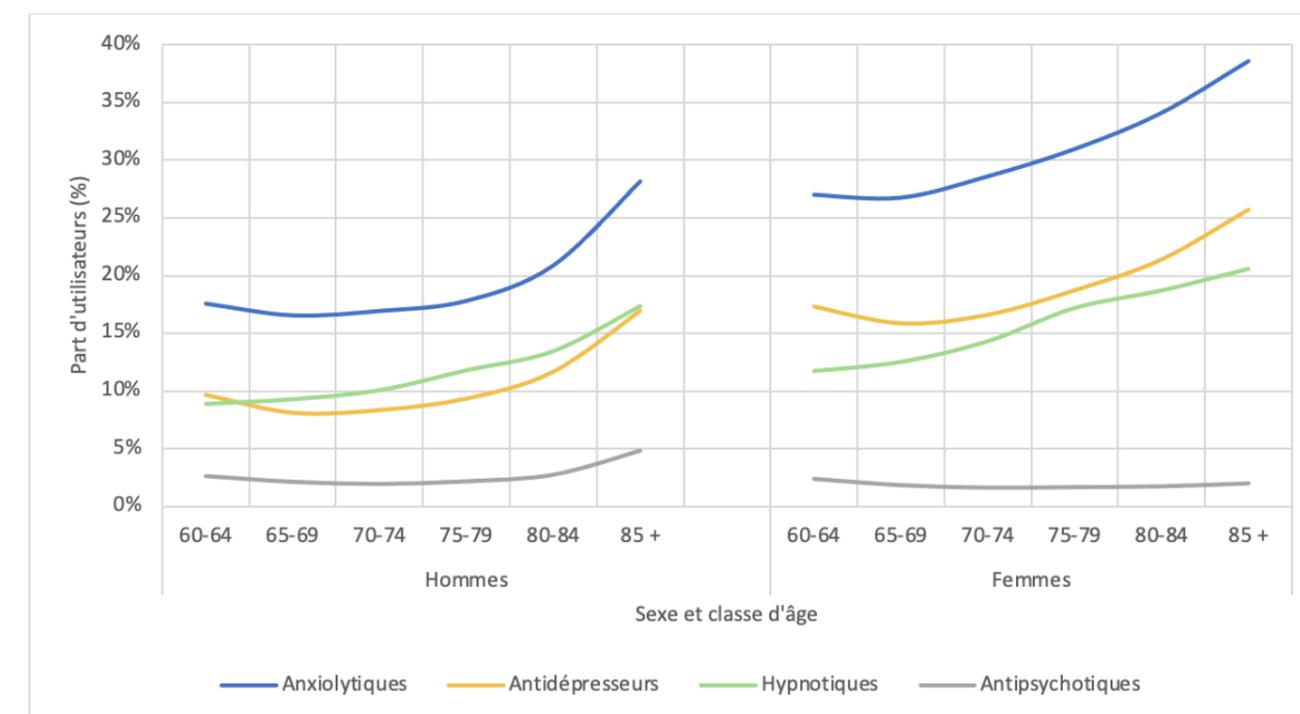
### Antidépresseurs

Cette classe de psychotropes occupe le 2<sup>e</sup> rang chez les femmes âgées et le 3<sup>e</sup> chez les hommes âgés ; les niveaux de recours augmentent régulièrement avec l'âge et concernent, chez les personnes de 85 ans et plus, environ une femme sur quatre (25,7%) et un homme sur six (17%).

### Hypnotiques

Les hypnotiques connaissent les mêmes schémas de recours : plus féminins que masculins et augmentant, assez régulièrement, avec l'avancée en âge.

Part de la population ayant recouru au moins une fois aux médicaments psychotropes, selon le sexe et par classe d'âge. Hauts-de-France. 2019 FIGURE 14



## L'évolution des délivrances durant la première année de pandémie de Covid

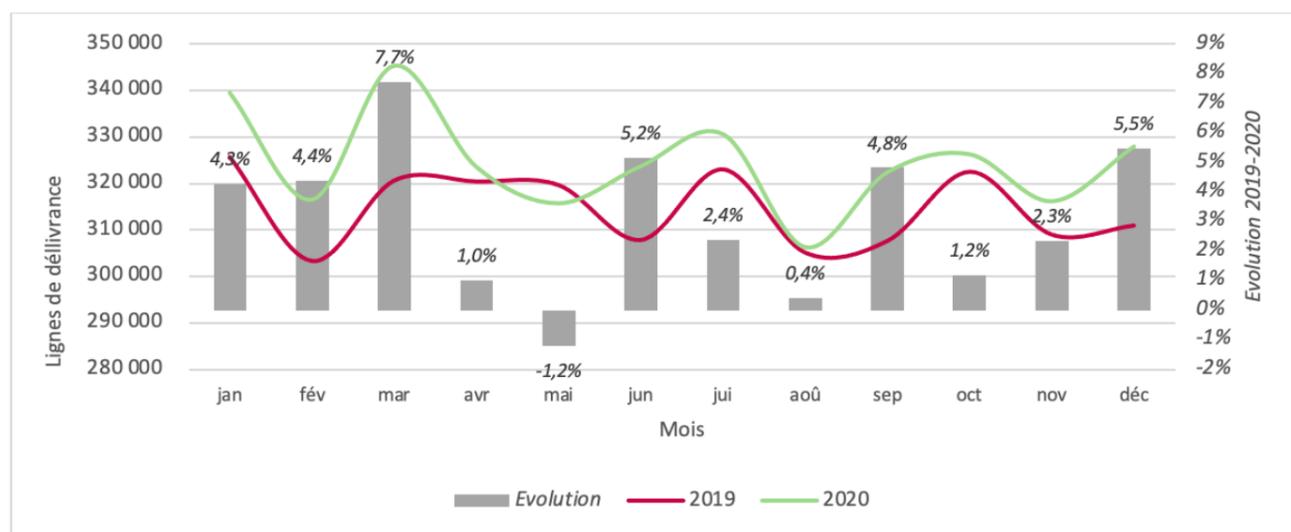
### Évolution d'ensemble

En 2019, les anxiolytiques, hypnotiques, antidépresseurs et antipsychotiques font l'objet de 3 776 113 lignes de prescription ; 3 894 989 sont enregistrées en 2020, soit une hausse de 3,1%. Les volumes délivrés augmentent plus chez les hommes (+3,9%) que chez les femmes (+2,9%).

C'est en mars 2020 -mois de démarrage du premier confinement en France- que la hausse est la plus marquée (+7,7% par rapport à mars 2019 dans l'ensemble ; +8,3% chez les hommes, +7,5% chez les femmes) ; Le mois de mars est suivi d'une hausse très limitée en avril (+1%) et d'une baisse en mai (-1,2%). Tous les mois suivants sont marqués par des volumes de délivrance plus élevés en 2020 qu'en 2019 ; le second confinement (30 octobre au 15 décembre 2020) ne donne pas lieu à une hausse aussi forte que le premier.

FIGURE 15

Nombre de délivrances d'anxiolytiques, hypnotiques, antidépresseurs et antipsychotiques au bénéfice de patients résidant les Hauts-de-France par mois en 2019 et 2020 et évolution entre les années



### Évolution par classe de psychotrope

Anxiolytiques, antidépresseurs et antipsychotiques voient leurs volumes de délivrance évoluer sur des modes comparables en 2020 par rapport à 2019 : sur l'année, des hausses de l'ordre de 5% sont enregistrées chez les hommes et de l'ordre de 4% chez les femmes.

Pour ces 3 classes de psychotropes, une hausse marquée est enregistrée en mars 2020, au moins égale à 9% chez les hommes, à 8% chez les femmes. Un deuxième pic de hausse est enregistré en juin, tout particulièrement pour les anxiolytiques, alors que le mois d'août 2020 connaît des hausses plus limitées par rapport à août 2019.

Les hypnotiques ne connaissent pas les mêmes tendances que les 3 autres classes ; les femmes y recourent moins en 2020 qu'en 2019, sauf en mars (+0,4%), en juin (+3,0%), en septembre (+0,4%) et en décembre (+0,8%). Les délivrances au bénéfice des hommes sont légèrement en hausse sur l'année 2020 ; l'augmentation est plus sensible pour cette classe chez eux en mars, juin (mois enregistrant une hausse de 5,1% par rapport à l'année précédente), septembre et décembre.



## Conclusion

Déjà très élevée chez les personnes âgées, la consommation de médicaments psychotropes augmente nettement en 2020, première année de pandémie, par rapport à 2019, chez les hommes plus que chez les femmes, dont le niveau de recours reste cependant largement supérieur à celui des hommes.

Le mois de mars 2020 connaît les plus fortes hausses des délivrances de psychotropes chez les âgés ; c'est durant ce mois que débute le premier confinement en France, situation inédite qui a provoqué une sidération dans la population et généré son lot d'inquiétudes, entraînant des prescriptions et délivrances d'anxiolytiques encore plus nombreuses. La pandémie a aussi généré une surmortalité [77], qui a touché au premier chef les personnes âgées ; le deuil de proches et le risque de décès ont pu également contribuer à des états anxio-dépressifs, traités par les médicaments idoines. Les hausses de volumes délivrés sont enregistrées alors que moins de personnes âgées sont en vie en 2020, suite à la surmortalité consécutive à la pandémie de Covid<sup>58</sup>. Avec 60 960 décès enregistrés en 2020 dans les Hauts-de-France, contre 55 144 en 2019, la région enregistre une évolution annuelle de 10,5% de la mortalité, contre 8,8% dans l'ensemble du pays [77,78].

<sup>58</sup> ' Comme au niveau national, les plus âgés ont été les plus touchés par l'augmentation des décès en 2020. Elle atteint 11 % parmi les plus de 70 ans, soit 4 900 décès supplémentaires. Ce surcroît de décès concerne aussi bien les hommes que les femmes pour lesquels les taux de mortalité progressent de façon similaire (+ 1 point en un an, contre + 0,8 point en France)

L'augmentation des décès est particulièrement élevée dans les hospices et maisons de retraite : 5 400 personnes y sont décédées dans la région, soit 1 200 de plus qu'en 2019 (+ 29 %). La part des décès dans ces institutions passe ainsi de 7,5 % à 8,7 % en un an. Les décès à domicile sont également en forte augmentation : + 20 %, soit 3 000 décès supplémentaires sur un an. Les décès à l'hôpital, majoritaires dans le total régional, augmentent comme partout ailleurs, de 7 %, soit 2 200 décès de plus qu'en 2019. '

<https://www.insee.fr/fr/statistiques/5397245>

## Références bibliographiques

[74] Collin J, Damestoy N, Lalande R. La construction d'une rationalité : les médecins et la prescription de psychotropes aux personnes âgées. *Sciences Sociales et Santé* 1999 ; 17 : 31-52. <https://doi.org/10.3406/sosan.1999.1458>.

[75] Pancrazi M-P. Le sujet âgé et les psychotropes. *L'information psychiatrique* 2010 ; 86 : 91-7.

[76] Weill A, Drouin J, Desplas D, Cuenot F, Dray-Spira R, Zureik M. Covid-19 : usage des médicaments - rapport 6. *Epi-Phare* ; 2021.

[77] Le Minez S, Roux V. 2020 : une hausse des décès inédite depuis 70 ans. *Insee* ; n.d.

[78] Insee Hauts-de-France. Des décès en hausse de 11 % en 2020 dans les Hauts-de-France. *Insee* ; 2021.



# Politiques publiques, coopérations

## L'action de l'État

Laurent Plancke<sup>59</sup>

*L'État a en charge l'organisation de l'ensemble des interventions en santé : prévention, soins et réhabilitation ; l'Agence régionale de santé, service du Ministère de la santé en région, analyse les besoins, répartit les ressources (versées par l'Assurance-maladie ou l'État). Elle contrôle la continuité et la permanence des soins, dans le cadre de la démocratie sanitaire, qui associe entre autres professionnels de santé, usagers et leurs familles, collectivités territoriales. La politique de santé fait l'objet d'un schéma régional, qui fixe les priorités, les grands axes et les modalités retenues de mise en œuvre, en lien avec les conseils généraux pour les personnes porteuses d'un handicap et les personnes âgées (pour la partie sociale de leur prise en charge).*

### La répartition des compétences pour l'ARS

« D'un point de vue organisationnel les professionnels de la région des Hauts de France ont déterminé que :

- La psychogériatrie concerne des personnes en souffrance psychique présentant des syndromes gériatriques (et notamment troubles cognitifs et psycho-comportementaux avec des critères de fragilité), dans un environnement particulier (problématique d'aidant, isolement, de mise en danger) et pouvant aboutir à des situations complexes. Même si majoritairement les personnes concernées auront 75 ans et plus, ces situations peuvent démarrer à des âges inférieurs et pour des raisons de prévention (primaire ou secondaire) la population âgée de 65 ans et plus a été retenue.
- La psychiatrie adulte continue à accompagner seule les personnes âgées au-delà de 65 ans sans syndrome gériatrique associé ».<sup>60</sup>



Dans une circulaire sur la filière gériatrique de 2007<sup>61</sup>, il est précisé que celle-ci avait vocation à « prendre en charge les problèmes psychogériatriques » en s'articulant « avec les structures psychiatriques » dans le cadre d'un dispositif gradué. Celui-ci doit être associé à de « petites unités de psychogériatrie au sein des établissements psychiatriques » pour des hospitalisations de courte durée.

<sup>59</sup> Fédération régionale de recherche en psychiatrie et santé mentale Hauts-de-France - F2RSM Psy

<sup>60</sup> <https://www.hauts-de-france.ars.sante.fr/psychogeriatrie>

<sup>61</sup> [https://sfgg.org/media/2020/07/circulaire\\_filiere\\_geriatrique\\_28\\_03\\_07.pdf](https://sfgg.org/media/2020/07/circulaire_filiere_geriatrique_28_03_07.pdf)

Le terme de psychogériatrie apparaît 2 fois dans les objectifs du Schéma régional de santé Hauts-de-France 2018-2023<sup>62</sup> :

- dans son objectif 4 portant sur les coopérations : « Le décloisonnement entre dispositifs et acteurs doit être incité, notamment en psychogériatrie, afin de favoriser le maintien à domicile. L'articulation ville-hôpital-Ehpad passe par un accompagnement en ville optimisé et le renforcement des liens en intégrant mieux les Ehpad et HAD au parcours. L'amélioration des parcours locaux des personnes âgées nécessite un accompagnement dans le cadre de filières de gériatrie structurées et de qualité au sens de la circulaire de 2007 et de mieux articuler les dispositifs de coordination »<sup>63</sup>.

- dans son objectif 5, relatif à la formation gériatrique, il est prévu que des formations portent sur les maladies neurodégénératives, la psychogériatrie, l'accompagnement des aidants et la fin de vie<sup>64</sup>.

Sur son site, l'ARS propose une documentation sur la psychogériatrie régionale<sup>65</sup> et précise les trois actions spécifiques retenues :

- le développement d'équipes mobiles de psychogériatrie en Ehpad (EMPG) ;
- la création d'un centre ressource ;
- la prévention des conduites suicidaires.

Enfin, l'équipement progressif des Ehpad en matériel de télémédecine en trois ans (de 2019 à 2021) devrait permettre de mieux prendre en charge les problèmes psychogériatriques, une des quatre spécialités faisant l'objet de fréquentes demandes de la part des représentants des Ehpad.

<sup>62</sup> <https://www.hauts-de-france.ars.sante.fr/media/29125/download?inline>

<sup>63</sup> Schéma régional de santé Hauts-de-France 2018-2023, p 51

<sup>64</sup> Schéma régional de santé Hauts-de-France 2018-2023, p 52

<sup>65</sup> <https://www.hauts-de-france.ars.sante.fr/psychogeriatrie>

## Les conseils départementaux et la santé mentale des âgés

Laurent Plancke, Sophie Loridan<sup>66</sup>, Pierre Pruvost<sup>67</sup>

**En matière d'action sociale, depuis les années 1980, les départements ont quatre missions fondamentales : la lutte contre l'exclusion et la pauvreté, l'aide à l'enfance, l'aide aux personnes âgées et l'aide aux personnes handicapées. L'action potentielle en direction des personnes âgées présentant un handicap psychique s'inscrit donc à la charnière entre deux de leurs missions sur le volet social (les soins étant à la charge de l'assurance-maladie et de l'État).**

Les représentants des conseils départementaux ont été interrogés par un bref questionnaire envoyé par courriel ; trois d'entre eux y ont répondu, dont l'une à l'occasion d'un entretien en visioconférence. Les schémas directeurs des cinq collectivités départementales des Hauts-de-France<sup>68</sup> ont par ailleurs été analysés fixant les objectifs, axes et modalités d'action pour cinq ans.

### Questionnaire envoyé aux représentants des conseils départementaux

Y a-t-il une politique spécifique de votre collectivité à destination des personnes âgées souffrant de troubles mentaux, avec ou sans handicap ?

Si oui :

- Quelles en sont les grandes lignes, les objectifs ?
  - Existe-t-il une enveloppe dédiée à cette politique ?
- Quel en est son montant ?

- Votre collectivité finance-t-elle des services ou actions de prise en charge des personnes âgées souffrant de troubles mentaux, avec ou sans handicap ?



Les services du conseil départemental de l'Aisne sont assez régulièrement sollicités pour des dérogations à l'aide sociale avant l'âge de 60 ans dans des Ehpad, pour des personnes souffrant de handicap psychique et qui ne trouvent pas d'établissement spécialisé. Il n'existe que trois Ehpad disposant des places dédiées, à Flavy-le-Martel, Laon et La Vallée-au-Blé, mais qui accueillent parfois des résidents franciliens, ce qui ne répond donc pas aux besoins locaux. Les six Unités de vie pour personnes handicapées âgées (UVPHA) s'adressent plutôt à des personnes qui se trouvent dans des foyers de vie, et pas spécialement à un public porteur d'un handicap psychique. Un dialogue est entamé avec les Ehpad en vue qu'ils évoluent pour admettre des personnes avec des troubles mentaux, dans des locaux adaptés ;

une crainte que ce public fasse fuir les personnes ne présentant pas de troubles mentaux. Le conseil départemental s'attache à travailler dans la même temporalité que le programme régional de santé avec l'ARS.

<sup>66</sup> Fédération régionale de recherche en psychiatrie et santé mentale Hauts-de-France - F2RSM Psy

<sup>67</sup> Directeur délégué - Acces, groupe Aliame - 03 61 67 01 02 - [contact@acces-asso.fr](mailto:contact@acces-asso.fr) - <http://acces-asso.fr>

<sup>68</sup> Schéma départemental de l'autonomie 2018-2022 (Aisne), Schéma unique des solidarités humaines 2018-2022 (Nord), Schéma départemental de l'autonomie 2019-2023 (Oise), Pacte des solidarités et du développement social 2017-2022 (Pas-de-Calais), Schéma départemental de l'autonomie 2018-2022 (Somme)



Le département du **Nord** souligne qu'il ne mène pas de politique spécifique à destination des personnes âgées souffrant de troubles mentaux, mais que les Ehpad, sous l'autorité des conseils départementaux pour la fonction sociale (hébergement), sont confrontés à ce public, certains ayant

ouvert des places spécifiques. Le schéma départemental insiste sur les nécessaires coopérations entre les organismes amenés à suivre des personnes touchées par les troubles mentaux et en lien avec les centres ressources régionaux (Crehpsy, Centre Ressources Autisme...). L'habitat inclusif ou accompagné est encouragé, « *en partenariat avec les établissements de santé mentale* ». Les situations complexes nécessitent des coopérations « *qui transcendent les institutions et les dispositifs dans le cadre d'une responsabilité partagée* ».



Dans son schéma départemental de l'autonomie, le conseil départemental de l'**Oise** rappelle la charte signée avec l'ARS et le CHI de Clermont (EPSM de l'Oise) en 2013 en vue de coordonner l'action des acteurs médico-sociaux et de la psychiatrie. Il souligne le grand nombre de conventions signées avec des établissements ou services sociaux ou médico-sociaux (ESSMS) dans le cadre de cette charte (168 fin 2017), en vue de « *faire de la psychiatrie un partenaire des réponses médico-sociales* ». Plus globalement, le schéma départemental cherche à s'articuler avec le schéma régional de santé 2018-2023 défini par l'ARS<sup>69</sup>, pour des parcours sans rupture.

Dans les Ehpad, le détachement de temps de psychiatres doit permettre d'améliorer le suivi des résidents, la gestion et la prévention des situations de crise, et ainsi, réduire le nombre d'hospitalisations.

Comme les autres conseils départementaux, celui de l'Oise agit pour les personnes âgées et celles en situation de handicap. Quand des personnes partagent cette double condition, leur situation est parfois qualifiée de complexe, comme par exemple les « *personnes âgées et en situation de handicap vieillissantes avec maladie neuro dégénérative* » ; elles doivent faire l'objet d'une attention particulière.

Dans le Pacte des solidarités et du développement social du Pas-de-Calais sont affichés trois axes structurants : la prévention des situations de fragilité, l'innovation dans les réponses et la coopération avec les partenaires du département, dans le respect des principes « *de proximité, d'équité et d'efficacité* ». Le Pacte comprend 5 volets thématiques (développement social, enfance-famille, jeunesse, inclusion et autonomie, personnes âgées en situation de handicap) et 1 partie consacrée aux 7 territoires du département.



Le département du **Pas-de-Calais** entend renforcer le partenariat avec les acteurs de la santé mentale en faveur des « *publics solidarités* », en veillant à la continuité des parcours. Il est engagé dans les politiques locales en santé mentale (CLSM et PTSM)

et a signé une convention tripartite avec la MDPH et les secteurs de psychiatrie afin d'assurer une meilleure fluidité entre les institutions et de renforcer la coopération avec les acteurs sanitaires dans le champ de la psychiatrie.

<sup>69</sup> <https://www.hauts-de-france.ars.sante.fr/system/files/2018-07/MeP%20SRS-PRS%202018-2023%20%28DYNAMIQUE%29-BAT.pdf>

Les personnes âgées et les personnes en situation de handicap font l'objet d'un schéma départemental, comprenant lui-même quatre orientations : la préservation de l'autonomie et l'exercice de la citoyenneté ; l'aide au projet de vie à domicile ; la diversification des réponses et la continuité des parcours grâce à une coopération des acteurs.

Ce département participe au développement des UVA / UVPHA et accompagnement des établissements sur la partie démarche et à la création de Samsah relais spécialisés dans l'accompagnement et la prise en charge des personnes reconnues en situation de handicap psychique.

Il autorise des places au titre de l'accueil familial des personnes âgées et en situation de handicap avec la dispensation de formation sur l'accompagnement spécifique des personnes en situation de handicap psychique.



Le conseil départemental de la **Somme** nous a répondu qu'il n'avait pas de politique spécifique à destination des personnes âgées souffrant de troubles mentaux, tout en signalant participer aux réponses en faveur de celles ayant des troubles cognitifs (mise en place d'une quinzaine de Pasa et de trois UHR, avec un hébergement renforcé en Ehpad). Cependant « *Lors de réunions CD/ARS avec les Ehpad, les directeurs nous indiquent qu'ils rencontrent de plus en plus de résidents souffrant de troubles psychiques. Ce constat fera l'objet d'une réflexion dans le cadre de l'élaboration du futur schéma des*

*solidarités à compter de 2022* ».

N'excluant bien sûr pas les personnes âgées et présentant un handicap psychique, le schéma départemental de l'autonomie ne les cite pas explicitement ; l'approche est globale, cible les pathologies liées au grand âge et insiste sur les coopérations (hôpital, secteurs de psychiatrie, ARS ...) et le développement d'une filière gériatrique.

# La psychiatrie de la personne âgée dans les Projets territoriaux de santé mentale (PTSM)

Marie-Céline Viard et Laurent Plancke<sup>70</sup>

*Les PTSM ont été élaborés par les acteurs des 8 territoires définis par l'ARS (cf. Carte 9) après une phase de diagnostic partagé ; ces projets visent à l'amélioration de la prévention, de la prise en charge, de l'accompagnement et de l'insertion sociale des personnes présentant des troubles mentaux. Ils ont fait l'objet d'un arrêté d'approbation de l'ARS en 2021<sup>71</sup>. Dans cet article, une synthèse des actions portant spécifiquement sur la psychiatrie de la personne âgée est présentée.*

Plusieurs axes de développement sont décrits :

- L'amélioration de la **coordination des soins** en passant par une amélioration de la communication (Artois-Audomarois), par l'organisation de temps de synthèse ou de concertation entre les différents acteurs prenant en charge les personnes âgées (Arrondissement de Lille, Littoral du Pas-de-Calais, Artois-Audomarois), et la **formalisation des coopérations déjà existantes entre Ehpad, services spécialisés de psychiatrie**, (Arrondissement de Lille), **SSAD** (Aisne) ou **SSIAD** (Artois-Audomarois).
- L'amélioration et l'harmonisation de l'**accompagnement des personnes âgées** dans leur prise en charge, avec par exemple la création d'outils partagés (Arrondissement de Lille), l'utilisation du Dossier médical partagé (Littoral du Pas-de-Calais), l'**élaboration de projet de vie sociale en collaboration avec le patient** (Littoral du Pas-de-Calais), **lui proposer des temps de transition lors de l'entrée dans un établissement d'accueil** (Arrondissement de Lille), la création des équipes mobiles de psychogériatrie intervenant dans les Ehpad (Aisne), des MAS et autres structures (Littoral du Pas-de-Calais), et **au domicile** (Artois-Audomarois).

Les projets prévoient également de diversifier les modalités d'accueil en créant des lits (Arrondissement de Lille) ou services spécialisés adaptés aux besoins de la prise en charge de la personne âgée (Artois-Audomarois, Littoral du Pas-de-Calais), en **développant la prise en charge ambulatoire par le biais de téléconsultations** (Aisne, Artois-Audomarois) tout en améliorant la sensibilisation et la formation proposées aux professionnels les accompagnant (Littoral du Pas-de-Calais, Artois-Audomarois, Aisne). Certains proposent aussi de **créer des domiciles de secours** (Artois-Audomarois) ou **des places d'habitat inclusif** (Aisne) ou adaptés aux handicaps des personnes âgées et de recruter et former des familles d'accueil (Littoral Pas-de-Calais).

Lutter contre l'isolement social par la mise en place d'actions (Aisne), le partage d'activités transgénérationnelles et le développement de partenariats entre le GEM et le SSAD (Littoral Pas-de-Calais).

Dans l'Oise, la Somme et les Flandres, les PTSM n'ont pas ciblé d'action spécifique sur la psychiatrie de la personne âgée (mais précisé qu'ils concernaient les différents âgés de la vie). De même, les projets d'action portant sur des thématiques transversales des autres projets n'ont pas été mentionnés, alors qu'ils peuvent bénéficier aux personnes âgées.

Enfin, les conduites suicidaires des personnes âgées ne sont pas spécifiquement abordées dans les PTSM.



<sup>70</sup> Fédération de recherche en psychiatrie et santé mentale Hauts-de-France - F2RSM Psy

<sup>71</sup> <https://www.hauts-de-france.ars.sante.fr/les-projets-territoriaux-de-sante-mentale-ptsm-o>

# Les Dispositifs d'appui à la coordination (Dac)

Marine Merlevede, Marie-Noëlle Cadou<sup>72</sup>

**Mi-2022, les 12 Dac des Hauts-de-France se substitueront aux différents organismes de coordination autour des situations complexes, dont les 25 actuels centres Maia qui viendront se fondre dans ce nouveau dispositif. Simplification salubre du paysage institutionnel, ce dispositif saura-t-il prendre en compte les spécificités des troubles psychiatriques des personnes âgées ?**

En juillet 2019, les Dac sont définis dans le cadre de la loi <sup>73</sup> fixant la stratégie de transformation de notre système de santé. En effet, face à l'augmentation des situations dites complexes et pour répondre aux besoins grandissant en matière de coordination entre les acteurs sanitaires, médicaux et sociaux, les Dac ont récemment vu le jour.

Le décret du 18 mars 2021 <sup>74</sup> relatif aux dispositifs d'appui à la coordination et aux dispositifs spécifiques régionaux précise les dispositions de l'article 23 de la loi Organisation et transformation du système de santé (OTSS).

## Le regroupement de dispositifs antérieurs

Les Dac ont vocation à réunir d'ici juillet 2022 les différents dispositifs de coordination préexistants dans les territoires :

- Méthode d'Action pour l'Intégration des services d'Aide et de soins dans le champ de l'autonomie (Maia),
- Réseaux de santé territoriaux gériatriques et palliatifs,
- Plateformes Territoriales d'Appui (PTA),
- Coordination Territoriale d'Appui (CTA) du Parcours de santé des personnes âgées en risque de perte d'autonomie (Paerpa).

Leur création doit aider les professionnels et les personnes confrontés à des situations complexes à avancer dans leur parcours de santé. La gouvernance des Dac doit être équilibrée. Elle est portée par une personne morale unique et permet, dans le même temps, la représentation équilibrée des acteurs des secteurs sanitaires, médico-sociaux et sociaux (dont professionnels de santé de ville, représentants des Conseils départementaux, usagers, associations d'aidants, ...). Le porteur



Source : Ministère des Solidarités et de la Santé

<sup>72</sup> Assistante sociale et directrice - Crehpsy Hauts-de-France, 03.20.16.56.10 - mmerlevede@crehpsy.fr

<sup>73</sup> loi n° 2019-774 du 24 juillet 2019 relative à l'organisation et à la transformation du système de santé (art. 23)

<sup>74</sup> <https://www.legifrance.gouv.fr/jorf/id/JORFTEXT000043268528>

du dispositif doit être « neutre » vis-à-vis des acteurs dans le territoire.

## Les 3 missions assignées aux Dac<sup>75</sup>

- **Apporter un appui aux parcours de santé individuels des personnes en situation complexe** (information, orientation). Les professionnels du Dac interviennent dans une logique de subsidiarité et n'ont pas vocation à prendre en charge les situations urgentes.

- **Offrir un appui à la structuration territoriale de parcours** : le Dac prend en compte toutes les demandes pour une problématique médicale et/ou médico-sociale, et ce, quels que soient l'âge et la pathologie, sans critères d'exclusion. Il appuie sa réponse sur les ressources du territoire. Cette mission peut s'exercer sur une période plus ou moins longue, parfois discontinue. L'intensité des interventions, leur fréquence, leur nombre, de même que le nombre d'intervenants est variable et peut aller jusqu'à un accompagnement renforcé (maladies chroniques, polyopathologies, détresses psychologiques, isolement, problématiques sociales économiques, d'accès aux droits...).

- **Participer à la coordination territoriale** qui concourt à la structuration des parcours de santé.

En région Hauts-de-France, 49 dispositifs de coordination sont concernés par leur unification en 12 Dac (5 dans le Nord, 3 dans le Pas-de-Calais, 2 dans l'Oise, 1 dans la Somme, 1 dans l'Aisne).

« Au-delà de l'enjeu sanitaire, cette (r)évolution s'avère un véritable défi humain, social, logistique, juridique et organisationnel »<sup>76</sup>. Ainsi, plusieurs points de réflexion peuvent être soulevés.

La création des Dac pourrait permettre de faire oublier l'empilement des dispositifs et leur manque de lisibilité pour les citoyens. Cependant, le délai de mise en œuvre de ces dispositifs est court, d'autant plus dans le contexte de crise sanitaire que nous traversons. Les structures qui doivent fusionner ont leur histoire, leur culture et leur fonctionnement propre ; cela complique leur regroupement. Les Dac auront pour mission de répondre aux situations dites complexes, quels que soient l'âge et la situation des personnes.

Or, à ce jour, la majorité des structures concernées par une fusion en un Dac accompagnent essentiellement des personnes âgées, en perte d'autonomie, et qui présentent le plus souvent des troubles neurodégénératifs (Alzheimer). Alors, quelles compétences et quelles connaissances seront mises à disposition pour répondre aux problématiques des personnes âgées présentant des troubles psychiatriques ? Le renforcement des liens avec le champ de la psychiatrie sera sans doute nécessaire. Un autre enjeu sera aussi celui de la formation pour permettre aux professionnels de ne pas « laisser sur la route » ce public. L'intérêt d'un regroupement n'est-il pas d'enrichir les compétences pour plus d'efficacité ? L'évaluation du déploiement et de l'activité de ces dispositifs prévue d'ici à 2 ans nous en donnera un premier éclairage.

<sup>75</sup> [https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/dac\\_bo\\_vf2.pdf](https://solidarites-sante.gouv.fr/IMG/pdf/dac_bo_vf2.pdf)

<sup>76</sup> Laurent Cenard, directeur d'un pôle d'hospitalisation à domicile et administrateur d'un Dac en Île-de-France



## Un centre interrégional de ressources de psychogériatrie et psychiatrie de la personne âgée

Michaël Codron<sup>77</sup>

*Le Centre de ressources de psychogériatrie et psychiatrie de la personne âgée (CR3PA) Nord-Ouest a été constitué au sein du Groupement de coopération sanitaire G4 (GCS G4) qui réunit les quatre centres hospitalo-universitaires de l'interrégion (CHU d'Amiens, de Caen, de Lille et de Rouen).*



Ce centre de ressources et d'expertise a pour mission d'améliorer la qualité des parcours de santé des patients âgés fortement impactés par les pathologies mentales et neurodégénératives, en contribuant à la réponse aux difficultés et questionnements des professionnels de santé des Établissements de santé et Médico-Sociaux, des acteurs de prévention, des associations de patients et d'utilisateurs, des personnes malades et de leurs aidants, etc.

Espace d'information, de formation, de sensibilisation et de

réflexion éthique, il a vocation à apporter un appui aux acteurs de terrain des régions Hauts-de-France et Normandie à travers la diffusion de bonnes pratiques, l'élaboration d'outils et l'apport d'une aide méthodologique pour la structuration des filières psycho-gériatriques à l'échelle des territoires. Il contribuera également à soutenir la recherche régionale et nationale et à promouvoir les innovations en santé.

Financé par les Agences régionales de santé Hauts-de-France et Normandie, il est doté d'un coordinateur dans chacune des deux régions, d'un conseil scientifique, constitué de spécialistes médicaux et médico-sociaux, et d'un comité de pilotage composé d'une représentation médicale du comité scientifique, des membres du G4 dont les coordonnateurs et des représentants des ARS.

Après une phase initiale d'état des lieux, le CR3PA a engagé ses premières actions selon 3 axes :

- **l'axe communication** en commençant par la création de son logo, la préparation d'une première newsletter et le lancement des travaux autour de son site internet.

1<sup>re</sup> lettre <https://www.maia-manche.fr/media-files/30430/newsletter-1-cr3pa.pdf>

- **l'axe parcours de santé** via le recensement des ressources de psychogériatrie existantes sur les différents territoires et l'élaboration d'une cartographie interactive reprenant ces données. [http://umap.openstreetmap.fr/fr/map/structures-de-psycho-geriatrie-et-psychiatrie-de-l\\_691062#10/50.5645/2.7960](http://umap.openstreetmap.fr/fr/map/structures-de-psycho-geriatrie-et-psychiatrie-de-l_691062#10/50.5645/2.7960)

- **l'axe formation** par un recensement des formations en psychogériatrie et l'animation de groupes d'échanges de pratiques en collaboration avec les équipes de professionnels de nos deux régions.

<sup>77</sup> Coordinateur Hauts-de-France - 03 62 94 35 39 poste 43 539 - [michael.codron@chu-lille.fr](mailto:michael.codron@chu-lille.fr)  
Secrétariat 03 20 44 41 47

# La formation des professionnels

## L'offre de formation en PPA dans les Hauts-de-France

Dr Wanda Blervaque<sup>78</sup>

*La psychiatrie de la personne âgée est un champ en pleine construction. Dans les Hauts-de-France diverses formations, initiales ou continues, permettent aux professionnels sanitaires et sociaux d'acquérir savoirs et savoir-faire dans ce domaine.*

### Une nouvelle dynamique de formation médicale et paramédicale

La reconnaissance en tant que discipline à part entière de la psychiatrie de la personne âgée (PPA) fait progressivement son chemin depuis la fin des années 1970. L'intérêt des médecins et futurs médecins pour cette spécialité volontiers multidisciplinaire et transversale est d'ailleurs grandissant, en témoignent sans doute les dizaines de travaux universitaires publiés sur ce sujet depuis quelques années<sup>79</sup>.

Aussi, la spécialité s'est récemment dynamisée par l'intermédiaire de la création en 2017 de l'**option psychiatrie de la personne âgée**, répondant ainsi à la demande croissante des associations d'internes et des universitaires, et permettant d'homogénéiser l'offre de formation en PPA sur le territoire français [79]. L'option, dont le format remplace les anciens DESC (Diplôme d'études spécialisées complémentaires), est accessible à tous les internes de psychiatrie, et est encore amenée à évoluer avec les récentes modifications structurelles des DES de psychiatrie prévues pour les futures promotions d'internes de 2022, et dont les contours sont en cours de définition.

Quoi qu'il en soit, la PPA est désormais reconnue sur le plan académique, et individualisée au même titre que la pédopsychiatrie. Elle vise à former des psychiatres spécialisés dans la prise en charge psychiatrique des patients âgés souffrant de troubles psychiques anciens ou apparus avec l'avancée en âge, ainsi que de symptômes comportementaux et psychologiques liés aux troubles neuro-évolutifs.

Ces évolutions de formations ne sont pas cantonnées à l'exercice médical. Pourrait ainsi en témoigner la création récente (2018) du **diplôme d'Infirmier en pratiques avancées (IPA)**, permettant à chaque infirmier justifiant d'une expérience professionnelle de plus de 3 ans d'accéder à une formation diplômante de niveau master (bac+5). Le futur IPA choisit en deuxième année de formation une spécialité parmi quatre, dont « *psychiatrie et santé mentale* ».

Selon le Ministère des Solidarités et de la Santé [80], « la *pratique avancée* recouvre :

- des activités d'orientation, d'éducation, de prévention ou de dépistage,
- des actes d'évaluation et de conclusion clinique, des actes techniques et des actes de surveillance clinique et paraclinique,

<sup>78</sup> Psychiatre de la personne âgée - CHU de Lille - [wanda1.blervaque@chu-lille.fr](mailto:wanda1.blervaque@chu-lille.fr)

<sup>79</sup> Voir encart n°1

• des prescriptions de produits de santé non soumis à prescription médicale, des prescriptions d'examens complémentaires, des renouvellements ou adaptations de prescriptions médicales. »

Entre exercice médical et exercice infirmier, l'IPA dispose donc d'un champ de compétences supplémentaires et d'une possibilité de pratique infirmière spécialisée plus autonome pouvant s'envisager dans le champ de la psychiatrie de la personne âgée, que ce soit en milieu hospitalier, en pratique de liaison, ou en encore en secteur ambulatoire.

## Une offre régionale de formation continue à destination de différents corps de métier

Plusieurs types de formations existent dans la région Hauts-de-France. Peuvent déjà être cités les Diplômes Universitaires (DU) dans le domaine de la PPA, tel que le **DU Psychogériatrie** dispensé à la faculté de médecine de Lille. Cette formation s'adresse principalement aux médecins de toute spécialité ayant un contact clinique régulier avec des patients âgés, mais peut aussi concerner des professions tels que les psychologues ou les infirmiers sous réserve de justifier d'un intérêt envers la pratique professionnelle auprès des sujets âgés. La formation aborde sous un angle multimodal l'approche de la personne âgée souffrant de troubles psychiques par l'enseignement d'aspects psychologiques, neuropsychologiques, psychiatriques et thérapeutiques, au sein d'un réseau de soins spécialisés explicité [81].

Parallèlement, la faculté de Lille propose par l'intermédiaire de son département de psychologie le **DU psychopathologie et cliniques de la personne âgée**. Cette formation est plus précisément axée sur l'approfondissement de compétences cliniques et concerne principalement les psychologues et les infirmiers, qui composent donc l'essentiel des promotions d'étudiants de ce DU [82].

Divers organismes proposent également des formations à destination des professionnels de tout bord (médical, médico-social ou social), et notamment :

- le **Crehpsy**, qui souhaite promouvoir certaines activités de « *recherche sur le vieillissement des personnes en situation de handicap psychique* » dans le cadre de son projet de service 2021-2025 [83], et propose parallèlement depuis plusieurs années une formation courte appelée **Handicap psychique et vieillissement** [84], accessible à tout professionnel concerné par ce type d'accompagnement.

- l'**Institut régional du travail social (IRTS)** des Hauts-de-France, qui se définit comme un « *institut de formation en travail social* ». Cet institut propose de multiples formations à destination prioritaire des travailleurs sociaux et médico-sociaux, en contact avec des personnes âgées présentant des troubles en lien avec des pathologies neuro-évolutives [85]. On peut notamment citer la formation de trois jours « **accompagner la personne âgée présentant des troubles du comportement et de la communication** », ou encore « **accompagner une personne âgée atteinte de troubles cognitifs grâce à la pédagogie Montessori** » [86].

[Encart 1. Thèses et mémoires soutenus à l'Université de Lille entre 2012 et 2021, disponibles sur pepite.univ-lille.fr](https://pepite.univ-lille.fr)

Médecine

- Baelde Nicolas. Impact de la formation Terra/Seguin sur la prise en charge de la crise suicidaire du sujet âgé résidant en Ehpad dans le Nord-Pas-de-Calais (psychiatrie, 2019)
- Bara Lucille. Lien entre les fonctions exécutives et vulnérabilité suicidaire du sujet âgé : une revue de la littérature (psychiatrie, 2016)
- Best Simon. Troubles neurocognitifs majeurs chez les patients bipolaires de plus de 60 ans : description et facteurs associés (médecine interne, 2019)
- Blervaque Wanda. Vieillesse écrouée, vieillir en prison : modalités des soins psychiatriques proposés aux personnes âgées incarcérées dans les établissements pénitentiaires des Hauts-de-France (psychiatrie, 2021)
- Cauchie Yves. Souffrance psychique et dépression chez les aidants naturels de plus de 60 ans : intérêt d'un atelier d'information et de prévention de la dépression aidants au sein de la maison des aidants d'Armentières (psychiatrie, 2017)
- Forzan Adèle. Les troubles bipolaires du sujet âgé : approches théoriques et pratiques des troubles cognitifs (psychiatrie, 2014)
- Gast Céline. La prescription de psychotropes et leurs effets en Ehpad : revue systématique de la littérature (médecine générale, 2018)
- Gavois Clémence. Ressenti de la personne âgée en Ehpad souffrant de dépression : étude qualitative (médecine générale, 2017)
- Harly Victor. Vers une définition du deuil pathologique et ses particularités chez le sujet âgé (psychiatrie, 2017)
- Henry Margot. La prévalence et les facteurs de risque de troubles psychiatriques chez les patients âgés de plus de 60 ans ayant présenté une PCR positive au Covid-19 au CHRU de Lille (psychiatrie, 2021)
- Labey Mathilde. Le corps dans la dépression des sujets vieillissants : détours anthropologiques et mises au point psychiatriques (psychiatrie, 2014)
- Lécorché Marion. Place de l'introduction des psychotropes dans la survenue des chutes intra hospitalières au CHU de Lille (gériatrie - 2020)
- Lesaffre Thibaut. Prescription de psychotropes en Ehpad : prévalence et association aux facteurs organisationnels (médecine générale, 2020)
- Miqueu Marie. Co-prescriptions de psychotropes chez la personne âgée dans un centre hospitalier général (médecine générale, 2016)
- Paré Madeleine. Lorsque le passage à la retraite est vécu comme une crise identitaire : approche clinique et revue narrative de la littérature (psychiatrie, 2020)
- Rime Camille. Consommation de psychotropes chez les patients âgés évalués en hôpital de jour « chute » à Lille (médecine générale, 2016)
- Robert Mathilde. Prise en charge de l'épisode dépressif caractérisé de la personne âgée en cabinet de médecine générale (médecine générale, 2020)
- Vosgin-Dinclaux Maylis. Analyse des prescriptions inappropriées et évaluation de la dépendance aux benzodiazépines et apparentées chez les sujets âgés de plus de 65 ans au sein du pôle de gérontologie du Centre Hospitalier de Tourcoing (médecine générale, 2018)

- Baudier Lauren. L'intégration de la télépsychiatrie dans le parcours de soins de la personne âgée (2017)
- De Azevedo Florian. Freins et leviers au développement de la Psychiatrie de la personne âgée en France (2017)
- Godard Adeline. Spécificités de l'accueil psychiatrique en Ehpad (2018)

### Références bibliographiques

[79] Lepetit A, Lavigne B, Herrmann M, Hanon C. Formation en psychiatrie de la personne âgée en France : propositions du groupe de travail de l'Affep 2015 ; 91 : 4.

[80] DGOS\_Michel.C, DGOS\_Michel.C. L'infirmier en pratique avancée. Ministère des Solidarités et de la Santé 2021. <https://solidarites-sante.gouv.fr/systeme-de-sante-et-medico-social/acces-territorial-aux-soins/article/l-infirmier-en-pratique-avancee> (accessed November 7, 2021).

[81] du psychogériatrie - Université de Lille - Université de Lille n.d. <https://www.univ-lille.fr/formations/fr-MDUH0216.html> (accessed December 8, 2021).

[82] diplôme d'université du psychopathologie et cliniques de la personne âgée - Université de Lille - Université de Lille n.d. <https://www.univ-lille.fr/formations/fr-81dupsychoopathologieetcliniques.html> (accessed December 8, 2021).

[83] Centre de Ressources sur le handicap psychique Hauts-de-France. Projet de service 2021-2025 2021.

[84] Centre de Ressources sur le handicap psychique Hauts-de-France C. Catalogue de formation 2022 2021.

[85] Bienvenue à l'Institut Régional du Travail Social Hauts-de-France. IRTS - Institut Régional Du Travail Social n.d. <https://irtshdf.fr/irts/presentation/> (accessed December 8, 2021).

[86] Formation continue. IRTS - Institut Régional Du Travail Social n.d. <https://irtshdf.fr/formations-2/formation-continue/> (accessed December 8, 2021).

## Paroles de jeunes psychiatres de la personne âgée

D<sup>r</sup> Tilila Lakhsassi, D<sup>r</sup> Margot Henry-Kariger

**Les D<sup>rs</sup> Tilila Lakhsassi et Margot Henry sont deux jeunes psychiatres de la personne âgée : l'une ayant suivi un cursus psychiatrique classique, l'autre ayant pu bénéficier de l'inscription en option PPA au cours de son internat. Elles nous offrent leurs points de vue respectifs sur le présent et l'avenir de cette spécialité évolutive et multimodale.**

### D<sup>r</sup> Tilila Lakhsassi, praticienne hospitalière - psychiatre de l'adulte et de la personne âgée - EPSM des Flandres (59Go2)

« Avant d'envisager l'internat de psychiatrie, j'hésitais au cours de l'externat avec celui de médecine générale. Mon projet était, à l'époque, de travailler en gériatrie. Si un stage de psychiatrie à la fin de l'externat m'a décidée à travailler en tant que psychiatre, je gardais en tête l'expérience fabuleuse des soins auprès des patients âgés.

Mon parcours de psychiatre auprès des personnes âgées a muri depuis ma première année d'internat. Dans ma pratique hospitalière, je rencontrais ces patients dans les services de psychiatrie générale, en consultation au Service d'accueil des urgences, et à la demande des confrères d'autres spécialités dans les services de médecine conventionnelle. Les patients de grand âge sont partout à l'hôpital, c'est en lien avec l'allongement de l'espérance de vie. Les soins doivent, à mon sens, nécessairement s'adapter à cette tranche de la population, aux besoins spécifiques.

La démarche de soin auprès de ces patients requiert du temps : il me semble que c'est la clé de la prise en charge. La gestion du temps fait partie intégrante de l'apprentissage. Le temps de la rencontre, le temps de la crise, le temps de l'accueil de l'entourage, le temps de l'apprentissage pour les soignants, le temps de l'action des traitements. Dans cette aventure humaine, nous nous devons d'être nous aussi soignants, patients.

Après l'internat et l'obtention du doctorat, le service de psychogériatrie qui m'avait accueillie en tant qu'interne de psychiatrie m'a proposé un poste d'assistante hospitalière. Je laissais derrière moi le rôle d'interne, craignant ne pas avoir assez de savoirs et de connaissances gériatriques et neurologiques dans mes bagages. C'est certes un apprentissage quotidien qui m'attendait, cependant j'avais probablement sous-estimé l'importance de ma préparation à l'entretien, au maniement des psychotropes, l'initiation à la thérapie familiale systémique et à l'éthique médicale. Ce sont à mon sens des clés dans cette pratique, que nous obtenons au cours de l'internat de psychiatrie.

L'expérience m'a appris également que pour que la rencontre soit propice à l'échange, la position du soignant doit être humble, pas servile, mais souple. Le patient âgé nous met face à nos incertitudes, il exige parfois que nous désapprenions ce que nous avons appris sur les bancs de la faculté, il ne rentre pas souvent dans nos cases diagnostiques, il se fait secret parfois et nous apprend à être patient, à ses côtés et auprès de son entourage qu'il ne faudra jamais négliger.

L'apprentissage de la psychiatrie de la personne âgée est de mon point de vue, un travail d'enquêteur : le diagnostic n'est donc pas toujours indubitable, la discussion diagnostique doit toujours rester ouverte. Pas de recette thérapeutique miracle. Cette pratique m'a enseigné, qu'un sens clinique aiguisé et un doute

éthique raisonnable sont également nécessaires pour prendre soin. Les profils variés de patients rencontrés nécessitent d'adapter nos propositions thérapeutiques et de concilier nos pratiques entre neurologues, psychiatres, médecins généralistes et gériatres. Ainsi, l'idéal serait de détenir toutes les connaissances nécessaires de ces différentes spécialités. Le soin en psychogériatrie est pluridisciplinaire. Il me semble indispensable d'entretenir le savoir médical général, d'apprendre les spécificités de la gériatrie et de parfaire les connaissances neurologiques acquises au cours de l'externat. J'ajoute qu'il est essentiel de connaître les limites de notre compréhension des problématiques du patient, afin de pouvoir passer la main au bon moment de sa prise en charge. Aller à la rencontre du patient, c'est donc aller à la rencontre de nos confrères et créer des partenariats utiles. En effet, les problématiques variées de ces patients se situent souvent à la frontière entre ces disciplines. Nous abordons des patients âgés souffrant de troubles psycho-comportementaux dans le cadre de troubles neurocognitifs évolués ou débutants, des patients souffrant de pathologies psychiatriques chroniques ou ceux encore qui présentent un état confusionnel. Compte tenu de l'hétérogénéité de ces profils et des nombreuses comorbidités, l'apprentissage de cette prise en soin spécifique est permis par l'apprentissage théorique, beaucoup de curiosité, et une expérience longue auprès des patients et de leur famille. La formation médicale continue est bien sûr primordiale, le compagnonnage est nécessaire. D'autre part, nous ne sommes pas seul face au patient, la prise en charge est pluridisciplinaire : infirmi-è-r-e-s, psychologues clinicien-n-e-s, neuropsychologues, ergothérapeutes, psychomotricien-n-e-s, assistant-e-s sociales, kinésithérapeutes, enseignant-e-s d'activités physiques adaptées (...), tous œuvrent autour du patient. Difficile de résumer ces deux premières années d'apprentissage en quelques lignes. Si ce témoignage peut prendre la forme d'un récit truffé d'injonctions, mon intention se situe ailleurs. Nombreuses de ces observations peuvent s'appliquer à beaucoup d'autres disciplines médicales. Psychiatres, vous avez toute votre place auprès de ces patients qui souffrent bien souvent – en plus des symptômes qui les amènent aux soins – d'une mauvaise réputation : complexité de prise en charge, évaluation clinique délicate, adaptation thérapeutique prudente... L'objectif premier est de ne pas nuire, comme me le répétait souvent mon premier confrère psychogériatre. Patience, et fais-toi confiance me répétait ma première consœur gériatre. Chers confrères, lancez-vous ! »

## D<sup>r</sup> Margot Henry-Kariger - docteur junior en psychiatrie, option psychiatrie de la personne âgée - faculté de médecine de Lille

« Actuellement interne en DES de psychiatrie à Lille, je fais partie de la première promotion de l'option PPA. Mon parcours d'internat n'est pas typique, puisque mes deux premières années d'internat ont été marquées par le doute sur mon choix de spécialité. Il m'a été en effet difficile de mettre de côté la facette « somatique » de la médecine. Je souhaitais exercer une psychiatrie où la prise en charge « corps » et « esprit » ne serait pas aussi clivée. C'est dans cette démarche que mon choix s'est porté sur la PPA et la psychogériatrie.

Je ne suis qu'à mes prémices dans ce domaine, mais la psychogériatrie est une discipline riche, qui prend en charge le patient de manière globale. Cette discipline regroupe l'ensemble des pathologies psychiatriques vieillissantes, mais aussi des pathologies plus tardives comme les troubles neurocognitifs et leur

retentissement psychocomportemental. La frontière entre les deux est d'ailleurs souvent complexe. Nous sommes également amenés à traiter les syndromes confusionnels et les troubles du comportement où l'intrication « somatique » et psychiatrie sont intimement liées.

La psychogériatrie est une discipline humainement riche avec une prise en charge rééducative et psycho-sociale indispensable. Nous sommes donc amenés à travailler quotidiennement avec différents corps de métiers et structures (assistante sociale, kinésithérapie, orthophoniste, psychomotricien, gériatre, Ehpad, psychologue, etc.) mais aussi avec les familles.

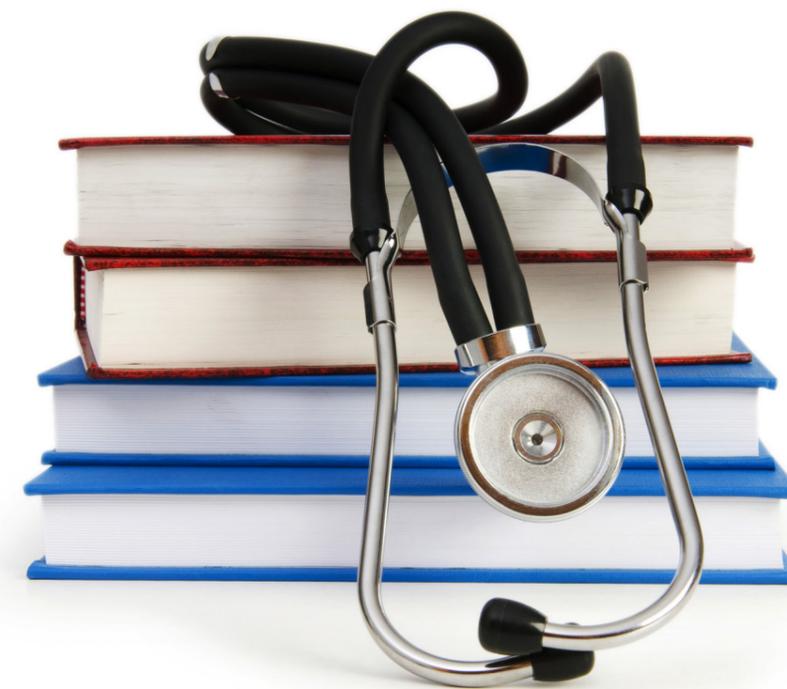
Ce qui m'a le plus marquée dans cette spécialité est la capacité de résilience de nos patients, qui est surprenante.

Notre spécialité peut se pratiquer de différentes façons : en unité cognitivo-comportementale, en secteur de psychiatrie adulte, en Ehpad, en psychiatrie de liaison intra-hospitalière, en libéral, en ambulatoire, etc. Ce qui permet à chacun d'y trouver son compte.

Cette spécialisation permet de faire la connaissance de praticiens expérimentés dans plusieurs domaines comme la gériatrie ou la neurologie, ce qui est une chance.

Il existe une Association nationale des internes de PPA (l'ANIPPA), qui regroupe l'ensemble des internes de PPA de France. Elle permet d'échanger sur nos pratiques et de nous mettre à jour sur les recommandations et les travaux de recherches.

Pour finir, j'invite les internes de psychiatrie à profiter de votre internat pour découvrir la PPA. Elle vous apportera quelques clés pour la prise en charge de vos patients vieillissants, et pourquoi pas au décours de votre stage vous donner l'envie de vous investir dans notre belle discipline. »



# Une formation à la gestion de la crise suicidaire en Ehpad

Laurent Plancke<sup>80</sup>

**Alors que les tentatives de suicide touchent davantage les sujets jeunes que leurs aînés, la mortalité par suicide est plus élevée chez les personnes âgées. Les personnes vivant en Ehpad sont également touchées par les conduites suicidaires [87] ; l'entrée dans ces établissements est une période de bouleversements qui peut conduire à des passages à l'acte. Lieux d'attention quasi-permanente, ils sont également susceptibles de prévenir la morbi-mortalité suicidaire.**

En 2015, l'agence régionale de santé des Hauts-de-France décidait de financer un programme de prévention et confiait son évaluation à la Fédération régionale de recherche en psychiatrie et santé mentale Hauts-de-France [88].

## Programme évalué

Le programme a consisté en une formation de 4 jours, par le P<sup>f</sup> Jean-Louis Terra, en novembre 2015 et février 2016, de binômes de formateurs, qui ont -à leur tour- formé des professionnels travaillant en Ehpad dans le Nord - Pas-de-Calais, au cours de sessions de 2 journées chacune. Ces dernières ont eu lieu de septembre 2016 à juin 2018. Les formations portaient sur les données épidémiologiques, la physiopathologie de la crise suicidaire, l'évaluation du potentiel suicidaire et les étapes d'intervention de crise suicidaire. Des mises en situation avec jeux de rôle venaient illustrer les notions théoriques. Les formateurs, durant les 3<sup>e</sup> et 4<sup>e</sup> journées, recevaient un approfondissement de ces notions en suicidologie et des compétences pédagogiques pour les transmettre.

## Objectifs et méthodes de l'évaluation

L'objectif principal de l'étude menée était de décrire les évolutions consécutives à la formation dispensée aux professionnels des Ehpad, en termes de processus (organisation) et de résultats (morbi-mortalité suicidaire), les objectifs secondaires étant de décrire l'assimilation des savoirs et savoir-faire transmis durant la formation, la mise en œuvre des conduites à tenir et l'identification des difficultés.

Elle a pris la forme :

- d'une enquête par questionnaire auto-administré, reprenant pour partie le Questionnaire d'évaluation des connaissances sur le suicide (Qecs) [89], en début et fin de formation, sur les connaissances et les représentations en suicidologie. La satisfaction (en fin de stage) et les caractéristiques des répondants (âge, sexe et profession) ont également été recueillies. Les degrés d'accord avec neuf propositions sur des connaissances ont été enregistrés selon cinq modalités (pas du tout, pas vraiment, un peu, tout à fait, ne sait pas) ; les distributions des réponses ont été comparées en début et fin de formation. Les degrés d'adhésion

<sup>80</sup> Fédération régionale de recherche en psychiatrie et santé mentale Hauts-de-France - F2RSM Psy

à 10 opinions formulées (représentations) ont également été recueillies selon cinq modalités (vrai, plutôt vrai, plutôt faux, faux, ne sait pas). Pour ces 19 items, les distributions des réponses ont été comparées en début et fin de formation et le test du chi2 a été employé pour tester la significativité des écarts.

- d'une enquête par entretien semi-structuré -plusieurs mois après la formation- avec les responsables d'Ehpad (1 sur 5, tiré au sort) formés, sur la problématique générale des conduites suicidaires, l'opinion sur le stage suivi, les changements intervenus depuis la formation, l'évaluation et prise en charge du risque et de la crise suicidaire et les relations avec les professionnels et la famille à propos des conduites suicidaires. Les propos ont été enregistrés et retranscrits intégralement, puis codés avec le logiciel N'Vivo. En moyenne 17 mois s'étaient écoulés entre la fin de la formation et l'entretien d'enquête (±5 mois).

- d'une enquête de prévalence des tentatives de suicide et des suicides au sein de la population des résidents des Ehpad formés, avant et après la formation<sup>81</sup>, au moyen d'un questionnaire spécialement rédigé pour l'enquête. Les taux de tentative de suicide et de suicide pour 100 000 personnes-années ont été calculés, avant et après formation, de même que leurs intervalles de confiance à 95%. Le test du chi2 a été utilisé pour comparer ces taux.

## Résultats

### 110 Ehpad et 427 salariés touchés par le programme de formation

9 binômes, appartenant à des équipes de psychogériatrie pour la majorité, ont réalisé 28 sessions de formation entre septembre 2016 et juin 2018, et formé 427 salariés de 110 Ehpad, soit près de 4 par établissement. Ces 110 établissements représentent 26,5% des Ehpad du Nord et du Pas-de-Calais ; ils hébergent 9849 personnes, soit 32,2% de l'ensemble des résidents en Ehpad dans ces 2 départements (30 623 places).

### Participation aux enquêtes

291 professionnels ont répondu au questionnaire de début de formation, 287 à celui de fin. 59 professionnels ont été interviewés au cours de 23 entretiens semi-structurés. 72 des 110 Ehpad (65,4%) ont renseigné le questionnaire sur les cas de suicides et de tentatives de suicide avant et après la formation.

### Évolution des connaissances et représentations

Il y a une hausse significative ( $p < 0,001$ ) des connaissances déclarées dans le questionnaire passé en début et fin de formation ; pour 8 questions sur 9, plus aucun stagiaire ne répond « *ne pas savoir* » en fin de stage. Les savoirs déclarés augmentent significativement : les professionnels sont, par exemple, beaucoup plus à même de définir la crise suicidaire, connaissent mieux les facteurs de risques suicidaires chez la personne âgée, les situations où il est nécessaire de contacter un service et quel professionnel ou service contacter. Concernant les représentations, l'indécision (réponse « *ne sait pas* ») est beaucoup plus faible en fin de stage ; les niveaux d'accord augmentent sur l'idée que les personnes qui veulent se suicider donnent une indication sur leur intention à leur entourage, que le risque de suicide est plus élevé chez les personnes ayant fait une tentative. Le désaccord est plus fréquent en fin de stage avec l'idée que le suicide résulte

<sup>81</sup> Avant : 365 jours avant le 1<sup>er</sup> jour de la 1<sup>re</sup> session de formation.

Après : nombre de jours entre la fin de la formation et le jour de réponse au questionnaire

bien d'un choix, qu'il faut être courageux pour se suicider, qu'en parler inciterait au suicide.

## De meilleures interactions sur un sujet difficile

Des entretiens menés en Ehpad plusieurs mois après la formation, il apparaît que le changement rapporté le plus important concerne les échanges autour des conduites suicidaires, avec les résidents et au sein du personnel. L'expression du désir de mort est moins banalisée.

*Dès que quelqu'un dit « il y a une résidente qui n'arrête pas de nous parler qu'elle veut mourir », on va voir tout de suite, alors qu'avant on disait « Bin oui, elle est vieille, c'est normal, la mort va arriver. ». [Infirmière]*

Les difficultés à parler de ce sujet délicat, renvoyant à la propre condition des professionnels, n'ont certes pas toutes disparues, mais la parole semble plus fluide, l'appréhension levée, par la conviction acquise qu'en parler est nécessaire pour mieux prévenir ou gérer la crise suicidaire ; la maîtrise d'outils d'intervention, acquise durant le stage, permet désormais aux intervenants une réponse adaptée au niveau de risque mis à jour à l'entretien.

*Maintenant on ose poser clairement la question. Ce genre de chose, oui, ça nous a vraiment marqués dans notre pratique. Ce mode-là de directivité de l'entretien, oui. Parfois on prenait des chemins détournés que des fois on dit non là vous devez poser la question clairement. Enfin des fois, il faut être très directif. [Psychologue]*

## Des changements partiels

L'entretien a recherché si des changements organisationnels étaient intervenus depuis la formation ; peu ont été rapportés. Au cours de l'entretien de pré-admission, les tendances suicidaires signalées au dossier par des tiers sont prises en compte, mais les antécédents ne sont pas recherchés systématiquement.

*On ne va pas poser la question [de la pensée suicidaire] clairement à l'entrée. C'est pas humain à un moment donné. C'est comme « avez-vous écrit vos directives anticipées ? » ; ça fait un peu beaucoup. On cherche d'abord l'accord de la personne pour qu'elle rentre. Ce serait trop brutal. On ne peut pas se permettre de tout demander. Si le sujet vient, on va creuser. Mais si le sujet ne vient pas on ne creusera pas. [...] On ne peut pas tout demander à tout le monde. C'est du cas par cas. C'est de l'humain. Donc ça n'a pas changé notre méthode pour ça. Par contre noter le risque ça oui. [Psychologue]*

Le psychologue occupe une place centrale dans la gestion du risque suicidaire ; la formation a souvent permis que les personnels soignants prennent une part plus importante dans son évaluation : ils abordent le sujet avec les personnes hébergées et peuvent apporter des informations utiles pour définir la conduite à tenir. Les transmissions orales et/ou écrites ont été renforcées. Peu d'autres changements dans la gestion de la crise suicidaire ont été rapportés : l'échelle de risque, urgence, dangerosité (Rud) est très rarement employée et il n'y a eu de protocolisation de la gestion du risque.

## Prévenir et/ou restreindre les libertés ?

Les mesures d'éloignement des moyens létaux mettent en balance la question de la prévention généralisée du risque suicidaire et celle de la préservation de la liberté des résidents. Dans environ 1 établissement sur 3 (8/23), la question de la liberté et de sa restriction a été abordée. L'autonomie des personnes est en général sérieusement diminuée à leur entrée dans l'Ehpad (cette notion est présente dans son appellation) ; faut-il la restreindre davantage en adoptant des mesures généralisées d'éloignement des moyens létaux, mesure recommandée pour la prévention du suicide ?

*Si on n'évoque que le risque suicidaire, il faudrait tout barricader, tout contrôler, au détriment de la liberté des uns et des autres à aller et venir dans l'établissement. [Médecin coordonnateur]*

## Une morbidité suicidaire significativement inférieure après la formation

Les 72 Ehpad ayant répondu au questionnaire sur les cas de tentative de suicide et de suicide enregistrés avant et après la formation avaient une capacité de 6846 places ; 31 tentatives de suicide (TS) ont été enregistrées durant l'année précédant la première session de formation et 16 après<sup>82</sup>. Les taux de TS étaient de 453 pour 100 000 personnes ( $\pm 159$ ) avant formation et 172 ( $\pm 84$ ) après formation, baisse statistiquement significative ( $p < 0,001$ ).

Concernant la mortalité par suicide, 1 cas a été décrit avant la formation, contre 3 après, soit des taux de 15 pour 100 000 ( $\pm 29$ ) avant la formation et 32 pour 100 000 ( $\pm 36$ ) après, mais les très faibles effectifs ne permettent aucune conclusion sur la significativité des écarts de taux ( $p = 0,483$ ).

## Discussion et conclusion

Le programme de formation à la gestion de la crise suicidaire en Ehpad a connu une portée importante, puisqu'il a touché 110 établissements de ce type, 427 professionnels y travaillant, et -potentiellement- 9849 personnes y résidant, soit plus d'un quart des Ehpad du Nord et du Pas-de-Calais, 30% des personnes y étant hébergées. La satisfaction rencontrée a été élevée, tant de la part des formateurs que de la part des personnels des Ehpad. Bien que peu de changements organisationnels aient été rapportés lors des entretiens sur site plusieurs mois après la formation, l'aisance à aborder les conduites suicidaires, avec les personnes hébergées et entre collègues a été largement majorée ; de même, le programme a permis une amélioration significative des connaissances, savoir-faire et des représentations. L'éloignement des moyens létaux, déjà appliqué avant les stages, est assez généralisé ; il pose des problèmes éthiques de limitation de liberté et d'autonomie. La distinction entre pensées suicidaires et passages à l'acte n'est pas toujours faite et les troubles dépressifs sont parfois assimilés aux risques suicidaires.

En termes de résultats, le taux de morbidité suicidaire diminue significativement après la formation, et ce alors qu'elle a vraisemblablement augmenté l'attention sur le phénomène étudié ; ce résultat plaide pour

<sup>82</sup> La période après la formation était celle comprise entre la fin de la 1<sup>ère</sup> session de formation et le jour de réponse (16,6 mois en moyenne sur les 72 établissements répondants, pour un total de 9329 personnes-années)

une efficacité du programme, sans pour autant que l'imputabilité de cette baisse puisse être formellement établie. Il n'est par contre pas possible de conclure à un effet sur la mortalité suicidaire, événement très rare (même si les taux sont plus élevés chez les personnes âgées). Non dépendantes du programme de formation, les relations avec les secteurs de psychiatrie se sont avérées très inégales selon les Ehpad ; ce partenariat est pourtant indispensable, en cas de passage à l'acte suicidaire notamment.

Ce programme a été poursuivi par une nouvelle formation de formateurs organisée par la F2RSM Psy et réalisée en juillet 2021 par les D<sup>rs</sup> Grandgenèvre et Notredame ; elle a permis de toucher des territoires qui n'étaient pas couverts avec le premier déploiement. Malgré le contexte de crise sanitaire liée au Covid-19, en 2021, 15 sessions de formation ont été réalisées par 9 binômes de formateurs auxquelles 165 professionnels provenant de 60 Ehpad (publics et privés) ont pu participer. Une nouvelle formation de formateurs sera organisée en juin 2022 par le CR3PA afin d'étendre le rayonnement de ces formations à de nouveaux territoires permettant ainsi, une couverture quasi-complète des Hauts-de-France.

### Références bibliographiques

[87] Manechez M. Suicides et tentatives de suicide en Ehpad dans le Nord - Pas-de-Calais en 2012 (thèse pour le diplôme d'Etat de docteur en médecine) 2014.

[88] Plancke L, Baelde N, Amariei A. La prise en charge des conduites suicidaires en Ehpad. Évaluation d'un programme de formation dans le Nord et le Pas-de-Calais. Lille : F2RSM Psy ; 2019.

[89] Notredame CE, Porte A, Pauwels N, Danel T, Walter M, Vaiva G. Le questionnaire d'évaluation des connaissances sur le suicide (QECS). *European Psychiatry* 2015 ; 30 : S139. <https://doi.org/10.1016/j.eurpsy.2015.09.274>.



# Annexes

## Index des illustrations

### Cartes

Carte 1. Indice de vieillissement par secteur de psychiatrie adulte. Hauts-de-France. 2017	14
Carte 2. Nom et localisations des organismes présentés dans la monographie	55
Carte 3. Unités et équipes mobiles de psychogériatrie et unités cognitivo-comportementales. Hauts-de-France	57
Carte 4. Secteur CMP - CLSM Oise	60
Carte 5. Implantation et Ehpad couverts par l'Équipe mobile de psychogériatrie de la Polyclinique de Grande-Synthe	61
Carte 6. Unités de vie personnes handicapées âgées	77
Carte 7. Nombre annuel moyen de suicides chez les personnes de 65 ans et plus selon le département de résidence et le sexe. 2015-2017	87
Carte 8. Part de la population de 65 ans ou plus prise en charge en service de psychiatrie (publique, privée, ambulatoire, hospitalisation). 2020	104
Carte 9. Contour des Projets territoriaux de santé mentale des Hauts-de-France	119
Carte 10. Périmètre des Dispositifs d'appui à la coordination (Dac) et des anciens Maia. Hauts-de-France	122

### Tableaux

Tableau 1. Les cinq principaux outils de la réhabilitation	49
Tableau 2. Répartition des structures sanitaires spécialisées selon le statut de l'établissement gestionnaire et du département d'implantation	56
Tableau 3. Unités de vie pour personnes handicapées âgées (UVPHA) et unités pour personnes handicapées vieillissantes (UPHV) financées par l'ARS. Hauts-de-France. 2020	77
Tableau 4. Nombre de suicides par sexe et âge parmi la population des départements des Hauts-de-France. Total 2015-2017	85
Tableau 5. Nombre de séjours avec diagnostic de TS en 2018-2020 (moyenne annuelle) chez des personnes de 10 ans ou plus domiciliées dans les Hauts-de-France	88
Tableau 6. Séjours avec diagnostic de TS en 2018-2020 (moyenne annuelle) chez des personnes de 10 ans ou plus domiciliées dans les Hauts-de-France. Caractéristiques du séjour	89

Figure 1. Part de la population de 65 ans et plus. Hauts-de-France et ses départements. 2021	12
Figure 2. Nombre d'hommes et de femmes âgés et proportion de femmes par classe d'âge. Hauts-de-France. 2021	13
Figure 3. Espérance de vie à 60 ans et mortalité (tous âges et chez les 65 ans et plus). Hauts-de-France et régions aux valeurs extrêmes. 2020	15
Figure 4. Nombre de demandes adressées à l'EPMG selon leur ancienneté. 2015-2021	64
Figure 5. Âge moyen des patients selon le sexe et l'année. 2015-2021	64
Figure 6. Répartition des demandes d'intervention selon leur origine. 2021	65
Figure 7. Répartition des orientations à l'issue de la prise en charge. 2021	65
Figure 8. Caractéristiques des patients du centre de psychogériatrie de Seclin. 2021. N=174	70
Figure 9. Évolution du nombre de suicides dans les Hauts-de-France entre 2000-2002 et 2015-2017	86
Figure 10. Taux de séjours MCO avec diagnostic de TS pour 10 000 habitants de 10 ans ou plus. Hauts-de-France. Moyenne 2018-2020	88
Figure 11. Diagnostic principal codé au 1er entretien ou séjour des personnes âgées prises en charge en service de psychiatrie selon le sexe. Hauts-de-France. 2020	102
Figure 12. Diagnostic principal codé au 1er entretien ou séjour des personnes âgées prises en charge en service de psychiatrie selon la classe d'âge. Hauts-de-France. 2020	102
Figure 13. Nombre et taux de prise en charge en service de psychiatrie selon le sexe et l'âge. Hauts-de-France	103
Figure 14. Part de la population ayant recouru au moins une fois aux médicaments psychotropes, selon le sexe et par classe d'âge. Hauts-de-France. 2019	107
Figure 15. Nombre de délivrances d'anxiolytiques, hypnotiques, antidépresseurs et antipsychotiques au bénéfice de patients résidant les Hauts-de-France par mois en 2019 et 2020 et évolution entre les années	108

## Sigles et acronymes

Acces	Association pour la création et la coordination d'équipements médico-sociaux
ARS	Agence régionale de santé
CMP	Centre médico-psychologique
CH	Centre hospitalier
CHU	Centre hospitalier universitaire
Clic	Centre local d'information et de coordination gérontologique
CPT	Communauté psychiatrique de territoire
Cra	Centre ressources autismes
Crehpsy	Centre de ressources sur le handicap psychique
CR3PA	Centre de ressources inter-régional en psychogériatrie et psychiatrie de la personne âgée
CTA	Coordination territoriale d'appui
DAC	Dispositif d'appui à la coordination
DMP	Dossier médical partagé
Ehpad	Établissement d'hébergement pour personnes âgées dépendantes
EMPG(E)	Équipe mobile de psychogériatrie (en Ehpad)
EPSM	Établissement public de santé mentale
Espic	Établissement de santé privé d'intérêt collectif
ESSMS	Établissement ou service social ou médico-social
ETP	Équivalent temps-plein
F2RSM	Fédération régionale de recherche en psychiatrie et santé mentale Hauts-de-France
Girci	Groupement Inter-régional de recherche clinique et d'innovation
IPA	Infirmier.e en pratique avancée
Maia	Méthode d'action pour l'intégration des services d'aide et de soins dans le champ de l'autonomie
MDPH	Maison départementale des personnes handicapées
Paerpa	Parcours de santé des personnes âgées en risque de perte d'autonomie
Pasa	Pôle d'activités et de soins adaptés
PPA	Psychiatrie de la personne âgée
PTA	Plateforme territoriale d'appui
PTSM	Projet territorial de santé mentale
RimP	Recueil d'informations médicalisé en psychiatrie
RPS	Réhabilitation psychosociale
Savla	Service d'accompagnement du vieillissement en logement adapté
SSR	Soins de suite et de réadaptation
Tip	Thérapie interpersonnelle
TCC	Thérapie cognitivo-comportementale
UCC	Unité cognitivo-comportementale
UHR	Unité d'hébergement renforcée
Uriopss	Union régionale interfédérale des œuvres et organismes privés sanitaires et sociaux
USLD	Unité de soins de longue durée
UVPHA	Unité de vie pour personnes handicapées âgées
UPHV	Unités pour personnes handicapées vieillissantes
VAD	Visite à domicile

**Citation recommandée :**  
 Fédération régionale de recherche en psychiatrie et santé mentale Hauts-de-France,  
 Monographie sur la psychiatrie de la personne âgée dans les Hauts-de-France,  
 Saint-André-lez-Lille, juin 2022, 136 p.

Avec cette monographie consacrée à la psychiatrie de la personne âgée, la fédération régionale de recherche en psychiatrie et santé mentale Hauts-de-France renoue avec une tradition des synthèses régionales sur des problèmes touchant à la santé mentale ou des populations spécifiques. Elle a été réalisée en collaboration avec une dizaine de membres ou partenaires de la F2RSM Psy, réunis au sein d'un comité éditorial ad hoc.

L'objectif premier de ce document est d'apporter des repères de différentes disciplines (sociologie, psychiatrie, gériatrie, épidémiologie, travail social ...), dans un champ complexe, où interviennent un très grand nombre d'acteurs, spécialisés en psychiatrie de la personne âgée ou, le plus souvent, spécialisés sur d'autres compétences : aidants, médecins traitants, hôpitaux, services d'urgence, établissements et services médico-sociaux, comme les foyers ou Ehpad.

Nous avons également tenté de recenser l'offre, sanitaire et médico-sociale, ce qui a préalablement amené à réfléchir aux critères d'inclusion et à localiser les sources pertinentes. Or, les personnes âgées présentant des troubles mentaux et/ou un handicap psychique, sont à la croisée d'une politique de santé, pilotée par l'État, et des politiques sociales incombant aux Conseils départementaux en direction des personnes handicapées et des personnes âgées, mais également de plusieurs spécialités. Ceci contribue amplement à la complexité du champ et nous a rapidement amené à devoir renoncer à un recensement exhaustif des services médico-sociaux qui seraient spécialisés dans la prise en charge des personnes âgées présentant un handicap psychique et à décider de présenter quelques structures déclarant avoir cette activité spécifique, à titre illustratif.

Nous avons cherché à rendre compte de cette complexité et des réponses qui y sont apportées, par des acteurs sanitaires et médico-sociaux, dans leurs services, à travers les conventions qui les relient à leurs partenaires et au sein des instances de coordination : Maia, en cours d'intégration dans les Dispositifs d'appui à la coordination, réseaux gérontologiques et Projets territoriaux de santé mentale.

L'état des lieux régional proposé rend compte de dynamismes locaux, qu'il faut souligner, mais également de grands déserts territoriaux, au sein desquels, faute d'organismes ressources, les acteurs sont amenés à improviser des réponses sans doute très éloignées des référentiels. Même si la psychogériatrie et la psychiatrie de la personne âgée régionale se structurent, elles ne disposent que de ressources extrêmement limitées et très insuffisantes au regard de l'augmentation rapide du nombre de personnes âgées. L'avenir de cette jeune spécialité reste à écrire.