

Proposition de cadre pour l'organisation de la psychogériatrie des Hauts de France

Préambule

L'engagement de l'ARS des Hauts de France dans une réflexion sur la psychogériatrie est motivé par la mise en œuvre, dans les deux ex régions, d'organisations différentes dans l'accompagnement des personnes âgées présentant des troubles cognitifs et des troubles psychiques.

Des rappels sur la gériatrie et son organisation sont annexés en fin de document.

Objectif assigné au groupe de travail :

Proposer des orientations qui, après validation par le DG ARS, alimenteront le Programme Régional de Santé et le Plan des maladies neurodégénératives, ainsi que le PRS2.

1. Définition consensuelle du champ concerné :

Le parcours des personnes âgées peut nécessiter deux types d'approches :

- 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 du sujet âgé : concerne la prise en charge de personnes âgées présentant des troubles psychiatriques sans syndromes gériatriques associés ; elle relève des activités menées par les secteurs de psychiatrie qui permettent, si besoin, d'organiser les mesures de soins sans consentement.

2. Recommandations régionales

2.1 Repérage et diagnostic des personnes en difficulté

- Permettre la connaissance/information entre partenaires de la prise en charge :
 - Rendre lisible les ressources locales par territoire de filière ou en inter-secteur ;

- Désigner un binôme référent ou un référent (représentant gériatrie et psychiatre) sur chaque territoire, reconnu par ses pairs
- Se doter d'outils communs (dossier unique, formations, repérage/évaluation...) :
 - Créer ensemble des outils/formations/protocoles pour les partenaires hors gériatrie ou psychiatrie ;
 - Définir une porte d'entrée par territoire selon l'existant et les besoins repérés : plateforme internet ? Numéro unique ? annuaire ? Autre ?....
- Organiser le repérage et le diagnostic sur le territoire
 - *Si le patient est connu* : mobiliser les possibilités du territoire (Cs, CMP, HDJ gériatriques, équipes mobiles, psychiatrie de liaison,...) et les rendre lisibles pour les partenaires ;
 - *Si le patient n'est pas connu* ni de la psychiatrie, ni de la gériatrie : organiser l'accès pour les partenaires soit par la gériatrie avec les équipes mobiles de gériatrie, des consultations gériatriques ou réseaux gériatriques ; soit par la filière psychiatrique ;
 - *Dans les situations d'urgence* (crise suicidaire qui constitue la seule urgence vitale, troubles aigus du comportement et troubles productifs dont la violence, la mise en danger environnementale) : mobiliser les services d'urgence et les CAC et s'appuyer sur la psychiatrie de liaison.

2.2 Accompagnement et soins en ville

- S'appuyer sur les dispositifs gériatriques et psychiatriques existants
 Les prises en charge spécialisées (au-delà des suivis des psychiatres libéraux ou d'établissements) comportent à la fois l'accompagnement et les bilans approfondis.
 Ces prises en charge peuvent être réalisées par :
 - Des acteurs agissant à domicile (ville et/ou EHPAD) :
 - o Equipes mobiles de psycho-gériatrie
 - o Visite à domicile du secteur psychiatrique (équipes secteur, psychologue, IDE formé à psychogériatrie)
 - Des prises en charge ambulatoires graduées pour les bilans et/ou suivis :
 - o Consultations gériatriques, psycho-gériatriques
 - o CMP, CATT
 - o HDJ gériatrique (bilans)
 - o HDJ psychiatrique (suivis)

Avec des compétences nécessaires:

- Médicales : gériatre et psychiatre
- Paramédicales pluri-professionnelles selon les besoins : IDE et AS, psychologue, neuropsychologue, psychomotricien, ergothérapeute, diététicienne (HDJ),
- Social : travailleurs sociaux

Ces acteurs travaillent en lien avec la gestion de cas MAIA pour les situations complexes et peuvent être en appui des réseaux de santé gériatriques.

Ils doivent aussi pouvoir conseiller, orienter les patients et leurs aidants vers des dispositifs complémentaires : CLIC, Plateformes de répit, équipes spécialisées Alzheimer à domicile, etc...

Des formations ou sensibilisations territoriales interprofessionnelles doivent être organisées ayant pour but l'amélioration de connaissance des deux champs (psychiatrie et gériatrie) sur les pathologies et syndromes gériatriques, leur repérage, diagnostic et prise en charge ensemble, avec des gestions communes de situations, mais aussi de l'information sur les dispositifs de son territoire, leurs missions, la capacité de mobilisation.

Ces formations ou sensibilisations seront organisées en différents niveaux et regrouperont :

- En premier lieu, les acteurs spécialisés de la gériatrie et de la psychiatrie, réunissant médecins, paramédicaux et sociaux (avec des référents désignés dans les équipes de proximité comme relai d'information entre professionnels. Ex : IDE et/ou psycho en CMP formé à la gériatrie ou IDE/gérialtre en équipe mobile ou réseau formé à la psychiatrie, permettant de favoriser les échanges sur les situations nouvelles le nécessitant ou les situations complexes)
- Dans un second temps, les acteurs généralistes de la prise en charge en ville (professionnels de santé libéraux, services à domicile, SAAD, etc...) avec des acteurs spécialisés de la prise en charge afin de mieux connaître les dispositifs et leurs capacités à prendre en charge, ainsi que des formations au repérage.
- Une information claire pourra alors être diffusée aux patients et usagers

2.3 Hospitalisation

Les caractéristiques des personnes âgées imposent des principes qu'il est nécessaire de rappeler :

- Le recours à l'hospitalisation doit, si possible, être évité et dans tous les cas limitée dans le temps car elle peut être source de déstabilisation
- Elle est par ailleurs susceptible de générer une perte d'autonomie
- Toute hospitalisation entraîne des difficultés d'orientation lors de la sortie

• Critères d'hospitalisation

Différentes situations peuvent faire l'objet d'hospitalisation (en psychiatrie, MCO ou SSR) au moins pour bilan et proposition de conduite à tenir, orientation :

- Le risque suicidaire : risque de passage à l'acte ;
- Les troubles psycho-comportementaux perturbateurs / productifs : déambulation, comportement sexuel aberrant, risque auto et hétéro agressif... ;
- Les troubles cognitifs avec agressivité ;
- La symptomatologie complexe nécessitant une évaluation pluridisciplinaire ou décompensation brutale sur le plan somatique, cognitif ou comportemental ;
- Problématique environnementale et/ou sociale : isolement, épuisement des aidants, maintien à domicile difficile...

Ces situations ne doivent pas cependant entraîner d'hospitalisation au long cours et être positionnées comme un temps de remise à plat du projet de vie aidant/aidé, avec réflexion dès l'entrée sur l'orientation post-hospitalisation.

• Réponses possibles à apporter

Le secteur d'hospitalisation sera déterminé selon l'existant du territoire, et en partenariat entre les différents établissements de santé, et privilégié de la manière suivante :

- Selon la dominante somatique ou psychiatrique :

- En secteur MCO avec ou sans passage aux urgences si la problématique est plutôt somatique (l'hospitalisation directe doit être organisée de manière lisible pour les partenaires, notamment en gériatrie)
- En psychiatrie dans une unité avec des compétences psycho-gériatriques, lorsque la dominante est psychiatrique
- Selon la dominante cognitive :
 - En UCC au sein d'un SSR ayant des compétences psycho-gériatriques
 - En unité de psychogériatrie dédiée
- En psychiatrie de liaison ou en « Gériatrie de liaison » : fonction qui peut être portée par une équipe mobile, selon l'existant des territoires
- Avec un environnement adapté :
 - Environnement médico-technique
 - Plateau technique sur site ou à proximité : radiologie, biologie, imagerie cérébrale
 - Architecture adaptée notamment à la dépendance et aux troubles cognitifs
 - Accès à des avis spécialisés : neurologie, cardiologie, autres spécialités si nécessaire...
- Avec des compétences :
 - Médicales : gériatre, psychiatre, somaticien
 - Paramédicales, avec selon les besoins : IDE et AS, psychologue, neuropsychologue, psychomotricien, ergothérapeute, diététicienne, orthophoniste ...
 - Sociales : ASS
- Organiser l'accompagnement sur le territoire
 - Avoir une gradation dans la réponse : intervention des dispositifs classiques existants en 1ère intention (MCO avec les urgences, la psychiatrie)
 - Avoir des solutions de recours : UCC voire unité de psychogériatrie qui devra répondre à des modalités d'organisation spécifiques (indications, compétences, plateau technique, ...)
 - Organiser la réponse adaptée aux ressources territoriales
 - Mailler le territoire régional autour d'un centre universitaire ressources (missions supplémentaires : recherche et formation)
- Déployer des formations adaptées

Des formations interprofessionnelles doivent être organisées dans les services de psychiatrie et de gériatrie ayant pour but l'acculturation des deux champs (psychiatrie et gériatrie) sur les pathologies psychiatriques et syndromes gériatriques (dont troubles cognitifs), leur repérage, diagnostic et prise en charge ensemble, avec des gestions communes de situations, mais aussi de l'information sur les dispositifs de son territoire, leurs missions, la capacité de mobilisation.

Dans ce cadre des référents médicaux seront identifiés en psychiatrie et gériatrie par établissement concerné pour fluidifier les parcours entre établissements. Formés au champ connexe, ils seront les interlocuteurs privilégiés des territoires. Ils devront se faire connaître de leurs collègues et être reconnus.

4/ L'institutionnalisation en EHPAD

- Situations pour lesquelles les EHPAD sollicitent les dispositifs le plus souvent

Des Situations mobilisent un grand nombre de personnels qui sont alors démunis :

- Idéation suicidaire : risque suicidaire, dépression
- Troubles psycho comportementaux perturbateurs (déambulation, comportement sexuel aberrant,...)
- Troubles cognitifs avec agressivité, cris...
- Refus/opposition aux soins
- Problèmes d'évaluation et de diagnostic
- Réadaptation thérapeutique et évaluation du risque iatrogénique
- Difficultés avec les familles

- Les réponses nécessaires :

- Il est nécessaire de privilégier le maintien dans le lieu de vie avec selon les situations :

Intervention sur site :

- o Equipe mobile de psychogériatrie, de gériatrie (non)
- o Consultation de psychiatrie de liaison (IDE)
- o Avis spécialisé psy : CMP
- o Avis téléphonique ce qui suppose d'avoir pour chaque EHPAD un référent téléphonique (problématique de l'Oise qui accueille en EHPAD des patients d'Ile de France)
- o Recours à la téléexpertise et téléconsultation

Déplacement pour des offres ambulatoires :

- o Consultation somatique (recherche d'une éventuelle cause iatrogène)
- o Hospitalisations de jour de médecine pour bilan

Ces solutions doivent intégrer l'intérêt de réunion de synthèse avec les soignants EHPAD

- Le relai de prise en charge doit être envisagé et proposé si besoin :
 - o Recours à HDJ en psychiatrie ou CATTP,
 - o Hospitalisation adaptée en psychogériatrie, en UCC selon la problématique
 - o Intérêt d'une programmation de l'hospitalisation (éviter les urgences)
- Ces différentes interventions doivent se faire avec des outils communs :
 - o Fiche de liaison,
 - o Convention EHPAD-Psychiatrie

- Monter en compétence les EHPAD

- Formation des équipes EHPAD à la gestion des crises et à la compréhension des symptômes

3. Structuration régionale de l'offre d'accompagnement

Les organisations qui se sont mises en place dans les deux ex régions en ce qui concerne l'accompagnement des personnes âgées présentant des troubles psychiatrique et/ou cognitifs sont différentes :

- En ex Nord Pas de Calais, développement des UCC et des équipes mobiles de psychogériatrie ;
- En ex Picardie, développement d'unités de psychogériatrie selon des modèles d'organisation spécifiques à chacune.

Sur la base d'une dynamique territoriale, il convient d'organiser l'offre d'accompagnement dans une logique de parcours.

- Besoins soulevés dans l'ensemble du parcours :
 - Nécessité de réponses de proximité et graduées selon les patients et prenant en compte les ressources locales en associant l'offre de soins privée
 - Manque de connaissance entre acteurs de la gériatrie et de la psychiatrie (possibilités, missions, spécificités,...)
 - Défaut de lisibilité de l'offre des deux champs pour leurs partenaires
 - Besoin d'une porte d'entrée
 - Nécessité de résoudre ensemble des situations difficiles (former les gestionnaires de cas, les réseaux,...mais qui ne peuvent pas gérer seuls ces situations)

- Propositions :
 - Inscrire la réflexion dans le PRS2 en coordination avec les CD
 - Confier à un trinôme composé du pilote MAIA et de deux référents (gériatrie et psychiatrie) l'animation de la réflexion locale
 - Mettre en place une coordination régionale par l'ARS
 - Elaborer une lettre de mission pour le trinôme comprenant :
 - La réalisation du diagnostic du territoire en psychogériatrie : l'offre mais surtout ses missions/protocoles/procédures, repérage des points de blocages, des manques réels ;
 - L'organisation de la réflexion en prenant en compte la nécessaire gradation des soins et en s'appuyant sur les ressources territoriales ;
 - La réponse aux besoins en tenant compte du cadre régional avec l'ARS en appui ;

Rappels sur la gériatrie et son organisation :

Prendre en charge des personnes âgées au quotidien ne signifie pas que l'on soit compétent et reconnu comme ayant la spécialité. Comme toute spécialité, elle exige une formation adaptée d'au moins 3 ans pour les gériatres actuellement.

- La gériatrie est la médecine de la personne âgée majoritairement de 75 ans et plus. Elle utilise une approche pluridisciplinaire médico-psychosociale basée sur la prise en charge des syndromes gériatriques qui sont constituée par :

- La polypathologie
- La dépendance
- L'iatrogénie
- La dénutrition / sarcopénie
- La dépression / troubles du comportement
- La confusion
- Les troubles cognitifs / démence
- Les troubles de la marche et de l'équilibre/ ostéoporose / chutes
- Les complications du décubitus
- Les troubles sphinctériens
- Les troubles neurosensoriels
- Les douleurs/soins palliatifs

- Les personnes âgées sont prises en charge dans tous les services adultes d'un hôpital. Elles représentent aujourd'hui plus de 30% des hospitalisations en médecine. Pour autant leurs besoins ne sont pas toujours gériatriques. Comme d'autres patients adultes, elles peuvent nécessiter des soins aigus classiques de cardiologie, de pneumologie, etc... elles sont alors prises en charge dans le service le plus adapté à leurs besoins. Beaucoup de personnes âgées ne nécessiteront jamais d'être hospitalisées en gériatrie.

- Globalement seule une frange d'environ 5% des 75 ans et plus va nécessiter des soins gériatriques car elle est poly-pathologique, à risque de décompensation globale, avec des problématiques sociales surajoutées. C'est cette population que la gériatrie prend en charge.

- Une filière gériatrique est une filière spécialisée qui offre des soins gradués à la population et où les praticiens ont cette formation et compétence reconnue à l'ordre des médecins, où le personnel a un plan de formation ad hoc, où les prises en charge sont globales avec le respect des bonnes pratiques gériatriques. Sans cette condition obligatoire, les services deviennent des services polyvalents : médecine polyvalente, SSR polyvalent. La filière gériatrique est coordonnée par un PH de gériatre et dans un CHU par PUPH de gériatrie. La filière gériatrique se doit aussi d'assurer une permanence des soins spécialisée, de développer l'acculturation à la gériatrie des autres services de court séjour (médecine, chirurgie, urgences) notamment grâce à l'équipe mobile.

- Les établissements de santé de proximité ou de taille moins importante ne nécessitent pas de court séjour gériatrique. Si les patients sont trop instables ou trop lourdement poly-pathologiques, ils seront transférés. Par contre, il peut y avoir des services de médecine polyvalente, avec des praticiens de diverses spécialités (médecine générale, gériatre ou toute autre spécialité). Ils sont utiles à une population adulte, en proximité. Ces services ne sont nullement des courts séjours gériatriques, même s'il y a un temps de gériatre. Sa présence sera utile aux personnes âgées mais ne peut pas constituer pour autant une reconnaissance gériatrique.